

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES  
(Organizador)

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM III



Atena  
Editora  
Ano 2022

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES  
(Organizador)

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM III



Atena  
Editora  
Ano 2022

**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

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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





Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem 3

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**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 3 /  
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –  
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0023-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.233223003>

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](http://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 três 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.

O terceiro volume aborda temas relacionados à importância do conhecimento da equipe de saúde sobre cuidados paliativos; assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos; práticas integrativas e complementares; assistência à saúde em contextos variados e a importância do desenvolvimento de novas tecnologias em saúde e do ensino em serviço.

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 PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS**

Emilly Kercher

Christofer da Silva Christofoli

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230031>

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### **O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ONCOLOGIA: SABERES E CONDUTAS RELEVANTES NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Mariana de Oliveira Liro Brunorio

Micaelly Viegas


Nadia Oliveira Campos

Naira Santos D'Agostini

Matheus Correia Casotti

Iuri Drumond Louro

Débora Dummer Meira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230032>

### **CAPÍTULO 3..... 26**

#### **O SIGNIFICADO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS: A EXISTÊNCIA DO PRAZER E SOFRIMENTO**

Wagna Teixeira Barbosa

Gláucia Rezende Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230033>

### **CAPÍTULO 4..... 39**

#### **EMOÇÕES E SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS PERANTE A MORTE: ANÁLISE DE ESCRITA EXPRESSIVA**

Cristina Raquel Batista Costeira


Nelson Jacinto Pais

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira

Armando Manuel Marques Silva

Ana Filipa Domingues Sousa

Filipa Isabel Quaresma Santos Ventura

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230034>

### **CAPÍTULO 5..... 49**

#### **CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A GESTANTE FRENTE ÀS CONDIÇÕES SOCIAIS**

Maria Cristina Porto e Silva

Bruna Victória de Gouveia Marques

Aline de Melo Siqueira

Franciele de Melo Franco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230035>

**CAPÍTULO 6..... 62**


**COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE HELLP: UM CUIDADO SINGULAR DE ENFERMAGEM**

Jucimar Frigo

Fabiane Pertile

Pamela Chiela Batista da Cruz

Grasiele Fatima Busnello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230036>

**CAPÍTULO 7..... 75**

**A PROCURA PELO MODELO CASA DE PARTO DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

Bianca Alves Tomita

Pamela Vicente Nakazone

Maria Luiza Gonzalez Riesco


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230037>

**CAPÍTULO 8..... 91**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM ICTERICIA**

Josei Karly Santos Costa Motta

Nayama Sant'Anna Belbuche

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230038>

**CAPÍTULO 9..... 102**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM RISCO DE ENTEROCOLITE NECROSANTE**

Márcia Rosa de Oliveira

Edmilson Escalante Barboza

Daiane Medina de Oliveira

Suellen Batista Mariano de Deus

Pamela Nery do Lago

Dayana Cristina Ferreira

Valéria Cristina de Sousa


Carla Renata dos Santos

Priscila de Oliveira Martins

Andressa Caline Inácio Natalino Campos

Francisco Hilângelo Vieira Barros

Glauber Marcelo Dantas Seixas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2332230039>

**CAPÍTULO 10..... 110**

**APLICAÇÃO DA AROMATERAPIA PARA MINIMIZAR AS DORES DO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO**

Fernando Alberto Balido Franco


Lourdes Bernadete

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300310>

**CAPÍTULO 11..... 122**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE MISTA DE SAÚDE**

George Washington Xavier Cavalcanti  
Diana Ramos Cavalcanti  
Julyana Viegas Campos  
Danilo Ramos Cavalcanti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300311>

**CAPÍTULO 12..... 131**

**BENEFÍCIO DA ACUPUNTURA COMO PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO DA ENFERMAGEM**


Nataline Pontes Rodrigues Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300312>

**CAPÍTULO 13..... 148**

**A PROPOSTA DA “CLÍNICA AMPLIADA” COMO HUMANIZAÇÃO NA CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO DE CONDIÇÃO HUMANA**


Laís Gomes Santuche Pontes  
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva  
Sueli Maria Refrande  
Vanessa Carine Gil de Alcantara  
Eliane Ramos Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300313>

**CAPÍTULO 14..... 157**

**CUIDADO DE ENFERMAGEM EMERGENCIAL À PESSOA QUE SOFREU QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Julia da Fonseca Krappe de Oliveira  
Andressa de Paula  
Elisama Pricila Matzembacher  
Taísa Pereira da Cruz  
Jaqueline Arboit  
William Campo Meschial

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300314>

**CAPÍTULO 15..... 174**

**O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SURDOS COM TRANSTORNO MENTAIS**

Maria Aparecida de Almeida Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300315>

**CAPÍTULO 16..... 181**

**SÍNDROME DE EVANS E A TEORIA DAS NHB: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Medeiros


Hugo Vinicius Rodrigues da Silva  
Larissa Ribeiro de Souza  
Neiva Maria dos Santos Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300316>

**CAPÍTULO 17..... 191**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS DRENOS DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS**

Pamela Nery do Lago  
Carla de Oliveira Arcebispo  
Aline da Silva Fernandes  
Divina Elenice Cardoso Bessas  
Carla Renata dos Santos  
Maria Emília Lúcio Duarte  
Ana Luiza Loiola Santos  
Edma Nogueira da Silva  
Adriana de Cristo Sousa  
Camilla Greyce Santos Silva Fontes  
Danielle Freire dos Anjos  
Rosiana Lima Prado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300317>

**CAPÍTULO 18..... 204**

**NURSING CARE TO SURGICAL PATIENT- NEPHRECTOMY AND OUTPATIENT SURGERY**


Rodrigo Marques da Silva  
Camilla Cintia Curcio de Oliveira  
Laís Helena da Silva Aguiar  
Wanderlan Cabral Neves  
Lincoln Agudo Oliveira Benito  
Thais de Andrade Paula  
Kerlen Castilho Saab  
Osmar Pereira dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300318>

**CAPÍTULO 19..... 218**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PACIENTES IDOSOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Rozemy Magda Vieira Gonçalves  
Terezinha de Fátima Gorreis  
Jonathan da Rosa  
Angela Maria Rocha de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300319>

**CAPÍTULO 20..... 227**

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA DIRECIONADA AO PREPARO DA**

## COLONOSCOPIA E PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL

Thaís Vasconcelos Amorim  
Lara Alves Gomes  
Suelen Araújo  
Rômulo Cândido Nogueira do Nascimento  
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva  
Anna Maria de Oliveira Salimena  
Ana Karoliny Costa Barbosa  
Larissa Cristina Faria Ribeiro Feital  
Thales Silva Côrrea

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300320>

### **CAPÍTULO 21..... 238**

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM UM CAPS

Lívia Mariah Soares  
Débora Aparecida da Silva Honorato  
Maria Elena Vidal Dos Santos Durans  
Darlene Cristina Donda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300321>

### **CAPÍTULO 22..... 254**

PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NAS EMERGÊNCIAS BRASILEIRAS: REVISÃO INTEGRATIVA


Claudilene Maria da Silva  
Iracenira da Silva Paixão Falcão Farias  
Rêneis Paulo Lima Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300322>

### **CAPÍTULO 23..... 263**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Herica Silva Dutra  
Gabriel da Silva Nogueira  
Maria Tereza Ramos Bahia  
Amanda Maria Machado Dutra Nascimento  
Camila Ribeiro Araújo  
Camila Silva Torres Militão  
Janaina Otoni de Carvalho  
Leticia Ribeiro Campagnacci

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300323>


### **CAPÍTULO 24..... 271**

LIGA ACADÊMICA EM TERAPIA INTENSIVA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DA REDE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

Poliana Ferreira Campos




Robervam de Moura Pedroza  
Nathália Roberta Menezes Barbosa Serafim  
Ana Carla Silva Alexandre  
Maria Clara Brito Freire de Melo  
Jhenyff de Barros Remigio Limeira  
Aline Bezerra Sobrinho  
Aline Barros de Oliveira  
Leonardo Silva da Costa  
Henrique Santos de Oliveira Melo  
Stephane Marcelle Almeida Braga Moraes  
Samara Maria de Jesus Veras

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300324>

**CAPÍTULO 25..... 282**

**AVALIAÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS**

Claudilene Fernandes da Silva  
Ilton Curty Leal Júnior  
Christoff Pereira Valério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300325>

**CAPÍTULO 26..... 292**

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**


Terezinha de Fátima Gorreis  
Angela Maria Rocha de Oliveira  
Rozemy Magda Vieira Gonçalves  
Jonathan da Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300326>

**CAPÍTULO 27..... 319**

**PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE PELE NO TRABALHADOR RURAL**

Josué José Lemos  
Kemily Naira de Oliveira Bandeira  
Maria Leticia Landim Souza  
Otavio Augusto Moraes de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300327>

**CAPÍTULO 28..... 329**

**PERFIL MICROBIOLÓGICO, SUSCEPTIBILIDADE E PRESCRIÇÃO EMPÍRICA DE ANTIBIÓTICOS PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO**

Gessiane de Fátima Gomes  
Paulo Celso Prado Telles Filho  
Rosana Passos Cambraia  
Mariana Roberta Lopes Simões  
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23322300328>

<b>SOBRE O ORGANIZADOR .....</b>	<b>344</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>345</b>

# CAPÍTULO 1

## A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ADULTOS ONCOLÓGICOS

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 03/12/2021

**Emilly Kercher**

Universidade La Salle  
Canoas - RS

<http://lattes.cnpq.br/4749229047364795>

**Christofer da Silva Christofoli**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre - RS

<http://lattes.cnpq.br/4510629024716140>

**RESUMO: Objetivo:** Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos a pacientes adultos oncológicos em ambiente hospitalar, a partir de uma revisão sistemática de literatura. **Método:** revisão sistemática, com busca nas bases de dados Scielo, Lilacs e BDEnf, referente aos anos de 2013 a 2018. Para a análise dos dados utilizou-se o conteúdo da proposta da Análise e apresentação de dados. **Resultados:** foi verificado na composição deste trabalho lacunas que deram origem a dois sub temas referentes à inaptidão emocional, psíquica e técnica da equipe de enfermagem na oncologia com pacientes em cuidados paliativos, proveniente da falta de grade curricular e abordagem do assunto nas instituições. **Conclusão:** Os profissionais precisam de uma base de conhecimento mais sólida para atender este tipo de paciente. Para tanto, se faz necessário grades curriculares voltadas para o cuidado paliativo nas instituições de ensino e educação continuada (capacitação)

para os funcionários dentro dos Hospitais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; oncologia; cuidados paliativos.

### THE PERCEPTION OF THE NURSING TEAM ABOUT PALLIATIVE CARE IN ADULT ONCOLOGICAL PATIENTS

**ABSTRACT: Objective:** To know the perception of the nursing team about palliative care to adult oncology patients in a hospital environment, based on a systematic review of the literature.

**Method:** systematic review, with search in the databases Scielo, Lilacs and BDEnf, referring to the years 2013 to 2018. For the analysis of the data was used the content of the proposal of Analysis and data presentation. **Results:** it was verified in the composition of this study that there were gaps that gave rise to two sub themes referring to the emotional, psychic and technical disability of the nursing team in oncology with patients in palliative care, coming from the lack of curriculum and approach of the subject in the institutions. **Conclusion:** professionals need a more solid knowledge base to attend this type of patient. In order to do so, it is necessary to have curricula focused on palliative care in institutions of education and continuing education (training) for employees within the Hospitals.

**KEYWORDS:** Nursing; oncology; palliative care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A filosofia dos cuidados paliativos (CP) teve origem na Inglaterra, em 1967, a partir da iniciativa de Cicely Mary Strode Saunders (assistente social, enfermeira e médica) que

propagou essa nova forma de cuidar aos pacientes que vivenciavam o final da vida. Tais cuidados visam preencher todas as necessidades do paciente (dentro dos limites possíveis), cuidando do mesmo como um ser integral. (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013)

Cuidado paliativo é diferente do tratamento curativo. O que é tratado não é a vida e sim a morte. A primeira coisa a fazer é dar atenção ao paciente e não a doença. É preciso de uma equipe multiprofissional para que possa suprir todas as necessidades e dúvidas do paciente, mostrando o lado bom dessa parte da vida, fazendo entender como funciona essa etapa da doença, que é o fim, respeitando a suas crenças, valores, entre outras coisas e principalmente, com um cuidado humanizado. (DE OLIVEIRA VARGAS et al, 2013)

O conceito de Cuidados Paliativos foi definido pela World Health Organization (Organização Mundial da Saúde) em 1990 e redefinido 2002, com o objetivo de enfatizar a prevenção do sofrimento: Abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e família que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (PERCÍNIO COSTA; POLES; SILVA, 2016)

Segundo a OMS, os princípios dos cuidados paliativos são: fornecer alívio para dor, entre outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. (PERCÍNIO COSTA; POLES; SILVA, 2016)

Cuidado paliativo normalmente é ligado à área do câncer, mas pode ser associado a qualquer situação de terminalidade. Foi comprovado através de estatísticas que 70% dos pacientes que são diagnosticados com câncer irão morrer por conta da doença que está atrelada a muito sofrimento. (NICKEL, 2016)

Gráficos mostram que o câncer é responsável pela morte de 8,2 milhões de pessoas anualmente no mundo (INCA, 2016), sendo que 50% desses indivíduos morrem nos primeiros cinco anos depois de diagnosticada a doença. Apesar do índice de alguns tipos de câncer ter mostrado a baixa incidência nos países em desenvolvimento, de forma geral os casos de câncer têm aumentado de forma significativa ao passar dos anos. (BACURAU; ROSA, 2017)

Na presença de preocupação com a importância social do câncer no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2005, através da Portaria nº 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica, a qual acrescenta as diretrizes instituídas em 2002, pela Portaria GM/MS nº 19, em que foi destacada a indispensabilidade de aperfeiçoar a organização de

ações voltadas para a assistência às pessoas acometidas por dor - crônica ou aguda - e para os CP, além de impactar/alcançar os profissionais de saúde para o seu apropriado tratamento. Contudo a literatura especialista neste tema traz importantes estudos sobre CP que, apesar das melhorias tecnológicas e científicas que ocorrem, ainda necessitam ser melhores divulgadas e sua filosofia de cuidado conhecida. (VASQUES, 2013)

No espaço da Enfermagem, a comunicação significa uma estratégia de grande importância para a realização dos cuidados paliativos. E quando atribuída atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, este conjunto é um motivador da relação entre a equipe de enfermagem e o paciente em fase terminal. Para um cuidado humanizado e empático é fundamental a comunicação adequada entre ambos, para conseguir atender todas as necessidades possíveis do paciente. Quando a equipe utiliza este método de forma verbal e não verbal, permite que o paciente se sinta confortável para participar das escolhas para sua terapêutica, obtendo um tratamento digno da sua doença. (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013)

Visto o assunto pela primeira vez durante a graduação, não obtendo grandes explicações pelo mesmo, não sendo nenhuma disciplina da grade curricular e vendo a necessidade do paciente oncológico, em fase terminal, receber o cuidado paliativo surge o interesse por este trabalho, para analisar até que ponto a equipe de enfermagem entende por cuidados paliativos.

## 2 | OBJETIVO

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos a pacientes adultos oncológicos em ambiente hospitalar, a partir de uma revisão sistemática de literatura.

## 3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, que segundo Silva e Menezes (2010) é uma das etapas principais para o estudo, pois é fornecida a fundamentação teórica sobre o tema e a construção do conceito que oferecerá suporte ao desenvolvimento da pesquisa. Já segundo Santos (2006), por meio da revisão de literatura, o conhecimento determinado em pesquisas é reproduzido e avaliado, na qual destacam-se conceitos, métodos, resultados, discussões e conclusões relevantes para o trabalho.

Para levantamento dos artigos foi realizada busca *online* na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando os seguintes descritores de saúde (Decs): Enfermagem; oncologia; cuidados paliativos. Os critérios de inclusão foram textos em português, disponíveis na íntegra.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais disponibilizados na íntegra e na forma *online*, publicados na língua portuguesa, no período compreendido entre



os anos de 2009 a 2017. Quanto aos critérios de exclusão, foram artigos publicados que não abordam o tema de maneira clara e com data inferior a 2009.

## 4 | RESULTADOS

Em 1967, Sauters citou: Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte. (SAVIETO; RIBEIRO LEÃO, 2016)

Para o cuidado paliativo ter todos os cuidados merecidos e realizados é necessário ter uma equipe multiprofissional encarregada de cuidar do paciente e dos familiares do paciente, atendendo todas as adaptações e mudanças nesse estágio da doença e nova fase de vida, incluindo a reflexão sobre condição irreversível da doença, o bem-estar físico e principalmente o bem-estar emocional do paciente. (PERCINIO COSTA et al, 2016.)

Segundo uma pesquisa feita por Nickel et al (2016) sobre grupos de pesquisa em cuidados paliativos no Brasil, a região sul é a única a não apresentar nenhum grupo de pesquisa registrado com linha de pesquisa. O cuidado paliativo, não só na região sul, é muito delimitado, pois é um tema que não é tão abordado nas graduações e até mesmo nos hospitais, deixando a desejar o conhecimento dos profissionais de saúde neste âmbito profissional. Em sua conclusão, o autor sugere que sejam feitas novas pesquisas em todas as regiões do Brasil pela dificuldade de lidar com os pacientes que os profissionais apresentam sobre o cuidado paliativo.

Conforme a Organização Mundial da Saúde são mais de 20 milhões de pessoas que necessitam de cuidados paliativos por ano, sendo crianças cerca de 6%, e 40 milhões de pacientes o total estimado, incluindo os pacientes em estágio inicial da doença. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2014)

Estudos apontam atualmente, que o cuidado paliativo e a terapia curativa, não estão em lados opostos. A união dos dois cuidados beneficia o paciente e os familiares nos últimos instantes de vida. O paciente nesta etapa não deve ser voltado somente para o cuidado paliativo e nem somente para a terapia curativa, integrando o trabalho e cuidado de ambos fazendo que a equipe multiprofissional mais uma vez trabalhe de forma conjunta neste tipo de paciente terminal. (VALADARES, 2013)

A literatura mostra que muitos pacientes sabem pouco sobre os cuidados paliativos ou nunca ouviram falar. Os resultados de pesquisas após o paciente entender totalmente o que é cuidado paliativo são extremamente positivos, pois o paciente acaba aceitando e aderindo, contribuindo para uma morte menos dolorosa. (PERCINIO COSTA et al, 2016)

A equipe de enfermagem nos cuidados paliativos é destinada buscar qualidade de vida, o cuidado paliativo não acelera nem retarda o processo da morte; mas reconhece o final da vida como algo natural da vida. O tratamento de pacientes em cuidados paliativos

é diferente do tratamento curativo. A primeira coisa a se fazer é dar atenção ao paciente em estado terminal, e não à patologia. Requer uma abordagem multiprofissional que possa entusiasmar e ajudar o paciente, tratando-lhe de forma humanizada, respeitosa, respondendo às suas dúvidas e atendendo às suas necessidades e aceitando-o com seus valores, crenças e hábitos. (DE OLIVEIRA VARGAS, 2013)

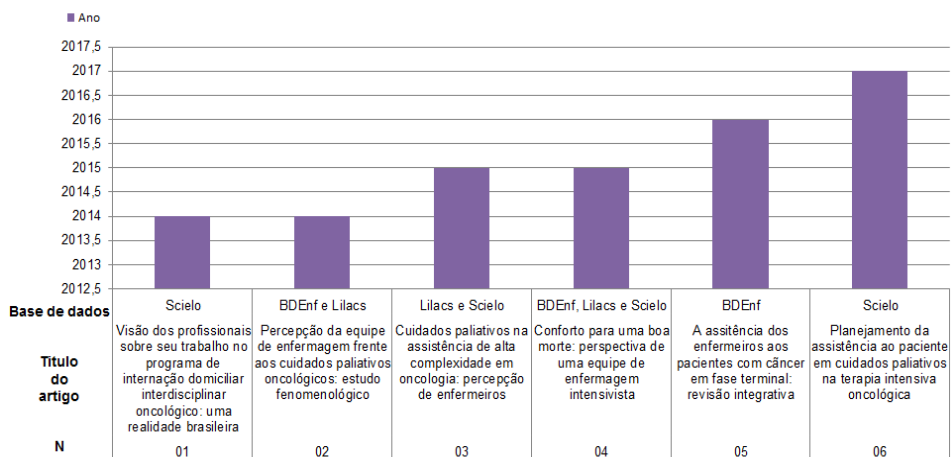


Figura 2 – Gráfico com o ano, título e numeração dos artigos selecionados.

Fonte: Autoria própria, 2018.

Cabe ressaltar novamente que alguns artigos apareceram em uma ou mais base de dados.

Após a pesquisa nas bases de dados, foi elaborado um quadro para melhor visualização contendo sub temas e numeração dos artigos, agrupados de acordo com a categoria temática e analisados de acordo com os conteúdos buscando atender aos objetivos da pesquisa de acordo com Minayo. (2010)

Categoria temática	Sub temas	Artigos numerados
A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos em pacientes adultos oncológicos	Identificando a necessidade de cuidados paliativos ao paciente oncológico	02, 03, 04, 05 e 06
	Percepções sobre os cuidados prestados ao paciente	01, 02, 03, 04, 05 e 06

Quadro 1 – Categorias temáticas e sub temas

Fonte: Autoria própria, 2018.

## 5 | DISCUSSÕES

### 5.1 Identificando a necessidade de cuidados paliativos ao paciente oncológico

Com nexos neste subtema, cinco autores trataram deste assunto.

Segundo Silva et al (2014), expressamente, a equipe de enfermagem acha que o conforto seja a base de uma primazia no atendimento e um cuidado humanizado marcado na qualidade de vida do paciente. Ainda que a equipe de enfermagem conte com o conforto, o bem-estar, o carinho e a paciência, dentre outros, como padrões indispensáveis para a qualidade de vida dos pacientes em CP, as palavras da equipe de enfermagem mostram que os cuidados realizados aos pacientes em fase de palição ficam limitados ao corpo físico e aos cuidados realizados de jeito mecanizados.

Da Silva et al (2015) fala sobre a indispensabilidade de novas ofertas de leitos especializados na área dentro dos hospitais gerais, que fazem pedaço da rede de atenção oncológica, em sua maior parte, foi reconhecida na fala das enfermeiras. Ainda assim, particularidades do perfil dos pacientes em CP oncológicos têm de ser trazidos em conta, uma vez que mostram uma grande inconstância do quadro clínico, requerendo reavaliações a todo o momento por parte do enfermeiro, por exemplo, de modo a adaptar o plano de cuidado conforme as novas ou insistentes carências.

De acordo com Silva; Pereira; Mussi (2015) os processos de cuidados assistenciais a pacientes paliativos da UTI, deram significados no desenvolver de práticas que minimizassem a dor, práticas no suporte social e emocional e práticas que proporcionassem um processo de morrer com maior tranquilidade e dignidade. Diante da condição de terminalidade, evitar ao máximo procedimentos invasivos que tragam dor, proporcionar o alívio da angústia respiratória através de analgésicos, sedativos e aparato tecnológico são práticas que amenizam os desconfortos físicos. Manter a integridade da pele, através de higiene, manutenção e posicionamento corporal, assegura a prevenção de lesões corporais. Garantir a integridade da pele é também, uma forma de evitar o desconforto físico, emocional e social diante do paciente paliativo e da família, para que não veja seu ente querido com o corpo disforme e fétido. Proporcionar apoio social e emocional com palavras que passem carinho, dar atenção, encorajar, criar momentos de descontração, ser maleável, mesmo que implique nas rotinas hospitalares. São maneiras que dão significado ao amparo emocional e possibilitam uma relação efetiva, deixando a pessoa que está morrendo mais confortável e constantemente perto de sua família.

Para Dos Santos Coropes et al (2016) muitos profissionais não gostam de atuar na área de Oncologia, pois o cuidado ultrapassa o paciente paliativo, e deve ser incluso a família e seus valores particulares, o que faz com que os enfermeiros sejam mais que profissionais. Perante a isso é esperado que a enfermagem atue no cuidar holístico por intermédio de reconhecer as vulnerabilidades dos pacientes com câncer e ter disponibilidade de proporcionar algo diferenciado aos pacientes terminais.

Dos Santos (2017) cita que por se tratar de uma doença crônica que ameaça a continuidade da vida, a Organização Mundial de saúde preconiza intervenções paliativistas, desde o diagnóstico da doença, porém as utilidades destas só são explícitas quando há o progresso da doença que já está avançada e a medicina não tem mais alternativas contra a doença, e sim a favor do paciente. A falta de organização no conhecimento das intervenções paliativistas causam dilemas e conflitos éticos. A literatura aborda a necessidade de implementação precoce entre cuidados curativos e paliativos na UTI, e como base a educação continuada de profissionais da saúde, pois assim será melhor de definir aqueles que são sujeitos a terapia intensiva ou não, identificar e melhor prognosticar pacientes de cuidados paliativos.

## 5.2 Percepções sobre os cuidados prestados ao paciente

Com relação ao lado emocional e psíquico dos profissionais, dois autores abordaram o assunto. Segundo Rutz Porto et al (2014) a prática com cuidados paliativos oncológicos oportuniza o desgaste psíquico e físico de profissionais, por referir-se de uma performance marcada por diversas exigências: trabalhar com a dor, o sofrimento, o final da vida e a morte. Na atividade de suas utilidades, os profissionais trabalham com altos níveis de relação emocional e a necessidade de competências próprias para dirigir os cuidados às necessidades relacionadas à perda. A equipe de enfermagem usa o acolhimento como conduta de apoio às carências humanas, a frente dos problemas do trabalho com a terminalidade. O acolhimento, como entrada, escuta, compromissos, participação de saberes, utiliza a harmonia no trabalho, possibilita um clima de entendimento e de prazer pelo trabalho, de respeito e de afeição recíprocos, contribuindo no controle do sofrimento e no agrado pela ação em conjunto.

Dos Santos Coropes et al (2016) cita que o enfermeiro, em sua ação, se sobrecarrega tanto fisicamente como mentalmente e emocionalmente. Relata que os enfermeiros sentem-se desorientados, desorientados, cansados e desapontados, não conseguindo lidar com as modificações ocorridas na maneira de adoecer do paciente com câncer. A frente do grande obstáculo em lidar com estes pacientes alguns só conseguem oferecer cuidados físicos e o embate se dá com técnicas individuais como proteção. Nota-se que a parte emocional não é muito desenvolvida, já que é capaz de existir uma inaptidão para o cuidado emocional tanto da própria equipe de enfermagem, quanto para o paciente.

Em relação à perspectiva do conhecimento da equipe, seis autores referiram sobre o déficit que existe dentro deste paradigma.

Segundo Rutz Porto et al (2014) como foi visto nas falas dos participantes da pesquisa do autor, a formação acadêmica, técnica e ensino médio não foi suficiente para a equipe de enfermagem uma base de conhecimento suficiente, com vistas à prática interdisciplinar, o que tem como consequência o limite da integração da equipe nesse quadro de atuação. Neste ponto de vista, é preciso cogitar que a formação dos

profissionais de saúde nas instituições de ensino, ainda está grifada pelo processo de doença-cura, o que, frequentemente, não os têm dado uma base sólida para lidar com este tipo de trabalho interdisciplinar, em nenhum momento da sua formação. Diante desta lacuna, alguns profissionais relatam ir atrás de novos conhecimentos em pós-graduações para constituir de fato uma aprendizagem interdisciplinar. Apesar de alguns profissionais buscarem ajuda em pós-graduações para aprendizados interdisciplinares, nota-se que os profissionais elaboram eventos anuais para debaterem o assunto junto aos especialistas no assunto, alcançando o aprendizado também para os profissionais da equipe com formação técnica e ensino médio.

Silva et al (2014) refere que ainda que exista programas e protocolos que visam a qualidade desse trabalho, nota-se que, os profissionais tem a apreensão em cumprir o atendimento com qualidade e honestidade aos direitos do paciente. Contudo, o atendimento ainda é realizado de forma mecanizada e voltada vigorosamente para o cuidado ao corpo físico e as práticas próprias ao processo de trabalho.

De acordo com Da Silva et al (2015) entre as dificuldades citadas pelas enfermeiras salientaram-se aspectos relativos com a formação profissional, a frente da ausência de preparo para trabalhar com acontecimentos que mostram a complexidade do ser humano e a maneira de morrer, bem como a insuficiência de recursos materiais e humanos, e inexistência de estrutura física apropriada, de jeito a beneficiar o atendimento de qualidade, único e humanizado. Na gestão do cuidado de enfermagem, o enfermeiro também relata obstáculos em determinar as preferencias de cuidado, levando em consideração a alteração do perfil dos pacientes que são atendidos nos Hospitais, bem como dos objetivos de tratamento, quando acaba escolhendo os pacientes que têm chance de cura.

Para Silva; Pereira; Mussi, (2015) esse tema demonstrou que o atendimento em enfermagem requer exigências técnico-científicas, éticas e humanísticas e necessita ser estudado em práticas de atendimentos direcionados ao paciente e sua família na sua qualidade e totalidade. O significado principal do atendimento na enfermagem para uma boa morte na percepção dos profissionais de enfermagem instensivista foi relacionado à promoção do conforto. Este acontecimento vem sendo visto desde o início da profissão com o intuito do cuidado de enfermagem, bem como, na execução hospitalar nota-se que é algo aguardado pelo paciente durante o tratamento.

Dos Santos Coropes et al (2016) percebe que há obstáculos de aprendizado neste âmbito desde a graduação em que não foram desenvolvidos. Enfermeiros estão formando-se dentro de suas graduações com uma base deficiente, sem saber se comunicar, dialogar e ver o ser humano como um ser biopsicossocial. Segundo a pesquisa do autor a formação acadêmica é a chave principal, e considera imprescindível a inclusão, na grade curricular, de disciplinas que trabalhem os cuidados paliativos. Na maioria dos cursos de graduação é ofertada a disciplina de Oncologia, mas, não é obrigatória e sim eletiva ou optativa. A frente do fato de o câncer ser um problema de saúde pública, e compreendido com a sua



alta ocorrência, fica fundamental a inclusão desta disciplina como obrigatória da grade curricular.

Segundo Dos Santos et al (2017) o ato de cuidar de pacientes na circunstancia dos cuidados paliativos na UTI é peculiar, composto de contradições, sentimentos pesados e apoio pouco humanizada. O saber lidar com a morte ainda é um desafio, uma vez que contém dilemas éticos e paradigmáticos, tendo em vista que a equipe de enfermagem é formada e treinada para trabalhar com a doença e a cura. A falta de base e/ou falta de interesse pelos cuidados paliativos, a dificuldade em admitir que não se pode mais trabalhar baseado na cura, e a fraqueza diante da morte irreversível, são perguntas que dominam a tomada de decisão, originando ocupações erradas de leitos, superlotações, práticas distanásicas, e má administração financeira na UTI.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inaceitável dizer que não há mais nada a fazer pelo paciente sem possibilidades de cura, afinal ele terá uma vida até seu ultimo instante, o que deve ser trabalhado de todas e da melhor forma, para o melhor conforto do paciente, para que ele possa viver até o seu último momento.

O dever da equipe de enfermagem é considerar o paciente um ser único, independente de raça, crenças e valores, lembrando que o ser humano é um ser biopsicossocial. Para que exista um cuidado integral e humanizado a equipe de enfermagem deve fazer uso de diversidades da comunicação e conhecimento para que o paciente perceba que ali ele tem mais que um profissional e sim um ombro amigo para ajudar em todas as suas necessidades.

A equipe de enfermagem deve prestar atendimento até o ultimo instante de vida do paciente baseado em cuidados e referencias literárias para melhor atende-lo nos seus últimos momentos, recebendo conforto, apoio e tranquilidade. Porém tornou-se claro na pesquisa a falta de preparo dos profissionais nos Hospitais para lidar com este tipo de paciente, sendo a falta de preparo emocional ou até mesmo de base literária. Em bases confiáveis de artigos científicos como Scielo, Lilacs e BDEnf, entre outros, nota-se que existe uma grande carência de artigos voltados para a terminalidade juntamente da oncologia.

Conclui-se, portanto, que os profissionais precisam de uma base de conhecimento mais sólida para atender este tipo de paciente. Para tanto, se faz necessário grades curriculares voltadas para o cuidado paliativo nas instituições de ensino e educação continuada para os funcionários dentro dos Hospitais.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Organização Mundial De Saúde**. 2014. Disponível: <http://paliativo.org.br/20-milhoes-de-pessoas-necessitam-de-cuidados-paliativos-diz-organizacao-mundial-da-saude/>. Acesso em: 14 de Outubro de 2020.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, Sept. 2013. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>.

BACURAU, Reury Frank P.; ROSA, Luís Fernando B. Pereira Costa. Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento do câncer. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 142-147, dec. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rpef/article/view/138564>.

BRASIL. **Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm). Acesso em: 14 de Outubro de 2020.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, Dec. 2016. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. Epub May 03, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>.

DOS SANTOS COROPES, Viviane Brasil Amaral et al. A assistência dos enfermeiros aos pacientes com câncer em fase terminal: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 6, p. 4920-4926. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11273/12912>. Acesso em 14 de Outubro de 2020.

FONTES, Cassiana Mendes Bertinello et al. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1089-1095, out. 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso). acessos em 14 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>.

GALVAO, Tais Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso). acessos em 14 out. 2020.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Números de câncer no Brasil**. 2016. [internet]. Disponível: <http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2016/numeros-cancer-brasil.asp>. Acesso em 14 de Outubro de 2020.

MINAYO. Marília Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p., bibliografia. 4 ed. São Paulo: Hucitec –Abrasco, 2010.

NICKEL, Luana et al. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pág. 70-76, março de 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100070&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100070&lng=en&nrm=iso). acesso em 14 de outubro de 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160010>.

RUTZ PORTO, Adrize et al. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. **av.enferm.**, Bogotá, v. 32, n. 1, p. 72-79, Jan. 2014. Available from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002014000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000100008&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46065>.

SANTOS, Débora Cristina Leitão dos et al . Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 3, p. 295-300, May 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300295&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300295&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700045>.

SAVIETO, Roberta Maria; LEAO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 198-202, Mar. 2016 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.

SILVA, Marcelle Miranda da et al . Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 460-466, set. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 out. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150061>.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 40-46, mar. 2015 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lng=pt&nrm=iso). acessos em 14 out. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.

SILVA, Waleska Christina Brandão Pereira da et al. Percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos oncológicos: estudo fenomenológico. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 13, n. 1, p. 72-81, 2014. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4125/pdf\\_73](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4125/pdf_73). Acesso em 14 de Outubro de 2020.

VALADARES, Maria Thereza Macedo; MOTA, Joaquim Antônio César; OLIVEIRA, Benigna Maria de. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 486-493, Dec. 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300013&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300013>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al . Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 637-645, Sept. 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lng=en&nrm=iso). access on 14 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300009>.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer et al . PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDADO AO PACIENTE EM TERMINALIDADE NO AMBIENTE HOSPITALAR. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 3, e0480014, 2016 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300310&lng=en&nrm=iso); access on 14 Oct. 2020. Epub Sep 12, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000480014>.

## O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ONCOLOGIA: SABERES E CONDUTAS RELEVANTES NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 11/02/2022

### **Mariana de Oliveira Liro Brunorio**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/3038413880609586>

### **Micaelly Viegas**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/4120932098526630>

### **Nadia Oliveira Campos**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/9807300757810340>

### **Naira Santos D’Agostini**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/3494743379619430>

### **Matheus Correia Casotti**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/6184046265391814>

### **Iuri Drumond Louro**

Universidade Federal do Espírito Santo -  
Departamento de Ciências Biológicas  
Vitória – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/3817361438227180>

### **Débora Dummer Meira**

Universidade Federal do Espírito Santo -  
Departamento de Ciências Biológicas  
Vitória - Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/7199119599752978>

**RESUMO:** O câncer é um problema de saúde pública que possui inúmeras implicações sociais, emocionais e epidemiológicas para o paciente e sua família. Diante desse cenário, é crescente a necessidade de profissionais competentes para o desenvolvimento de uma assistência de excelência, e, dentre eles destaca-se o enfermeiro. O principal objetivo deste estudo é compreender o papel do enfermeiro na Oncologia, buscando analisar a importância de suas condutas na assistência ao paciente oncológico. Utilizou-se a revisão integrativa de literatura, onde os estudos incluídos na revisão responderam à seguinte questão norteadora: Qual o papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico? Foi realizada uma busca de dados por meio eletrônico sobre o tema e foram incluídos trabalhos científicos publicados no período de 2005 a 2021 nas bases de dados: PUBMED, SCIELO (*Scientific Electronic Library*), e na BVS através das seguintes bases: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Devido à complexidade do câncer, o paciente oncológico é direcionado para várias condutas exercidas pela equipe de Enfermagem, que deve exercê-las de forma correta, humanizada e agradável. Destacam-se principalmente entre elas, a consulta de enfermagem em que esses profissionais buscam observar a saúde física e emocional do paciente e seus familiares, supervisão e planejamento do esquema terapêutico antineoplásico, aconselhamento genético e cuidados paliativos. Conclui-se então, que o enfermeiro apresenta

um papel essencial na assistência ao paciente oncológico e, diante disso, é imprescindível que esses profissionais sejam valorizados e que os saberes e as condutas necessárias à correta assistência ao paciente oncológico sejam desenvolvidas com excelência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem Oncológica. Câncer. Cuidados de Enfermagem. Oncologia.

## THE NURSE'S ROLE IN ONCOLOGY: RELEVANT KNOWLEDGE AND CONDUCTS IN CARE FOR ONCOLOGICAL PATIENTS

**ABSTRACT:** Cancer is a public health problem that has numerous social, emotional and epidemiological implications for the patient and their families. Given this scenario, there is a growing need for competent professionals to develop a service of excellence, and among them, the nurse stands out. The main objective of this study is to understand the role of nurses in oncology, seeking to analyze the importance of their conduct in assisting cancer patients. An integrative literature review was used, where the studies included in the review answered the following guiding question: What is the role of nurses in cancer patient care? An electronic search for data on the theme was performed and scientific papers published from 2005 to 2021 in the following databases: PUBMED, SCIELO (Scientific Electronic Library), and in the VHL through the following databases: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences Information) were included. Due to the complexity of cancer, the oncologic patient is directed to several conducts performed by the Nursing team, which must perform them in a correct, humanized and pleasant manner. Among these, the most important are the nursing consultation, in which these professionals seek to observe the physical and emotional health of the patient and their families, supervision and planning of the antineoplastic therapeutic scheme, genetic counseling and palliative care. We conclude that nurses play an essential role in the care of cancer patients and in the face of that it is essential that these professionals are valued, and that the knowledge and conduct necessary for the correct care of cancer patients be developed with excellence.

**KEYWORDS:** Oncology Nursing. Cancer. Nursing Care. Oncology.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer (CA) compreende um problema de saúde pública, de grande importância epidemiológica no que diz respeito à incidência e à morbimortalidade (LUZ *et al.*, 2015). Caracteriza-se por ser uma doença crônica que abrange diversos tipos de neoplasias malignas, que têm em comum alterações genéticas que se acumulam progressivamente no ácido desoxirribonucléico (DNA) de uma célula normal. Outrossim, o câncer é uma doença extremamente complexa que é conhecida pelo acúmulo de mutações em genes responsáveis por controlar os processos de proliferação, diferenciação e morte celular. O termo tumor ou neoplasia maligna descreve uma massa anormal de tecido com crescimento que excede os limites anatômicos do tecido sadio. Os tumores podem ser benignos, não apresentando risco de levar à morte, ou malignos. Câncer é o termo utilizado para todos os

tumores malignos e compreende um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem outros tecidos e órgãos, adjacentes ou não. Geralmente, as células neoplásicas malignas proliferam agressivamente (ALMEIDA; FERREIRA; MEIRA, 2011; MEIRA *et al.*, 2011).

Devido a sua agressividade e heterogeneidade celular, o câncer demanda diferentes tratamentos. Infelizmente, a quimioterapia normalmente apresenta efeitos colaterais e alta toxicidade e outro grande problema relacionado à quimioterapia é a resistência múltipla às drogas. Esta resistência celular aos agentes citotóxicos é o principal motivo pelo qual a quimioterapia não é capaz de curar a maioria dos cânceres (ALMEIDA; FERREIRA; MEIRA, 2011). Além disso, desde os primórdios do desenvolvimento dos agentes antineoplásicos, buscaram-se tratamentos mais eficientes em destruir a célula tumoral e que não interfiram no crescimento das células normais do paciente (MEIRA *et al.*, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2018). E, para resolver esta questão, surgiram nos últimos anos diferentes medicamentos chamados novos fármacos com alvo molecular definido que têm revolucionado o tratamento do câncer. Dentre esses fármacos destacam-se os anticorpos monoclonais que têm um mecanismo de ação inovador e, muitas das vezes, conseguem reverter a resistência tumoral (MEIRA *et al.*, 2009a; MEIRA *et al.*, 2009b; MEIRA *et al.*, 2011; MEIRA; ARNDT, 2012).

Outrossim, o câncer tem sido considerado uma das doenças mais temidas da atualidade em todo o mundo devido aos efeitos colaterais do tratamento antineoplásico. Por isso, o paciente oncológico requer cuidados especiais em muitos aspectos, desde a provisão dos medicamentos necessários ao seu tratamento até o acompanhamento deste, para identificação e resolução de problemas objetivando eficácia, segurança terapêutica e melhoria de sua qualidade de vida e, para isso, deve-se seguir o correto Seguimento Farmacoterapêutico em Oncologia que contribui para a realização da Medicina de Precisão em Oncologia (GONÇALVES; SALES; MEIRA, 2020).

Devido à complexidade da doença, em que o paciente oncológico se encontra em um momento de grande fragilidade física, emocional e financeira é necessário que o mesmo seja corretamente orientado acerca de todos os seus direitos, assim como a forma de exercê-los enquanto cidadão e ser humano ao enfrentar esta terrível doença. Esses direitos são, principalmente, de cunho individual e têm como principal finalidade, a tutela do bem jurídico da vida, incluindo os direitos fundamentais constituídos na Magna Carta de 1988, principalmente, no que tange ao direito social à saúde, demonstrando a importância desse direito como fundamento para uma vida digna da pessoa humana (LYRIO; PRATES; MEIRA, 2021).

As modificações sucedidas nas células a partir da mutação genética, como a multiplicação desordenada, podem vir a ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes. Quando ativados por mutação, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em cancerígenas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021). O processo de carcinogênese, que é o processo de

formação do câncer , em geral, acontece de forma gradual e apresenta 3 estágios: Estágio de Iniciação (1), Estágio de Promoção (2) e Estágio de Progressão (3). No Estágio 1, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível detectar um tumor clinicamente. Elas encontram-se “preparadas” para a atividade de um segundo grupo de agentes que irão agir no próximo estágio. No Estágio 2, a célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradativa, em decorrência do efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A exposição excessiva e prolongada a hormônios e alguns componentes da alimentação são exemplos de condições que viabilizam a modificação de células iniciadas em malignas. Em conclusão, no Estágio 3, ocorre a multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas, fase em que o câncer já está instalado e irá evoluir até o aparecimento das primeiras manifestações clínicas da doença. Os fatores que oportunizam essa progressão da carcinogênese são denominados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos, como por exemplo o cigarro, que é considerado um agente carcinógeno completo, visto que apresenta elementos que atuam nos três estágios supracitados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

O câncer não apresenta uma única etiologia, o mesmo pode surgir através da interação de inúmeros fatores, como por exemplo, as causas externas presentes no meio em que se vive. Essas são responsáveis por quase 90% dos casos, e as mudanças estimuladas no meio ambiente pelo próprio indivíduo como a industrialização e urbanização, seus hábitos e comportamentos vêm sendo indicados como principais desencadeadores para o aumento no risco de desenvolvimento dos diferentes tipos de câncer. Além das causas mencionadas, temos causas internas como hormônios, condições imunológicas e genéticas, que podem interagir favorecendo o surgimento do câncer. Ainda que o fator genético exerça um papel significativo na formação dos tumores, os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários e familiares são raros (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021). Como exposto, há vários fatores de risco que podem estar envolvidos na origem do câncer. Estudos expõem, por exemplo, a associação entre o uso de tabaco, consumo de álcool e precárias condições de nutrição ao surgimento do câncer de pulmão, assim como CA de laringe, esôfago, boca e faringe (que são muito evidentes no Brasil). Além desses, temos o CA de mama relacionado a fatores como idade precoce da menarca, menopausa tardia, obesidade e consumo de álcool (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Das inúmeras razões de morbimortalidade no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente, por este motivo é reconhecido como um problema de saúde pública (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014). O perfil epidemiológico aponta essa doença como uma das principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) em diversos lugares do mundo. A recente estimativa mundial menciona que aconteceram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os câncer es de pele não melanoma), sendo o câncer de pulmão o mais incidente

(2,1 milhões), acompanhado pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Vale ressaltar que a ocorrência em homens representa 53% dos casos novos, e nas mulheres 47% de casos novos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021). No Brasil, aponta-se uma estimativa de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) para cada ano do triênio 2020-2022, sendo o câncer de pele não melanoma indicado como o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

Os principais tipos de câncer que mais tiveram óbitos em homens no Brasil em 2019 são os cânceres que tiveram localização primária na Traqueia, Brônquios e Pulmões e também Próstata. Já os óbitos de câncer em mulheres mais de 16% desses óbitos em 2019 têm por localização primária as mamas. Além disso, no ano de 2020 quase 30% dos casos novos em homens e mulheres são de câncer de Próstata e Mama, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020). Com base nesse contexto, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam em constante atualização acerca da temática, bem como desenvolver competências para realizar uma prática humanizada em Oncologia. Dessa maneira, necessita-se de enfermeiro(a)s comprometidos com o cuidado oncológico, que apresentem conhecimento científico e condutas éticas e humanas frente às necessidades de saúde da população (SILVA *et al*, 2016).

Sabe-se que o(a) enfermeiro(a) é um profissional presente e atuante em todo o tratamento oncológico e pode colaborar sobremaneira com o paciente prestando assistência em etapas como a avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação, atendimento aos familiares, promoção de ações educativas, atividades multidisciplinares e auxiliando nas situações de risco, por meio da elaboração de um plano de cuidados adequado às necessidades e possibilidades de cada doente (ROLIM *et al*, 2019). Portanto, verifica-se que o enfermeiro está inserido em todos os processos de tratamento das doenças, principalmente o câncer, sendo a classe profissional que perdura mais cotidianamente ao lado do paciente, e, com isso, é necessário que os mesmos estejam sensíveis aos sofrimentos humanos, sejam abertos a conversas, respeitem a liberdade individual e sejam aptos a dar uma contribuição positiva aqueles que estão vivendo em sofrimento (SOUZA *et al*, 2013). Entretanto, esses profissionais, em sua maioria, são inseguros para essa vivência e sentem falta de uma habilitação que deveria ocorrer no início da graduação e prosseguir ao longo da vida profissional. Portanto, verifica-se a necessidade de ampliar a quantidade e qualidade de informações na área de Oncologia por meio de pesquisas para aumentar o conhecimento desses especialistas no cuidado humano (AMÂNCIO; CAMPOS, 2009).

Desse modo, espera-se que este estudo amplie o conhecimento científico dos acadêmicos e profissionais da área de saúde, em particular, da Enfermagem, sobre a atuação do enfermeiro na Oncologia, para que possam refletir sobre os seus papéis e então prestar uma assistência humanizada aos pacientes. A relevância deste trabalho se



fundamenta no agrupamento de informações que sinalizam a importância de entender os diferentes papéis desses profissionais, servindo de consulta científica para discentes, docentes, profissionais da área da saúde em geral e para a elaboração de outras produções científicas.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) que consiste na análise ampla de estudos publicados que possibilitam discussões sobre o papel do enfermeiro na Oncologia. As etapas seguidas para a elaboração da RI foram: elaborar uma pergunta norteadora, busca de amostragem na literatura, coleta de dados dos artigos selecionados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Foram identificados os artigos por meio da busca eletrônica, a partir daqueles que responderam à questão norteadora. Posteriormente, a partir dos artigos encontrados, foram lidos os títulos e resumos desses, selecionando-os pelos seguintes critérios de inclusão: responder à pergunta norteadora; estar escrito em português e publicado entre 2005 a 2021. E, como terceiro passo, os artigos foram selecionados para leitura na íntegra e avaliados de acordo com a questão norteadora. Por fim, após selecionados para compor a amostra, foi realizada a extração das informações buscadas. Os estudos contidos na RI responderam de alguma forma no seu decorrer a seguinte questão norteadora: qual o papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico?

Devido o número reduzido de artigos sobre o tema em questão e por sua particularidade, foram incluídos trabalhos científicos publicados no período de 2005 a 2021 nas bases de dados: PUBMED, SCIELO (*Scientific Electronic Library*), e na BVS através das seguintes bases: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Para a busca na BVS foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Enfermagem Oncológica”, “câncer”, “cuidados de Enfermagem” e “Oncologia”.

Foram identificados 45 artigos, sendo que destes foram eliminados 16, visto que os mesmos não responderam a pergunta norteadora. A localização de cada um foi efetuada por dois investigadores, de forma independente, que após a seleção juntaram-se para discussão a respeito dos estudos e sua exclusão ou inclusão.

## 3 | DISCUSSÃO

A formação da Enfermagem na área da Oncologia originou-se como especialização nos Estados Unidos. A evolução do enfermeiro nessa área se deu, sobretudo, devidos aos diversos ensaios clínicos realizados com os recentes agentes terapêuticos quimioterápicos produzidos pela indústria farmacêutica, que demandaram um trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar, aumentando então a carga de trabalho e a necessidade da inserção

do profissional enfermeiro na área da Oncologia. Com esse aumento, sucedeu a criação da especialidade, o que levou à formação das primeiras organizações de Enfermagem oncológica (SANTANA; LOPES, 2007).

No Brasil, em 1983, devido à complexidade do cuidado e à necessidade de profissionais com formação especializada ocorreu à primeira organização das enfermeiras na área da Oncologia durante o XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, desencadeando, assim, o processo de organização da categoria em nível nacional (SANTANA; LOPES, 2007). De modo conjunto ao supracitado, a assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente com câncer esteve e está em constante evolução, com isso sucedeu a associação dessa assistência às teorias de Enfermagem. Essas auxiliam no processo de descrever, explicar, diagnosticar ou prescrever medidas referentes aos cuidados de Enfermagem, sendo então essenciais para um desempenho de uma determinada intervenção, de acordo com a organização e sistematização do cuidado. Entretanto, as mesmas ainda são pouco utilizadas no cotidiano dos profissionais, apesar de serem essenciais para firmar uma intervenção adequada (SILVA *et al.*, 2018).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 569/2018, tem-se a exposição das intervenções de Enfermagem nos serviços oncológicos, sobretudo para prática voltada à quimioterapia antineoplásica. São destacadas como principais competências o asseguramento da qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos pacientes submetidos aos tratamentos antineoplásicos em ambientes hospitalar e ambulatorial, assim como a promoção da humanização do atendimento a pacientes submetidos a esses tratamentos (COFEN, 2018). Ademais, o documento aborda competências privativas do enfermeiro como a de planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem referente ao esquema terapêutico antineoplásico, e, principalmente, a de elaborar protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais. Além disso, ressalta a importância da realização da consulta de Enfermagem baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2018).

Com o diagnóstico e o desenvolvimento da doença observa-se um grande impacto na qualidade de vida do paciente, sobretudo em relação aos sintomas, especialmente a dor, que é a principal responsável por desenvolver diferentes graus de sofrimento no indivíduo. Por conseguinte, a sensação dolorosa mencionada é associada às experiências emocionais vivenciadas como culpa, mágoa, luto e angústia (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014), podendo interferir no âmbito fisiológico, psíquico, social e espiritual do paciente oncológico (STUBE *et al.*, 2015). Além dos sintomas supramencionados, quando o paciente recebe o diagnóstico de câncer, o mesmo tende a se isolar de maneira inconsciente, visto que, a descoberta da doença envolve uma série de transformações e mudanças, como, por exemplo, o desenvolvimento de transtorno de ansiedade, que está intimamente relacionada ao longo tratamento que será iniciado (TAVARES; SILVA, 2018).

Outro fator muito relevante é que essa descoberta é cercada de incertezas, estigmas e medo, além de uma brusca mudança na vida desse paciente e de todos os seus familiares (CARMO *et al.*, 2019). Ademais, o câncer é uma doença que aborda diversas questões físicas, sociais e emocionais. Além da doença física, a equipe necessita lidar com essas questões associadas como: revolta, perspectiva de morte e sensação de impotência diante da doença (VIEIRA *et al.*, 2017). Diante do exposto, pode-se perceber que o indivíduo diagnosticado se sente angustiado e inseguro com sua evolução no tratamento, devido principalmente aos paradigmas desenvolvidos pela sociedade, de que ter câncer é um sinônimo de morte (CARMO *et al.*, 2019).

Frente ao diagnóstico ou presença de fatores de risco, o paciente é direcionado para várias condutas, como a consulta de Enfermagem. Nessa, os profissionais buscam perceber além da saúde física as necessidades emocionais do paciente. Essa consulta no âmbito da Oncologia é composta essencialmente pela: (1) Coleta da história familiar e avaliação de risco; (2) Testes genéticos; e (3) Seguimento e retornos (SANTOS *et al.*, 2013) que serão descritos a seguir. Durante a coleta e avaliação de risco (1), é primordial que o profissional preste muita atenção ao histórico familiar de câncer e outras doenças que venham a ser mencionadas. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento de Genética, de aspectos éticos e legais, além de habilidade de comunicação para desenvolver relacionamentos interpessoais empáticos com o paciente. Ademais, o conhecimento da história pessoal e familiar, assim como a construção do heredograma são essenciais para definir a estimativa de risco de desenvolvimento de câncer, sendo extremamente necessários para a tomada de decisões quanto à realização ou não do teste genético e indicação de condutas de rastreamento clínico (SANTOS *et al.*, 2013).

Neste contexto, outro papel essencial do enfermeiro no âmbito da Oncologia é na área Genética/Genômica e Aconselhamento Genético. A Genômica consiste em um estudo de todos os genes do genoma humano em conjunto, o que inclui suas interações entre si e com o ambiente, fatores físicos, psicossociais e culturais (SANTOS *et al.*, 2013). A cada ano que passa é maior a importância em conhecer o histórico familiar, o perfil genético e genômico dos indivíduos e de suas famílias, não só devido ao aumento do número de casos de câncer, mas também para a descoberta e acompanhamento de outras patologias. Dessa forma, de acordo com a Resolução do COFEN Nº 468/2014, o enfermeiro é habilitado para prestar uma assistência prévia e estabelecer um diagnóstico de determinada doença, interpretar riscos genéticos, além de poder acompanhar a evolução e o prognóstico. Assim, este profissional pode também estabelecer estratégias de tratamento e prevenção do câncer e, através do desenvolvimento dessas competências, habilidades e atitudes, torna-se possível investigar de forma quase completa o perfil genético do paciente e de seus familiares (SANTOS *et al.*, 2013). A indicação para realização dos testes genéticos (2), presentes também como um dos componentes da consulta, serão realizados no intuito de detectar mutações germinativas de genes de alta penetrância. Apesar de

ser um teste voluntário, o enfermeiro irá participar também deste processo, oferecendo apoio e orientando o paciente de todos os riscos, benefícios, limitações e seus potenciais resultados (SANTOS *et al.*, 2013).

O seguimento e o retorno (3) do paciente configura-se como um constituinte fundamental da consulta, visto que são fornecidas muitas orientações complexas quanto ao tratamento e, dessa forma, é ideal acompanhar toda a sua evolução. Com isso, o enfermeiro deve ao menos uma vez ao ano verificar a presença de alterações no histórico familiar do paciente, reforçar comportamentos saudáveis e acompanhar quanto à adesão aos programas de rastreamento e detecção precoce de futuras lesões, no intuito de prevenir a doença em questão (SANTOS *et al.*, 2013). Durante a consulta e os atendimentos, o enfermeiro necessita buscar compreender que o ato de cuidar é de fundamental importância para esses pacientes, e, com isso, deve-se realizar um atendimento humanizado com o intuito de desenvolver uma visão holística pautada em princípios éticos e morais. Ademais, esse cuidado deve abranger os familiares, que deverão ser encorajados pela Enfermagem a estar ao lado do paciente para o que for necessário (SANTOS *et al.*, 2013).

Outrossim, o enfermeiro deve se atentar quanto a execução de outros cuidados prestados a esses pacientes, como os relacionados à higiene corporal, higiene oral, alimentação, deambulação, o de documentar os cuidados de Enfermagem, ensino ao doente e familiares, monitorização de sinais vitais e glicemia capilar, além da manutenção com os dispositivos médicos e identificação terapêutica prescrita, sendo esses, cuidados essenciais, pelos quais podem vir estar omissos no cotidiano desses profissionais (PAIVA; AMARAL; MOREIRA, 2021). Evidencia-se também que a maioria desses pacientes oncológicos manifestam altos níveis de dor, com isso, é fundamental o papel do enfermeiro no intuito de manejar, controlar e avaliar esse sintoma, buscando compreender que ela se caracteriza como um sinal vital a ser mensurado mediante escalas e não apenas por aspectos subjetivos, como expressão facial, choro, entonação da voz e modo de agir (ROLIM *et al.*, 2019). No que se refere às terapias não farmacológicas para o tratamento da dor oncológica, as condutas mais empregadas por esses profissionais será a aplicação de calor e/ou frio, distração dirigida, relaxamento e massagem manual. Essas intervenções, quando empregadas de maneira efetiva, auxiliam de maneira significativa e contribuem para a melhoria das condições gerais de saúde do paciente (PEREIRA *et al.*, 2015).

Além dos cuidados mencionados, o enfermeiro apresenta um papel imprescindível na execução dos cuidados paliativos prestados aos pacientes oncológicos. Esse cuidado se caracteriza por uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de prevenir complicações relacionadas à doença e melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares (VIEIRA *et al.*, 2017). O Cuidado Paliativo é associado de forma usual à área da Oncologia, e os profissionais que trabalham nessa área, principalmente a equipe de Enfermagem, devem se apresentar de maneira empática, estando sempre dispostos ao diálogo. Além disso, é necessário compreender que a maioria dos pacientes

que necessitam desses cuidados se encontra em fase terminal e em um estado de grande fragilidade e, portanto, possuem necessidades especiais. Dessa forma, a equipe de Enfermagem deve estar sempre atenta a observar o paciente com o intuito de oferecer o maior conforto possível (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Pode-se observar então, que através do desenvolvimento de novas condutas assistenciais nessa área, a Enfermagem Oncológica foi crescendo como especialidade, esse crescimento teve relação com o advento de ensaios clínicos com novos esquemas terapêuticos, que necessitava de uma equipe multidisciplinar. Toda essa demanda de ensaios clínicos impulsionou a especialidade da Enfermagem na Oncologia, e, desse modo, foi necessária a criação de cursos de atualização e especialização (SANTANA; LOPES, 2007). Com o desenvolvimento dessa área no Brasil, e em especial no Instituto Nacional do Câncer (INCA), ocorreu a ideia de criação de um programa especializado na área de Oncologia com intuito de formar profissionais especializados e pesquisadores na área. E, em 1986, o Projeto de Residência do INCA foi aprovado pelo Ministério da Saúde. Salienta-se que na residência o enfermeiro tem a oportunidade de adquirir um conhecimento técnico-científico profundo em Oncologia, além de se especializar na área hospitalar (SANTANA; LOPES, 2007).

Com isso, constata-se que, dentre os profissionais da área da saúde, o que permanece maior parte do tempo ao lado do paciente é o enfermeiro, evidenciando sua importância para o sucesso do tratamento. Com isso, o mesmo necessita estar preparado emocionalmente para lidar com as frustrações presentes nesse perfil de tratamento (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014). Todavia, quando se trata dos serviços voltados para a Oncologia, a prática expõe os profissionais ao contato direto com situações de dor, desesperança e morte, tanto da parte do paciente quanto dos familiares, fatores esses, que quando são associados à agressividade terapêutica, geram graves reações emocionais nos pacientes, produzindo em elemento causador de estresse e cansaço para a equipe (SILVA *et al.*, 2016).

Durante a prestação do cuidado, o enfermeiro é rodeado de várias emoções e sentimentos desencadeados pelo relacionamento terapêutico. A construção desse envolvimento pode estar relacionada ao acompanhamento desse profissional nas diversas etapas do tratamento, pelo qual se caracteriza por ser longo e que, muitas vezes, resulta em diversos efeitos colaterais, sofrimento e morte. Com isso, faz-se necessário que se desenvolvam estratégias para atuação desses enfermeiros nas unidades oncológicas de forma menos estressante (SILVA *et al.*, 2016). Dessa maneira, diversos estudos trazem estratégias de enfrentamento para esses profissionais como por exemplo o apoio da equipe de trabalho e da família, suporte na religião, atividades físicas, apoio psicológico, capacitações profissionais e terapia. Outrossim, outra estratégia muito interessante é buscar um maior conhecimento científico sobre a patologia, o que poderá evitar o inesperado no prognóstico da doença (CARMO, 2019).

Finalmente, vale salientar, que toda essa vivência negativa do enfermeiro pode estar relacionada com falhas no processo formativo, que não prepara o profissional para o manejo dessas situações que exigem alto preparo emocional para lidar com situações estressantes (CARMO, 2019). Contudo, é primordial que as instituições possibilitem aos seus funcionários momentos dedicados à discussão que permitirão aos colaboradores trocar experiências, informações e práticas com propósito de reduzir o estresse diário e cenários de sofrimento (LUZ *et al.*, 2016). Além do preparo psicológico, é necessário que o enfermeiro desenvolva também conhecimentos científicos acerca de diversos assuntos, dentre eles: bases moleculares do câncer; etapas da carcinogênese; conceitos de angiogênese, metástase e imunologia tumoral; marcadores tumorais; oncogenética; farmacologia e interações medicamentosas dos antineoplásicos e mecanismo de ação de novos fármacos com alvo molecular definido para o tratamento do câncer; pesquisa e síntese de novos fármacos aplicados ao tratamento do câncer; intervenções relacionadas à assistência a pacientes portadores de câncer e seus familiares. Todos esses conhecimentos são muito complexos (e recentes na literatura científica mundial) e devem ser adquiridos e integrados ao longo da graduação no curso de Enfermagem e, além disso, demandam muitas vezes a realização de uma especialização *lato sensu* em Oncologia.

#### 4 | CONCLUSÃO

Ao considerarmos as questões acima apresentadas, conclui-se que o câncer é uma doença multifatorial que abrange questões emocionais, sociais e familiares, assim como acesso à saúde, apresentando-se então como um grande desafio para os enfermeiros. Dessa maneira, com o diagnóstico da doença são vários os sentimentos desenvolvidos pelo paciente em relação ao seu quadro de saúde, fazendo-se necessário um olhar holístico pautados na particularidade individual do mesmo, além de um trabalho em equipe, com foco na empatia, comunicação, estratégias de cuidado e sensibilização. Neste contexto, é imprescindível a atuação do enfermeiro com extrema responsabilidade e qualidade, assim como o completo domínio por esses profissionais da resolução N° 569/2018 do Conselho Federal de Enfermagem, no que tange sobre a prevenção e controle do câncer, considerando a necessidade de redução da mortalidade e das incapacidades causadas por essa doença e sua magnitude como problema de saúde pública.

Ademais, é primordial que as instituições de ensino reflitam sobre suas estratégias e prioridades na formação de novos profissionais enfermeiros e que as mesmas sejam capazes de fornecer as ferramentas básicas de trabalho – teóricas, práticas e clínicas – para a correta atividade clínica na área da Oncologia, principalmente no ambiente altamente competitivo da nova era globalizada. É necessário o incentivo à formação completa destes profissionais e o desenvolvimento de um modelo educacional que não busque só a orientação no que se refere à aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das habilidades técnicas,

mas que possibilite o exercício de habilidades sociais, de ações críticas e éticas. Assim, ocorrerá um impulsionamento para rever paradigmas e uma consequente contextualização com a sociedade contemporânea, com o objetivo de exercer uma assistência de excelência à população, sendo que enfermeiros oncológicos serão capazes de superar os difíceis desafios durante seu exercício profissional.

Finalmente, este estudo analisou as condutas exercidas pelos enfermeiros dentro da equipe multiprofissional, no qual apresenta um papel essencial no cuidado, cujos princípios devem ser abordados na humanização do atendimento ao paciente oncológico. Dessa forma, é indispensável destacar a importância da participação e envolvimento do enfermeiro nos debates científicos na área de Oncologia, com o intuito de atualização e para adquirir um amplo conhecimento sobre este assunto tão complexo. Com isso, é fundamental que mais pesquisas como esta sejam realizadas com o propósito de aumentar as produções científicas em relação às intervenções de Enfermagem na promoção da saúde, prevenção e tratamento do câncer, proporcionando, assim, um tratamento humanizado e de qualidade ao paciente oncológico. Dessa maneira, o papel do enfermeiro na Oncologia será valorizado e os saberes e as condutas necessárias à correta assistência ao paciente oncológico serão desenvolvidas com excelência.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. H.; FERREIRA, C. G.; MEIRA, D. D. **Novos Fármacos com Alvo Molecular Definido.** Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v.48, p.183 - 190, 2011.

ALMEIDA, V. H. et al. **Radiotherapy modulates expression of EGFR, ERCC1 and p53 in cervical cancer.** Brazilian Journal of Medical and Biological Research (on line), v.51 (1), 2018.

AMANCIO, N. A. M.; CAMPOS, L. N. de M. **O papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico.** Revista Tecer, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 1-10, nov. 2009.

ANDRADE, G. B. de et al. **Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador.** Revista Online de Pesquisa e Cuidado Fundamental, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1-5, abr. 2019.

ASSIS, M. de; SANTOS, R. O. M. dos; MIGOWSKI, Arn. **Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-20, mar. 2020.

BELHIANE, H. P. P.; MATOS, L. R. P. de; CAMARGOS, F. **O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa De Literatura.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 3, n. 4, p. 1-8, set. 2014.

CALIL, A. M. ; PRADO, C. **Ensino de Oncologia na formação do enfermeiro Ensino de Oncologia na formação do enfermeiro.** Revista Brasileira de Enfermagem Reben, Brasília, v. 63, n. 4, p. 671-674, jul. 2010.

CARMO, R. A. L. de O. do; SIMAN, A. G.; MATOS, R. A. de; MENDONÇA, E. T. de. **Cuidar em Oncologia: Desafios e Superações Cotidianas Vivenciados por enfermeiros**. Revista Brasileira de Cancerologia, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa (MG), Brasil., v. 3, n. 65, p. 818-828, 23 dez. 2019.

COSTA L. S.; CARMO, A. L. O. do; FIRMINO, G. G. D.; MONTEIRO, J. de S. S.; FARIA L. B.; Gomides L. F. Fatores de risco relacionados ao câncer de mama e a importância da detecção precoce para a saúde da mulher. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 31, p. 8174, 20 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen Nº 569/2018**. Brasília, 19 de fev. de 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018\\_60766](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766). Acesso em: 10 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen Nº 468/2014**. Brasília, 17 dez. 2014. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04682014\\_29065](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04682014_29065). Acesso em: 10 fev. 2022.

GONCALVES, L. K. B.; SALES, M. D. C.; MEIRA, D. D. **Seguimento Farmacoterapêutico em Oncologia In: Farmácia Clínica e Hospitalar**. 1 ed. Ponta Grossa - PR: Atena Editora, 2020, p. 118-133.

GUERRA, M. M. R. et al. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes**. Revista Brasileira de Cancerologia, Juiz de Fora, MG., v. 3, n. 31, p. 227-234, 20 maio de 2005.

LUZ, K. R. da et al. **Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da Oncologia na alta complexidade**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016, v. 69, n. 1, pp. 67-71.

LYRIO, R. de O.; PRATES, J. P., MEIRA, D.D. **Direito em Oncologia In: Direito: Ramificações, Interpretações e Ambiguidades** 3.3 ed. Ponta Grossa – PR: Atena Editora, 2021, v.3, p. 234-250.

MEIRA, D. D.; ARNDT, J. **Terapias alvo atualmente utilizadas para o tratamento do câncer de pulmão**. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia., v.49, p.30 - 36, 2012.

MEIRA, D. D et al. **Clotrimazole decreases human breast cancer cells viability through alterations in cytoskeleton-associated glycolytic enzymes**. Molecular Genetics and Metabolism, v.84, p.354 - 362, 2005.

MEIRA, D. D et al. **Combination of cetuximab with chemoradiation, trastuzumab or MAPK inhibitors: mechanisms of sensitisation of cervical cancer cells**. British Journal of Cancer, v.101, p.782 - 791, 2009a.

MEIRA, D. D et al. **Different antiproliferative effects of matuzumab and cetuximab in A431 cells are associated with persistent activity of the MAPK pathway**. European Journal of Cancer, v.45, p.1265 - 1273, 2009b.

MEIRA, D. D et al. **Efficient Blockade of Akt signalling is a determinant factor to overcome resistance to Matuzumab**. Molecular Cancer, v.10, p.151 - 158, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 27 out. 2021.



PAIVA, I. C. S et al. **Cuidados de Enfermagem omissos: percepção de enfermeiros de um hospital de Oncologia portugueses.** Revista de Enfermagem Referência, n. 5, p. 1-8, dez. 2020.

ROLIM, D. S. et al. **Produção científica de enfermeiros brasileiros sobre Enfermagem e Oncologia: revisão narrativa da literatura.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 41-47, jan./set. 2019.

SALES, L. F.; LIMA, B. M. **O cotidiano da enfermagem na oncologia pediátrica: revisão da literatura: semana de mobilização científica – SEMOC,** Salvador. 2016. p. 2-14.

SANTANA, C. J. de M. O. ; A LOPES, G. T. **O cuidado especializado do egresso da residência em enfermagem do instituto nacional de câncer - INCA.** Dissertação (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Esc Anna Nery Enfermagem, Rio de Janeiro, 2007.

SCHÄFER, T. C. et al. **Cuidados paliativos e teoria humanística na Enfermagem.** Revista Enfermagem Atual, p. 27-32, ago. 2019.

SILVA, C. N. da et al. **Exercício da liderança do(a) enfermeiro (a) em unidades oncológicas.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, jun. 2016.

SILVA., N. R. F. da et al. **Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro.** Revista Uningá, Teresina - Pi, v. 55, n. 2, p. 59-71, abr. 2018.

SOUZA, L. F. de et al. **Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de Oncologia.** Rev Esc Enferm Usp, São Paulo, Brasil, v. 1, n. 47, p. 30-37, 27 out. 2012.

TAVARES, L. J. et al. **Papel da enfermagem nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos: revisão bibliográfica.** Curso de Enfermagem, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2018.

VIEIRA, T. A. et al. **Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de Enfermagem.** Revista Online de Pesquisa Cuidado Fundamental, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-6, jan. 2017.

# CAPÍTULO 3

## O SIGNIFICADO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS: A EXISTÊNCIA DO PRAZER E SOFRIMENTO

Data de aceite: 01/03/2022

### Wagna Teixeira Barbosa

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Goiânia – GO  
<http://lattes.cnpq.br/7115744335953951>

### Gláucia Rezende Tavares

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Belo Horizonte – MG  
<http://lattes.cnpq.br/3463155107462124>

**RESUMO: Introdução:** Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. O enfermeiro tem um papel imprescindível na equipe de cuidado paliativo, pois ele favorece uma aproximação com o sofrimento humano, o qual muitas vezes ainda não foi vivenciado por outras áreas de atuação.

**Objetivo:** Descrever as reações emocionais do enfermeiro na atuação em cuidados paliativos

**Método:** Revisão integrativa da literatura com busca por trabalhos disponíveis nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, publicados em português ou espanhol, disponíveis na íntegra, sem restrição metodológica e compreendidos no período dos últimos cinco anos

**Resultados:** Do total de 36 artigos encontrados que tratavam sobre o tema, 7 foram selecionados por atenderem a todos os critérios de inclusão. **Cosiderações finais:** Os resultados apontaram que a falta de

possibilidade de atuação na terapêutica ocorre devido ao conhecimento reduzido de alguns profissionais e a pouca divulgação da filosofia de CP, bem como suas políticas e legislações. A literatura ainda é escassa, no que se refere a conhecer os fatores que motivam o enfermeiro a trabalhar no contexto da fase final de vida. Recomenda-se que sejam realizados outros estudos que abordem as reações emocionais dos enfermeiros, as dificuldades e os fatores que os motivam atuar neste cenário.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reações emocionais, cuidados paliativos, motivação, dificuldades.

### THE MEANING OF THE WORK OF NURSES IN PALLIATIVE CARE: THE EXISTENCE OF PLEASURE AND SUFFERING

**ABSTRACT: Background:** Palliative Care (PC) is a kind of approach that improves the quality of life of the patients (adults and children) and family members that are facing problems associated with life-threatening illnesses. The nurse plays an essential role in the palliative care team, because it favors an approach with human suffering, which we still have not experienced in other areas.

**Objective:** To describe the emotional reactions of the nurse in the work in palliative care. **Method:** Integrative literature review, with search for available works in LILACS, SCIELO and BIREME databases, published in Portuguese or Spanish, available in full-text, without methodological restriction and comprised in the last five years.

**Results:** In a total of 36 articles found that dealt with the topic, 7 were selected because they met all inclusion criteria. **Final considerations:** The

results indicated that the lack of possibility of acting in the therapy occurs due to the lack of knowledge of some professionals and the lack of dissemination of the CP philosophy, as well as its policies and legislation. The literature is still very scarce in terms of knowing the factors that motivate nurses to work in the context of the end-of-life phase. It is recommended to carry out other studies that address the emotional reactions of nurses, the difficulties and the factors that motivate them to act in this scenario.

**KEYWORDS:** Emotional reactions, palliative care, motivation, difficulties.

## 1 | INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e familiares que enfrentam situações associadas a doenças que ameaçam a vida. Essa prática, previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais relacionados ao processo de fim de vida (WHO,2017). Desta forma, CP tratam do atendimento proporcionado aos pacientes que não responderam ao tratamento curativo e necessitam de cuidados para o controle de sinais e sintomas da doença, prezando o máximo de conforto e qualide na fase final da vida (WHO,2008).

O enfermeiro tem um papel imprescindível no cuidado paliativo, pois ele atua como sujeito cuidador, que busca, valendo de seu conhecimento, amenizar qualquer tipo de agravo que o paciente ou a família apresente (CHAVES; LEÃO, 2004).

Ser enfermeiro em cuidados paliativos propicia uma aproximação com o sofrimento humano, o qual muitas vezes ainda não é experimentado em outras áreas. Trabalhar em cuidados paliativos é poder vivenciar diferentes etapas do tratamento até a fase terminal com pessoas jovens, idosas e crianças (ALMEIDA, 2015).

O enfretamento da doença ameaçadora da vida “sem perder o sorriso do rosto” favorece a desconstrução de paradigmas acerca do processo de convalescença, gerando novas reflexões e a busca de novas formas no cuidar, de modo a despertar o que já não faz mais sentido para aqueles que lutam, muitas vezes, sonhando com uma nova oportunidade para recomeçar (SPIELBERGER,1981).

O sofrimento humano e a doença terminal inspiram o enfermeiro fazer reflexões sobre a morte, o seu processo e as suas repercussões na vida do sujeito e sua rede de apoio familiar, pois, ao vivenciar o sofrimento no seu dia a dia de trabalho, esse profissional, mesmo sensibilizado com as histórias, sentimentos e emoções, deverá continuar atuando com base nos protocolos técnicos de modo a garantir o atendimento adequado ao paciente. Essa realidade conduz o enfermeiro a enfrentar de modo paradoxal a sua atuação em CP em que ele convive com o prazer e o sofrimento da assistência ao paciente, tendo que ora se render as emoções para se aproximar de maneira empática ao processo fim de vida e, ao mesmo tempo, devendo fundamentar as suas ações nos aspectos biológicos da progressão da doença. Se por um lado, o trabalho do enfermeiro em CP permeiam os

sentimentos de satisfação e prazer, por outro traz sofrimento, aflição e agonia (ALMEIDA, 2015).

A atuação do enfermeiro, mesmo antes de ser reconhecido como profissão através das teorias deixadas por Florence Nightingale, era representado por tarefas desenvolvidas pelo cuidar caridoso e exercido principalmente por prostitutas, com a finalidade de salvar as almas dos assistidos e de quem assistia, assim, os hospitais eram compreendidos apenas como locais para levar quem já estava morrendo (LUNARDI FILHO, 1995).

O modelo clínico no hospital era desenhado pelo médico, que assumia a parte intelectual da assistência, de forma que o elemento central no processo de cuidar era delegado a esse profissional de saúde, estando a responsabilidade dos cuidados básicos e rotineiros sob o encargo da enfermagem, compondo assim processo de assistência institucionalizada da saúde (LIMA, 1998). Ainda nesse contexto, a prática da enfermagem estava mascarada pelo modelo religioso católico e submetida ao modelo médico, o que favoreceu a caracterização da sua identidade perante a sociedade. Servir o moribundo significava auxiliar ao médico, prestar-lhe obediência e submissão (LUNARDI FILHO, 2000).

Ao longo dos anos, houve avanços significativos nas diretrizes que guiam a profissão do enfermeiro, tanto no cenário nacional, quanto mundial. Dentre esses avanços, destaca-se o aperfeiçoamento das pesquisas e publicações no meio acadêmico com ênfase na necessidade de voltar o olhar para as necessidades individuais dos pacientes. Nesse sentido, o profissional de saúde, na execução de suas funções, não deve perder de vista a integridade e a dignidade do sujeito que recebe os seus cuidados, uma vez que o paciente também deve ser envolvido como integrante ativo no seu próprio processo de cura/cuidado (LEVINE, 1990).

Ainda nos dias atuais, a profissão de enfermagem se encontra envolvida por paradigmas, preconceitos e mitos sociais, que relacionam a enfermagem à mulher, fragil, santa e diabólica ou até mesmo ajudante do médico, colocando-a em uma posição de invisibilidade frente ao contexto da abordagem terapêutica (FARIA, 1996).

É sabido que atuação em enfermagem dentro de unidades de saúde expõe o profissional a constantes ameaças à saúde física, frente aos riscos biológicos, físicos, químicos ou ergonômicos, entretanto a condição mental e psicossocial desse sujeito também fica vulnerável diante das situações enfrentadas nos relacionamentos com a equipe médica e interprofissional, que sustentam a construção de situações de stress constante e diminuição da qualidade. Em CP esse contexto se aprofunda frente ao convívio próximo e constante com o processo de morte, o sofrimento humano e também das imposições administrativas e das políticas institucionais. Nesse sentido as teorias de enfermagem expõem ações que promovem a saúde do paciente, familiares e comunidades, sem ênfase no bem estar de quem cuida, o enfermeiro, colocando-o, muitas vezes, na compreensão de “engrenagem institucional” em detrimento da sua existência como ser humano (ALMEIDA, 2015).

Toda profissão expõe muitas fontes potenciais de tensão, porém as condições de trabalho a carga horária, limites e prazos, bem como o cumprimento de metas, relações difíceis com superiores e colegas de trabalho são alguns pontos que sozinhos ou combinados entre si podem aumentar a pressão e se tornar prejudicial ao corpo e a mente do profissional de saúde (ALMEIDA, 2015).

Quando o indivíduo classifica uma situação como tensa ou perigosa há mudanças fisiológicas e de comportamento que resultam da ativação e excitação do sistema nervoso autônomo, produzindo uma perturbação da homeostase. A intensidade da reação é proporcional a magnitude do perigo ou ameaça percebidos pelo ser humano e isso pode afetar diretamente a capacidade funcional do sujeito e repercutir na sua qualidade de vida e produtividade (SPIELBERGER, 1981).

Nesse sentido, compreender a atuação do enfermeiro não somente como uma alavanca no processo de cura e tratamento do doente, mas também em um contexto biopsicossocial, como sujeito com sentimentos, vida social, família, crenças, valores e princípios poderia favorecer o direcionamento de ações mais assertivas tanto quando voltadas para o cuidado do paciente quanto a qualidade de vida desse profissional.

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever as reações e o envolvimento emocional do enfermeiro na atuação em cuidados paliativos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Descrever os fatores que motivam os enfermeiros para atuar na área de cuidados paliativos.
- b. Identificar as dificuldades dos enfermeiros em atuar na área de cuidados paliativos.

## **3 | METODOLOGIA**

Whittemore (2005) refere que na revisão integrativa, a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, a inaccurácea e o viés devendo ser conduzida dentro de padrões de rigor metodológico.

A revisão integrativa é uma proposta metodológica que sintetiza conhecimento e incorpora a aplicabilidade de resultados de estudos que foram significativos na prática, ou seja, é um tipo de estudo que gera evidências importantes para o conhecimento científico sobre determinada temática e a direciona para assistência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O presente estudo propôs o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura

compreendendo as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos; construção de instrumento para coleta de dados relevantes dos artigos encontrados; avaliação e análise dos artigos selecionados na pesquisa; interpretação e discussão dos resultados obtidos com a pesquisa utilizando as seguintes palavras chaves: Enfermagem, reações emocionais, Cuidados Paliativos, motivação e dificuldades.

Para a revisão foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos publicados entre o período de 2013 a 2018 nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME; (2) disponíveis nos idiomas português ou espanhol; e (3) disponíveis na íntegra sem restrição metodológica. Foram excluídos os (1) artigos que abordavam estudos pediátricos; (2) desenvolvidos com profissionais que não se tratassem de enfermeiros; e (3) estudos envolvendo o atendimento do tipo *home care*.

Os artigos selecionados foram categorizados de acordo com o título, autores, revista e ano de publicação, tipo de estudo, amostra e reações emocionais do enfermeiro.

## 4 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Contextualizando o trabalho do enfermeiro

Um número considerável de profissionais de enfermagem está inserido em hospitais, os quais normalmente são apresentados como instituições onde as chefias de enfermagem não possuem empoderamento sem espaço para tomadas de decisões que impactam na instituição. Outro fator que sobrecarrega o profissional é o próprio desempenho do seu labor, a enfermagem não dispõe de tempo para seus afazeres pessoais, pois sua rotina na prática diária de enfermagem concorre com seus planos e projetos, o que repercute de forma negativa na qualidade de vida do trabalhador. (BOGAERT, 2015).

A enfermagem que desempenha seu trabalho na área de cuidados paliativos necessita de um olhar diferenciado para com as pessoas que necessitam de seus cuidados, que devem estar voltados para toda a sua existência, até mesmo a que antecede a doença atual, conhecendo sua história de vida, hábitos e rotinas para o melhor desempenho do seu papel. Desta forma, a humanização da assistência busca uma relação efetiva do cuidado prestado pautada em atitudes, comportamentos, valores, ética moral e profissional, ou seja, o cuidado com o outro não se refere isoladamente à competências técnicas e sim na capacidade de compreender, de maneira empática, o paciente enquanto ser humano em suas distintas perspectivas (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004; SILVA; CONCEIÇÃO; CHAGAS, 2017).

Cuidados paliativos (CP), busca ampliar a humanização do cuidar, a redução do sofrimento, bem como a manutenção da qualidade de vida de quem está enfrentando a terminalidade juntamente com seus familiares. De acordo com o crescimento da filosofia

de cuidados paliativos no Brasil, tem surgido a necessidade de preparar os profissionais, que busquem se organizar em associações com a finalidade de agregar os que atuam na área. Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em São Paulo, pela psicóloga Ana Georgia de Melo e em 2005 foi instaurada a Academia Nacional de Cuidados paliativos(ANCP), também na cidade de São Paulo com o objetivo de fortalecer a luta pela regularização da medicina paliativa como atuação médica (PEIXOTO,2009; ANCP,2009).

Acerca da legalização da prática o Ministério da Saúde vem consolidando oficialmente os CP através de regulamentações como a Portaria n.º881, de 19 de julho de 2001, que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, além de estimular a organização de serviços de saúde e equipes multidisciplinares para assistência a pacientes que necessitam de CP, e a Portaria n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998, que estabelece o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, para realizar assistências de CP (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001; RODRIGUES. 2004; PEIXOTO, 2009).

Todas as medidas visam a concretização da filosofia de humanização nos serviços de saúde com a valorização da excelência na qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, a humanização é essencial neste tipo de cuidado, visto as diferentes especificidades de um paciente em terminalidade. (ALMEIDA, 2015). O maior desafio seria vencer a negação da terminalidade identificando o limite imposto pelo agravo da patologia. E só então, cuidar para evitar o sofrimento, agregando qualidade de vida aos dias que ainda restam ao doente e automaticamente aos familiares. (ALMEIDA, 2015)

Muito pouco ou quase nada foi feito ou está sendo pensado para garantir a saúde do profissional de enfermagem que ainda dispõe de muito pouca formação para atuar na área, sendo esta umas das maiores dificuldades para se praticar CP. A ausência de sistematização do serviço de saúde para intervenção nos CP, a jornada exaustiva de trabalho que exige dedicação e a perda de qualidade de vida do profissional são fatores que contribuem para as adversidades neste tipo de assistência (ALMEIDA, 2015).

Ao analisar os mecanismos de defesa do doente e seus familiares, observa-se que é imprescindível valorizar e compreender os sentimentos dos profissionais que cuidam de pessoas nesta fase da vida, alguns se sentem despreparados para exercer sua função chegando ao ponto de não saber o que fazer. Esse processo não inclui o saber técnico, aprendido ainda na graduação (BELLATO, R. et al.; 2007).

Identificam-se dificuldades nos profissionais para se envolver com familiares e até mesmo com o doente, pois na sua formação original eles foram educados para não se envolver emocionalmente e manterem-se neutros frente as situações de morbidade, não demonstrando seus sentimentos, agindo como se a morte não fosse chegar. Isto é percebido até mesmo nos hospitais especializados em câncer (BELLATO, R. et al.; 2007).

Apartir dos anos 80, com o surgimento do termo CP a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece nove princípios que regem estes cuidados, dentre eles, quatro

ressaltam a morte e/ou o morrer: reafirmar a importância da vida, considerando o morrer como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a levar uma vida tão ativa quanto lhe for possível antes que a morte sobrevenha; e oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (OMS; 1996)

Dessa forma, é imprescindível ultrapassar o desafio pela busca de uma prática humanizada do cuidar, que esteja em acordo com os preceitos de CP amenizando o sofrimento e ofertando qualidade de vida no âmbito emocional, social, econômico e espiritual, tanto para quem cuida, quanto para quem está sendo cuidado. Assim, é essencial que o profissional seja capacitado, que conheça e compreenda sobre a filosofia de CP, bem como tenha a opção em atuar ou não na área (ALMEIDA, 2015)

## **4.2 Reações emocionais no cenário assistencial do enfermeiro em cuidados paliativos**

A ação paliativa é uma medida terapêutica que visa minimizar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do indivíduo, já que a assistência paliativa destina-se ao controle de sintomas, sem função curativa, com intuito de preservar a qualidade de vida até o seu fim (VASCONCELOS; SANTANA; SILVA, 2012).

Prestar uma assistência qualificada e diferenciada em terminalidade é responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Nesse sentido, o enfermeiro, dentro da equipe interprofissional, é um dos profissionais que tem maior contato com paciente e familiares, constituindo-se como um importante elo na promoção das interações, para a busca da melhor estratégia que possibilite um cuidar humanizado. O enfermeiro especificamente, deve agir como elo de entre o paciente, família e equipe multiprofissional (ARAÚJO; SILVA, 2003).

Trabalhar em um ambiente hospitalar pode produzir estresse e sofrimento. As situações vivenciadas por pacientes e enfermeiros podem envolver sentimentos como dor, frustração, morte e períodos de sofrimento na assistência. Assim, os profissionais de enfermagem estão submetidos a uma variedade de emoções ao prestar cuidado à um paciente em terminalidade (ALMEIDA, 2015).

A proximidade constante da dor sentida pelo sofrimento do paciente pode ser uma condição rotineira vivenciada pelos enfermeiros. A sustentação das mágoas dos pacientes fazem com que os enfermeiros tenham que fazer uso continuamente através de mecanismos de defesa, visto que o processo de morrer traz dor psíquica, moral, física e espiritual; além de ter conotações culturais, subjetivas, sociais e éticas que costumam impactar de maneira negativa na compreensão do processo de curso natural da vida (ALMEIDA, 2015).

Os fatores psicológicos, organizacionais e sociais envolvidos no contexto da assistência ao paciente em cuidados paliativos são elementos que contribuem para



vulnerabilidade no cotidiano dos enfermeiros. Desta forma, muitos desenvolvem habilidades inerentes à adaptação e estratégias de enfrentamento, afim de diminuir a penosidade do processo assistencial (FERREIRA, 1996).

Um estudo realizado por Santos et al (2016), afirma que não existem estratégias de enfrentamento corretas ou erradas e sim estratégias efetivas ou não, e que essas são desenvolvidas e devem ser compartilhadas pelos enfermeiros que atuam em CP, uma vez que elas caracterizam a relação de sobrevivência do indivíduo diante das situações de trabalho.

Além disso, a convivência com a morte e/ou participação no processo de terminalidade não exclui os profissionais de expressarem sentimentos considerados negativos. Pelo contrário, fica evidente a necessidade dos enfermeiros em compreenderem esse modelo assistencial, para assim minimizarem o sofrimento, controle das emoções e consequente ajuda aos pacientes e familiares (LIMA; JÚNIOR, 2015).

## 5 | RESULTADOS

Dentre as 36 publicações encontradas, foram selecionados 7 artigos que atendiam os critérios de inclusão estabelecidos. No Quadro 1 estão descritos os artigos encontrados que remetem as reações emocionais dos enfermeiros que atuam em cuidados paliativos.

Título do artigo	Autor/Ano de publicação	Tipo de estudo	Amostra	Reações emocionais encontradas
Atenção paliativa oncológica em unidades de terapia intensiva: estratégias para o gerenciamento do cuidado de enfermagem	MEDONÇA, 2013	Qualitativo	12 enfermeiros	Impotência, insegurança e falta de autonomia
Percepção da equipe de enfermagem frente os cuidados paliativos oncológicos	SILVA et al., 2014	Qualitativo	21 enfermeiros	Necessidade de humanização
O Ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente a morte do paciente oncológico	LIMA et al., 2014	Qualitativo	08 enfermeiros	Dor, inconformidade, impotência
Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida	PICANÇO; SADIGURSKY, 2014	Qualitativo	17 enfermeiros	Sofrimento
Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensiva	SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015	Qualitativo	10 enfermeiros	Racionalidade, sensibilidade, dignidade
Impacto psicossocial em enfermeiros que brindam cuidados em fase terminal	PEREZ VEGA, CIBANAL; 2016	Qualitativo	4 enfermeiros	Sentimentos relacionados a perda e ganho e dificuldade de lidar com a cultura de morte.

Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam	SILVEIRA et al., 2016	Qualitativo	30 enfermeiros	Angustia, conforto, frustração, raiva, insegurança, impotência em relação a morte e satisfação
---	-----------------------	-------------	----------------	--

Quadro 1. Resultado dos artigos que remetem as reações emocionais dos enfermeiros que atuam em cuidados paliativos.

## 6 | DISCUSSÃO

Os estudos analisados contemplaram abordagens qualitativas, evidenciando, além dos sentimentos demonstrados, que as ações de enfrentamento diante da morte estão ligadas às variadas situações, levando o indivíduo a buscar novas estratégias em prol do momento e tipo de sentimento vivenciado (ALMEIDA, 2015)

Os temas “morte” e o “processo de morrer”, embora façam parte da realidade dos profissionais de saúde, causam constrangimento, pois alguns profissionais ainda não estão preparados para este processo. Para o enfermeiro, o meio mais confortável e aceitável em lidar com este processo de finitude é considerá-lo como biológico e natural, inevitável a todos os seres humanos (LIMA, 2014).

Machado (2016) afirma que para os enfermeiros, cuidar de modo paliativo significa identificar precocemente as necessidades do paciente e da família para que possam viver com dignidade e maior qualidade o processo de terminalidade, auxiliando-os no enfrentamento da morte como um processo natural.

Um estudo coreano, ao investigar os fatores que afetam o desempenho dos enfermeiros no cuidado em terminalidade de vida, observou que a empatia é um dos fatores preditores significativos para essa modalidade de assistência e uma dimensão necessária ao profissional de saúde para compreensão do outro (JOKH, 2016).

Lima e Júnior (2015) referem que a morte é geradora de sentimentos como dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso no profissional enfermeiro. O desencadeamento desses sentimentos pode ser resultado de uma formação acadêmica curativa, que leva os profissionais a buscarem a cura sempre, o que causa frustração e culpa quando esse objetivo não é alcançado. Essa situação enfatiza a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de defesa contra as próprias angústias, uma vez que, no âmbito hospitalar, é comum internalizar a doença e o problema do paciente. Assim, é fundamental compartilhar experiências do contexto de atuação profissional (MACHADO, 2015; SILVEIRA, 2016).

O medo é outro sentimento presente no cenário assistencial de enfermagem (ALMEIDA, 2015). Dejours (1992), afirma que o medo tem um propósito simbólico da defesa coletiva dos trabalhadores e que este não aparece explicitamente e sim de forma oculta. Os enfermeiros apresentam o medo do sofrimento e da morte, no entanto, mesmo que sentido diariamente este sentimento não é expressado livremente no ambiente hospitalar.

Lima e Júnior (2015) afirmam que a convivência com a morte não exclui os profissionais de expressarem sentimentos ruins, ao contrário, demonstra a necessidade dos enfermeiros em compreenderem esse fato, proporcionando menor sofrimento, controle das emoções e conseqüentemente ajuda aos pacientes e seus familiares, o que demonstra o envolvimento emocional dos enfermeiros com os pacientes vulneráveis.

As ações frente ao paciente terminal, configuram-se como uma dificuldade relatada pelos enfermeiros, pois é necessária a abordagem no que se refere a desocultação da morte, ou seja, é preciso que haja um cuidado pautado no suporte individual e familiar que preconize a qualidade de vida e reconhecendo a existência da situação de terminalidade (ARAÚJO, 2003; MENEZES, 2004; MELO, 2006). A verdade é que a presença inevitável da morte, bem como sua aceitação, pode desencadear um sofrimento emocional, já que em sua grande maioria, os profissionais estão habituados a lidar com situações em que visam a assistência em favor da vida (CARDOSO et al., 2013).

Silveira et al. (2016), salientam em seu estudo que o modelo de ensino implementado nas graduações constituem um grande problema para o enfermeiro após sua formação, visto que este é pautado na lógica técnica científica da patologia e cura. Desta forma, esse modelo contribui para as dificuldades em tratar um paciente em terminalidade, pois não prepara o acadêmico para assistência em cuidado paliativo. Um trabalho realizado por Baliza et al. (2015), com enfermeiros que prestam cuidado a paciente internados em Unidade de Terapia Intensiva, verificou que esses profissionais sentem-se despreparados para lidar com processos de final de vida, inclusive conforto à família.

Outro estudo realizado por Fernandes et al. (2013), concluiu que é necessário que o enfermeiro que presta assistência em CP tenha uma visão holística do paciente, já que este tipo de cuidado tem como meta o alívio dos sinais e sintomas e assim proporcionaria a melhoria da qualidade de vida.

Os artigos contemplados nesta revisão, não abordam amplamente os fatores que motivam os enfermeiros a prestarem à assistência em CP, na verdade, estes estudos relatam de modo geral a realidade do enfermeiro, quando o mesmo já está inserido no trabalho com paciente em terminalidade e na sua dificuldade em atuar em um modelo diferente dos ensinados nas grades curriculares educacionais nas graduações.

## **7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo buscou descrever as reações emocionais do enfermeiro na atuação em CP, visando, a partir desta revisão, contribuir para que os enfermeiros tenham maior entendimento sobre a prática assistencial e os sentimentos despertados por ela no atendimento de um paciente em terminalidade.

Ao longo do estudo percebeu-se que a falta de possibilidade de atuação na terapêutica ocorre devido ao conhecimento reduzido de alguns profissionais e a pouca

divulgação da filosofia de CP, bem como suas políticas e legislações. Tornando claro que o enfermeiro não deve se sentir na obrigação de ter conhecimento acerca de todos os assuntos e formas de atuação, mas na responsabilidade de buscar novos conceitos para se fundamentar frente as tomadas de decisões no processo de morrer.

A literatura traz diferentes sentimentos expressos pelos enfermeiros que assistem ou assistiram pacientes em CP. No entanto, percebe-se uma escassez de publicações, no que se refere aos fatores que motivam o enfermeiro a trabalhar no contexto de final de vida. Desta forma, recomenda-se que sejam realizados outros estudos que abordem as reações emocionais dos enfermeiros, as dificuldades e os fatores que motivam os cuidados do enfermeiro no cenário de CP.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.A.R. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar**. Ed. Appris. 1º ed. Curitiba. 2015.

ARAÚJO, M.M.T; SILVA, M.J.P. **Comunicando-se com um paciente terminal**. RerSoc Brás Câncer. 2003.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos?** 2009 disponivelem ;<http://www.paliativos.org.br/ancp.php>?

BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B.M.; BARRETO, R.A.S.S. **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/13\\_Revisao3.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html)

BELLATO, R et al. **A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem**. ACTA Paulista de Enfermagem, Cuiabá. v.26, n.3, p.255-263, 2007.

BRASIL. Ministério da Saude. **Portaria nº 3.535**, Brasília. Set 1998. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/imagens/documentos/portaria\\_3535.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/imagens/documentos/portaria_3535.pdf)> Acessado: 23/05/2018.

BRASIL. Ministerio da saúde. **Portaria no. 881**, Brasília. Jun, 2001. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/informes/GM\\_p881\\_01\\_informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/informes/GM_p881_01_informes.doc)> Acessado: 23/05/2018.

CARDOSO, D.H. et al. **O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar**. Avances enEnfermería. v.31, n.2, p.83-91, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispoe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes**. Publicada no D.O.U de 31 de agosto de 2012. Disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)> Acessado: 23/05/2018.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicologia de trabalho**. 5. Ed., São Paulo: Cortez-Obore, 1992. 168p.

FARIA, A.B.A. **Submissão na formação enfermeiro: Uma revisão literária.** Revista de Enfermagem da UERJ. ,Rio de Janeiro v.4, n.1, p.79-88, 1996.

FERNANDES et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em paciente com câncer terminal.** Cienc& Saúde coletiva, v.18, n.9, p. 2589-2596, 2013.

FERREIRA, N.M.L.A. **A difícil convivência com câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica.** Rev. Esc.enferm. USP. v.30, n.2, p.229-53, 1996.

HORTA, W.A. **O processo de enfermagem – fundamentação e aplicação.** Enfermagem em novas dimensões. São Paulo. ,v.1, n.1, p. 10-16, 1975.

JO K.H et al. **The effect of suffering experience empathy ability, caring behaviors on terminal care performace of clinical nurses.** Korean J HospPaliatCare. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.205.18.4.276>Acesso em: 11/07/2018.

LEÃO, E.; CHAVES, L.D. **Dor: 5ºsinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba,ed. Maio, 2004.

LEVINE, M.E. **ConservationandIntegrity. Nursingtheories in practice.** Nova Iorque: National League for nursing. P. 189-201, 1990.

LIMA, M.A.D.S; ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho da Enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. 1998.** Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LIMA R.S.; JÚNIOR J.A.C.**The processo f death anddying in nurses vision.** Re onfacema. 2015. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/reonfacema/articleview/13> Acessado em 1/07/2018.

LUNARDI FILHO, W.D.; MAZZILLI, C. **Prazer e sofrimento no trabalho: Contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem.** 1995. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem á medicina.** 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MACHADO J.H et al. **Patientsrequiringpalliativecare: nurses’ perception.** Enferm Foco. 2015. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/534> Acesso em 11/07/2018.

PEIXOTO, A.P.A.F. **Cuidados paliativos: generalidades.** 2009. Disponível em :< <http://www.sotamig.com.br>>

SANTOS, N.A.R. et al. **Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa.** CogitareEnferm. v. 21, n. 3, p-01-08, 2016.

SILVA, C.P.R; CONCEIÇÃO A.P.; CHAGAS A.P.S. **Clown- o palhaço como intervenção e humanização em saúde.** J. Health BiolSci. v.5, n.4, p. 352-359, 2017.

SILVEIRA R.S et al. **The moral dimension of care in intensive therapy.** Cienc Cuid Saúde. 2014. Disponível em: [http:// ojs.uem.br/ojs/index.php/ciencuccuidsaude/article/view/19235](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ciencuccuidsaude/article/view/19235) Acesso em 11/07/2018.

SOUZA, M.T.; SILVA M.D; CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SPIELBERGER, C. **Tensão e ansiedade.** São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981. 128p.

VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E.; SILVA, S.E.D. **Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa.** Enfermagem em Foco. v.3, n.3, p.127-130, 2012.

VAN BOGAERT P.; PAREMANS L.; WIT M. et al. **Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study.** Front Psychol. v.14, n.6, p. 1-10 , 2015.

WHITTEMORE R.; KNAFL K. **The integrative review: update methodology.** J Adv Nurs. v.52, n. 5, p.546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care.** Technical report series 840. Genebra: WHO, 1996. p. 15.

## EMOÇÕES E SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS PERANTE A MORTE: ANÁLISE DE ESCRITA EXPRESSIVA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 27/12/2021

### **Cristina Raquel Batista Costeira**

CiTechCare; UICISA:E; Escola Superior de  
Saúde- Instituto Politécnico de Leiria  
<https://orcid.org/0000-0002-4648-355X>

### **Nelson Jacinto Pais**

Instituto Português de Oncologia de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0001-5437-4006>

### **Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira**

UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0002-6371-003X>

### **Armando Manuel Marques Silva**

UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0001-5562-584X>

### **Ana Filipa Domingues Sousa**

UICISA:E; Instituto Português de Oncologia de  
Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0002-6390-5742>

### **Filipa Isabel Quaresma Santos Ventura**

UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0001-5722-5612>

**RESUMO:** **Enquadramento:** A dificuldade em lidar com a morte desafia os profissionais de saúde a realizarem uma gestão adequada das suas emoções/sentimentos perante estas

experiências. Investigadores têm vindo a explorar o valor de se traduzirem experiências emocionais em palavras escritas, como estratégia de expressar pensamentos, emoções/sentimentos e significados. O uso da escrita expressiva poderá ser um recurso de catarse em situações difíceis de expressar verbalmente, pela intensidade das emoções que as envolvem, como sejam as emoções perante experiências de morte.

**Objetivos:** Identificar as emoções/ sentimentos associados pelos enfermeiros à morte; identificar destinatários das mensagens dos enfermeiros e analisar o tipo de texto escrito. **Metodologia:** Realizado estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Constitui-se uma amostra de meio institucional com doze enfermeiros de uma instituição hospitalar de oncologia. Recorreu-se a um questionário com dados sociodemográficos e com a questão aberta “A quem escreveria e o que escreveria sobre a morte?”. Em 30 minutos, foi solicitado a cada participante, que através de escrita livre o preenchesse. Após a obtenção dos textos iniciou-se a análise do corpus de dados através de análise de conteúdo segundo *Bardin*. Foram garantidos pressupostos éticos. **Resultados & Conclusão:** No estudo identificaram-se mais emoções/sentimentos negativos (n=8), associadas à morte do que positivos (n=6). Os destinatários dos documentos foram maioritariamente familiares. E a escrita expressiva revelou-se uma estratégia bastante intensa com forte componente emocional e catártica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiros; morte; emoções; sentimentos de perda; escrita manual.

## EMOTIONS AND FEELINGS OF NURSES ABOUT DEATH: EXPRESSIVE WRITING ANALYSIS

**ABSTRACT: Background:** The difficulty in dealing with death challenges health professionals to manage their emotions/feelings, when facing these experiences. Researchers have been exploring the value of translating emotional experiences into written words as a strategy to translate thoughts, emotions/feelings, and express meanings. The use of expressive writing may be a resource of catharsis in situations, that are difficult to express verbally due to the intensity of the emotions involved, such as emotions in the face of death experiences. **Objectives:** To identify the emotions/ feelings associated with death by nurses; to identify the recipients of the nurses' messages and analyze the type of written text. **Methodology:** A descriptive and exploratory study of a qualitative nature was conducted. A mid-institutional sample was composed of twelve nurses from an oncology hospital. A questionnaire was used with sociodemographic data and the open question "*To whom would you write and what would you write about death?*" Within 30 minutes each participant was asked to fill it out by free writing. After obtaining the texts, we began the analysis of the data corpus through content analysis according to Bardin. Ethical assumptions were guaranteed. **Results & Conclusion:** The study identified more negative emotions/feelings (n=8) associated with death than positive ones (n=6). The recipients of the documents were mostly family members. The used strategy turned out to be a very intense approach with a strong emotional and cathartic component. **KEYWORDS:** Nurses; death; emotions; feelings of loss; handwriting.

### 1 | INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de saúde, em fim de vida, prestados pelos enfermeiros, dependem da forma como estes vivenciam a morte (Becker, Wright & Schmit, 2017). Quando se verifica uma dificuldade em lidar com esta, os profissionais de saúde são desafiados a promoverem uma autogestão adequada de emoções/sentimentos o que nem sempre acontece de forma eficaz, interferindo com a sua qualidade de vida (Tojal, 2011; Gama, 2013; Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair & Benito, 2015; Becker, Wright & Schmit; Pais, 2019).

A não aceitação da morte (Leung, Esplen, Peter, Howell, Rodin & Fitch, 2011; Souza e Souza, Mota Ribeiro, Barbosa Rosa, Ribeiro Gonçalves, Oliveira e Silva & Barbosa, 2013, Gama, Barbosa & Vieira, 2014, Dadfar & Lester, 2015; Pais & Moreira, 2019), o medo (Leung et al., 2011; Peters et al., 2013; Palease et al., 2013; Souza et al., 2013), a frustração (Wolf, Delao, Perhats, Clark, Moon, Baker, Carman, Zavotsky & Lenehan, 2015), a angústia e a revolta (Souza e Souza et al., 2013; Fontura & Rosa, 2013) são emoções e sentimentos identificados pelos estudos como comprometedores da qualidade dos cuidados. Uma vez que conduzem a situações de evitamento e fuga nos contextos clínicos (Puente-Fernández, et al., 2020).

Particularmente, nos contextos clínicos em oncologia, em que os profissionais de saúde são desafiados frequentemente, a enfrentarem emoções relacionadas com a



morte e o morrer, devido à elevada taxa de mortalidade, na sua prática diária (Finley & Sheppard, 2017). Estes quando auscultados, consideram que possuem pouca formação na gestão de emoções perante a morte, sendo os programas de formação, sessões de partilha de experiências e de informações entre pares, estratégias capazes de reverter as dificuldades de gerir emoções negativas perante a morte e o morrer (Zyga, Malliarou, Lavdaniti, Athanasopoulou & Sarafis, 2011; Lima, Nietsche & Teixeira, 2011; Udo, Danielson & Henock, 2013; Gama, Barbosa & Vieira, 2014; Dadfar & Lester, 2015).

Assim sendo, foi desenvolvido um programa de formação, integrado numa investigação, sobre gestão emocional perante a morte dirigido a enfermeiros de internamento em oncologia. O programa foi constituído por quatro sessões de uma hora e meia cada. Na segunda sessão foi desenvolvida uma intervenção com recurso a escrita expressiva sobre emoções e sentimentos, perante a morte, para que fosse possível diagnosticar as necessidades dos participantes e permitir que estes pudessem expressar as suas perceções sobre morte e o morrer.

A escrita expressiva, é uma estratégia que tem vindo a explorar o valor de se traduzirem experiências emocionais em palavras escritas, como estratégia de tradução de pensamentos, emoções/sentimentos e expressão de significados (Shapiro, Rucker, Boker & Lie, 2006; Sexton, Pennebaker, Holzmueller, Wu, Berenholtz, Swoboda, Pronovost, Sexton, 2009; Pennebaker, 2014; 2017; Benetti & Ferreira, 2016; Denniston, Molloy. Rees, 2018). O uso da escrita expressiva poderá ser um recurso de catarse em situações difíceis de expressar verbalmente pela intensidade das emoções que as envolvem, como sejam as emoções perante experiências de morte (Benetti & Ferreira, 2016).

Este trabalho pretende analisar resultados obtidos no exercício da escrita expressiva no que diz respeito a: identificar as emoções/ sentimentos associados, pelos enfermeiros à morte e identificar destinatários das mensagens dos enfermeiros e analisar o tipo de texto escrito.

Para isso foram estabelecidas como questões de investigação as seguintes interrogações: *“Quais as emoções e sentimentos expressados pelos enfermeiros através da escrita expressiva? Quais os destinatários da escrita expressiva? Que tipos de escrita expressiva foram utilizados?”*.

## 2 | METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, com 12 enfermeiras de serviços de internamento de oncologia, com amostragem de meio institucional (Pires, 2008), que se voluntariaram para frequentar um programa de formação em gestão emocional perante a morte. O estudo decorreu numa unidade hospitalar da região centro de Portugal. O programa de formação, em que estes participaram, foi desenvolvido para aumentar o empoderamento dos enfermeiros de oncologia, na autogestão emocional,

perante situações de morte e de morrer, em quatro sessões formativas presenciais. Na segunda sessão formativa, realizou-se uma atividade de escrita expressiva sobre a morte (Pais, 2019), que será analisada neste documento. Para a sua análise, aplicou-se um questionário composto por dados sociodemográficos e profissionais e uma questão aberta: “A quem escreveria e o que escreveria sobre a morte?”. Os dados sociodemográficos analisados foram: sexo, idade, habilitações literárias, religião, departamento atual de exercício de funções.

Para o preenchimento do questionário foram disponibilizados 30 minutos, para que cada participante, através de escrita livre o preenchesse. Aquando da entrega do questionário, foi explicado o âmbito do estudo e a natureza da sua participação e solicitado consentimento informado livre e esclarecido. Neste encontro foi ainda garantido o anonimato através da não solicitação de dados que permitissem a identificação dos participantes. Obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado (TI 4/17). Após a obtenção dos textos iniciou-se a análise do corpus de dados através de análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

### 3 | RESULTADOS & DISCUSSÃO

Estudaram-se 12 enfermeiras com idades médias  $42.75 \pm 7.57$  (min=31; máx= 54 anos). Todas católicas. 66.7% casadas/união de facto. 25% são enfermeiras especialistas. Tendo 16.7% mestrado. 58.4% trabalham em áreas cirúrgicas e as restantes em áreas médicas (**Tabela 1**).

<b>Variáveis</b>			
<b>Idade</b>	Média ( $\bar{x}$ )	42.75	
	Desvio Padrão (s)	7.57	
	Mediana (Md)	43.50	
	Amplitude	23 (54-31)	
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>	Solteiro	4	33.3
	Casado/união de facto	8	66.7
<b>Religião</b>	Católico	12	100
<b>Sexo</b>	♀ - Feminino	12	100
<b>Departamento de origem</b>	Cirúrgico	7	58.4
	Medico	5	41.6
<b>Habilitações literárias e profissionais</b>	Licenciatura	12	100
	Especialidade	3	25
	Mestrado	2	16.7

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros da amostra n (%). Inclui estatística resumo relativa à idade

Na análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), foram cumpridas as etapas de análise de conteúdo: após recolha de dados, procedeu-se à sua pré-análise, análise e inferência dos dados emergindo duas categorias, as emoções/sentimentos positivos e emoções/sentimentos negativos. Identificaram-se 6 emoções/sentimentos positivos: felicidade, amor, segurança, gratidão, satisfação com a vida, esperança e 8 negativos: tristeza, sofrimento, arrependimento, incómodo perante a morte/medo; não aceitação da morte, angústia/mágoa/melancolia, revolta e frustração (**Tabela 2**).

<b>Emoções/sentimentos POSITIVOS</b>	
FELICIDADE	<b>T1:</b> <i>“Foste um homem feliz, disso não duvido e conseguiste-me fazer uma mulher feliz, amada e com uma vida plena”</i> ; <b>T6:</b> <i>“Eu fui feliz. Sejam felizes”</i>
AMOR	<b>T3:</b> <i>“... com amor...”</i> ; <b>T4:</b> <i>“Amar é o essencial”</i> ; <b>T5:</b> <i>“Adoro-vos”</i> ( <b>T1; T2; T8; T11</b> )
SEGURANÇA	<b>T10:</b> <i>“pessoa que morre cá fica para olhar por nós e nos proteger”</i> ( <b>T3</b> )
GRATIDÃO	<b>T1:</b> <i>“Obrigada pela vida feliz que me ajudaste a construir...”</i> ( <b>T5</b> )
SATISFAÇÃO	<b>T2:</b> <i>“Não me lamento de nada. Tive tudo! Fiz tudo o que me apeteceu. Vivi o maior amor de todos”</i> ( <b>T1; T5; T11</b> )
ESPERANÇA	<b>T3:</b> <i>“Querido P./ Acredito que estás bem”</i> ( <b>T1; T5</b> )
<b>Emoções/sentimentos NEGATIVOS</b>	
TRISTEZA	<b>T3:</b> <i>“jamais esquecerei o teu triste olhar”</i> ; <b>T4:</b> <i>“Quando ficarmos tristes (o que é muito natural)”</i> <b>T8:</b> <i>“tristeza e não aceitação”</i> ( <b>T9</b> )
SOFRIMENTO	<b>T6</b> <i>“...ficarem chorosos “ (T3)</i>
ARREPENDIMENTO	<b>T3:</b> <i>“resta... um pedido de desculpas pessoal”</i> <b>T8:</b> <i>“Perdoa-me os momentos de “crise”</i>
INCÓMODO PERANTE A MORTE/ MEDO	<b>T4:</b> <i>“Não sabemos para onde vamos, como vamos e o que vem a seguir, é o desconhecido”</i> <b>T5:</b> <i>“tenho medo...”</i> ( <b>T3</b> )
FRUSTRAÇÃO	<b>T2:</b> <i>“vou ter saudades de vos ouvir a rir e dos vossos sorrisos e abraços”</i> ( <b>T12</b> )
ANGÚSTIA/MÁGOA/ MELANCOLIA	<b>T3:</b> <i>“Resta uma mágoa...”</i> <b>T5:</b> <i>“Ainda hoje penso tanto em vocês!!”</i> <b>T6:</b> <i>“vocês continuam a ser o meu elo de ligação à minha maravilhosa infância...”</i> ( <b>T1, T3; T4; T5; T11; T12</b> )
REVOLTA	<b>T12:</b> <i>“Não sei porque foi assim!!?? Será que o anúncio da morte se reveste como manto cinza, sombrio, incógnito? Há sinais! Nem sempre se sentem, nem sempre se veem... Porquê?”</i>
NÃO ACEITAÇÃO DA MORTE	<b>T2:</b> <i>“Espero que hoje façam uma festa gira, com música alta e que dancem muito... porque eu estarei a dançar no vosso meio!”</i> ( <b>T3</b> ): <i>“partiste cedo de mais e de uma forma inesperada... o como nunca saberemos... não estavas doente ou estarias doente de alma e nunca nos apercebemos?”</i> <b>T7:</b> <i>“Normalmente as pessoas que morrem são os velhinhos que ficam doentes, aqueles que já viveram tudo o que tinham para viver”</i> ( <b>T8; T12</b> )

Tabela 2: Categorias de emoções/sentimentos perante a morte

Na análise dos destinatários dos textos, foram evidenciados maioritariamente pessoas com vínculos familiares, apresentam-se espelhados na **tabela 3**: marido/companheiro (T1), “queridos amigos” (T2), padrinho (T3), filhos (T4, T11), avós (T5), pessoal (T6), criança(s) (T7, T9). Em três textos os autores escrevem para alguém sem referência explícita (T8, T10, T12).

Destinatários	Origem
“amor”	T1
“queridos amigos”	T2
“padrinho P. “	T3
Filhos	T4; T11
Avós	T5
“pessoal”	T6
criança(s)	T7; T9
Inespecífico/referência abstrata	T8; T10; T12

Tabela 3: Destinatários dos textos escritos

Numa análise mais pormenorizada dos textos foi evidenciado que a maioria dos participantes, referenciaram nos seus textos ideias e conceitos de esperança e expectativa na crença de vida após morte (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T10, T11, T12) (**tabela 4**).

Crenças	Referências
Continuidade de vida após morte	<p>T1: “...quero ir ter contigo tão breve quanto possível seja para onde for a nossa felicidade não acabe” – <b>conversa para “amor” que morreu</b></p> <p>T2: “Espero que hoje façam uma festa gira, com música alta e que dançam muito... porque eu estarei a dançar no vosso meio!” – <b>sobre o dia da sua morte</b></p> <p>T3: “Querido P, cuida de mim!” – <b>Conversa com padrinho que morreu</b></p> <p>T4: “Não sabemos para onde vamos, como vamos e o que vem a seguir, é o desconhecido. Mas quase se certeza, (mas não te posso garantir) que será bom, agradável e que nos encontraremos novamente” – <b>Explicação ao filho do que é a morte</b></p> <p>T5: “você estão bem e que conseguem observar a maravilhosa família que vocês construíram” - <b>Carta para avós que morreram</b></p> <p>T6: “Fico à vossa espera” - <b>carta para o “pessoal”</b></p> <p><b>T7: “As pessoas que morrem vão para o céu e passam a ser uma estrelinha que nos observa todas as noites” - explicação a criança o que é a morte</b></p> <p>T8: “Trata-se apenas de um “até já” – <b>carta de agradecimento não especificando destinatário</b></p> <p>T10: “alguma coisa da pessoa que morre cá fica para olhar por nós e nos proteger” - <b>explicação da morte não especificando a pessoa</b></p> <p>T11: “Irei continuar a amar-vos para onde, e onde quer que esteja” - <b>carta de despedida para as filhas</b></p> <p>T12: “provavelmente somos conduzidos como umas marionetas, por outras dimensões. Assim é!” – <b>definição de morte para destinatário inespecífico.</b></p>
Morte como fim	T9: “As pessoas, os animais e as plantas, todas tem um fim”- <b>explicação da morte a uma criança</b>

Tabela 4: ideias e expectativas axiológicas

Os enfermeiros utilizaram como estrutura de escrita mais frequente, nos seus textos, o modelo tipo carta de despedida e/ou de agradecimento (T1, T2, T3, T5, T6, T8, T11) e cinco apresentaram uma estrutura de composição sobre o que é a morte (T4, T7, T9, T10, T12) (Tabela 5).

Tipos de texto	Origem
Cartas de despedida/ agradecimento/ Arrependimento	T1, T2, T3, T5, T6, T8, T11 T1: <i>“Obrigada pela vida (...)”</i> T3: <i>“Até sempre!” / “pedido de desculpas pessoal (...)”</i> T8: <i>“Grata pela tua existência (...)”</i>
Documento descritivo de conceito de morte	T4, T7, T9, T10, T12 T4: <i>“Quando um ser humano morre, (desaparece), o seu corpo, mas a essência, o que passamos com essa pessoa, os momentos, os ensinamentos, as risadas que demos ficam sempre connosco. Ficam gravados no nosso coração.”</i> T10: <i>“Quando uma pessoa morre, apenas deixa de existir no plano físico. Deixa de existir o corpo.”</i> T12: <i>“Há algo de intencional que paira no ar, embora no momento tudo se viva de forma tumultuosa, com os pés pouco assentes na terra, parece que apanhamos boleia numa grande nuvem que nos distancia de uma realidade do momento.”</i>

Tabela 5: Tipo de texto escrito

No decorrer da análise de conteúdo é perceptível que os enfermeiros apresentam emoções e sentimentos negativos perante o conceito de morte. Os resultados encontrados vão de encontro a estudos que evidenciaram o medo, revolta, angústia e não aceitação da morte como emoções presentes perante a morte e o morrer (Souza et al., 2013; Fontoura & Rosa, 2013; Dadfar & Lester, 2015; Wolf et al., 2015; Pais, 2019), que exigem aos enfermeiros adotarem estratégias de autogestão emocional. No que diz respeito às emoções positivas identificaram-se o amor, gratidão e esperança como sentimentos associados à morte.

Em todos os textos analisados verificaram-se que os autores apresentam ambivalências de emoções e sentimentos, se por um lado felicidade, amor e esperança por outro a tristeza, sofrimento, revolta, frustração, não aceitação da morte e medo.

A crença de que existirá algo depois da morte parece ser partilhado pelos enfermeiros do estudo, o que era esperado, pela identificação religiosa (100% católicos). Sendo que a crença católica acredita numa vida depois da morte.

A escrita expressiva permitiu explorar emoções e sentimentos perante emoções intensas, como são as que estão relacionadas com a morte e o morrer, indo de encontro ao defendido por vários autores (Shapiro, Rucker, Boker & Lie, 2006; Sexton, Pennebaker, Holzmueller, Wu, Berenholtz, Swoboda, Pronovost, Sexton, 2009; Benetti & Oliveira, 2016; Pennebaker, 2017; Denniston, Molloy, Rees, 2018).

As limitações do estudo estão relacionadas com amostra reduzida e com o tempo

estipulado para redigirem os trabalhos (30 minutos), aspeto que foi evidenciado pelos participantes.

## 4 | CONCLUSÃO

No estudo identificaram-se mais emoções/sentimentos negativos (n=8) associadas à morte do que positivos (n=6). A tristeza, sofrimento, arrependimento, incómodo perante a morte/medo, não aceitação da morte, revolta, frustração e melancolia foram identificadas como emoções/sentimentos negativos. As positivas foram a felicidade, segurança/proteção, amor, gratidão, esperança e satisfação com a vida. Os enfermeiros apresentaram como destinatários dos documentos familiares (avós, filhos, padrinho), crianças, amigos e destinatários inespecíficos. A escrita expressiva analisada apresenta uma intensa componente emocional e catártica, com pedidos de perdão, agradecimento e despedidas, estruturada em duas principais formas: carta e texto de descrição de conceito. O amor e a crença do reencontro são transversais na maioria dos documentos. A escrita expressiva parece ser uma ferramenta facilitadora de reflexão/ introspeção sobre a morte e seu significado em vida.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BECKER, C., WRIGHT, G., & SCHMIT, K. **Perceptions of Dying and distressing death by acute care nurses**. *Applied Nursing Research*. Elsevier, 149-154. doi: 10.1016/j.apnr.2016.11.0060897-1897.2017.

BENETTI, I., & FERREIRA, D. **O poder terapêutico da escrita quando o silêncio fala alto**. *Cadernos Brasileiro de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.19, p.67-77. 2016

DADFAR, M., & LESTER, D. **Death concern and death obsession in Iranian nurses**. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 704-709. 2015.

DENNISTON, C., MOLLOY, E., & REES, E. **I will never ever go back': patients' written narratives of health care communication**. *Med Educ*, 757-771. doi: 10.1111/medu.13612. PMID: 29879300. 2018.

FINLEY, B., & SHEPPARD, K. **Compassion Fatigue: Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences**. *Clin J Oncol Nurs*, E61-E66. doi: 10.1188/17. 2017.

FONTOURA, E., & ROSA, D. **Experience of the care of nurses to the person in the process of death**. *Index Enferm*, 1132-1296. 2013.

GAMA, M.G.M. **O luto profissional nos enfermeiros**. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Disponível: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13973>. 2014.

GAMA, G. & et al. **Personal determinants of nurses' burnout in end-of-life care.** *European Journal of Oncology Nursing*, 527-533. Disponível: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(14\)00053-2/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(14)00053-2/fulltext). 2014.

LEUNG, D., & et al. **How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality.** *Journal of advanced Nursing*, 2175-2184. 2011.

LIMA, M., & et al. **Reflections of academic education on nurses' perception of death and dying.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 181-188. 2011.

PAIS, N. **Impacto de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte.** Coimbra: Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, orientado pela professora Doutora Isabel Pinheiro Borges Maria Moreira. 2019.

PALESE, A., & et al. **Unexpected deaths in medical wards during night shifts: a narrative analysis of nursing experiences.** *Journal of Clinical Nursing*, 2599-2608. 2013.

PENNEBAKER, J. **Expressive Writing: Words That Heal.** ISBN:10 1611580463: Idyll Arbor. 2014.

PENNEBAKER, J. **Expressive Writing in Psychological Science. Perspectives on Psychological Science**, 13(2):226-229. <https://doi.org/10.1177/1745691617707315>. 2017.

PETERS, L., & et al. **How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the end of Life: A Review of Literature.** *The open Nursing Journal*, 14-21. 2013.

PIRES, A. **Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico.** In Poupart, J. et al., organizadores. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos.** Petrópolis: *Editores Vozes*. p. 154-211. 2008.

PUENTE-FERNÁNDEZ, D., & et al. **Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies.** *Journal of Nursing Scholarship*, 301-310. doi:10.1111/jnu.12550. 2020.

SANSÓ, N., GALIANA, L., OLIVER, A., PASCUAL, A., SINCLAIR, S., & BENITO, E. **Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 200-207. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>. 2015.

SEXTON, J, PENNEBAKER, J., HOLZMUELLER, C. G., Wu, A. W, BERENHOLTZ, S. M., SWOBODA, S. M., . . . SEXTON, J. B. **Care for the caregiver: Benefits of expressive writing for nurses in the United States.** *Progress in Palliative Care*, 17(6), 307-312. <https://doi.org/10.1179/096992609X12455871937620>. 2009.

SHAPIRO, J., RUCKER, L., BOKER, J., & LIE, D. **Point-of-view writing: A method for increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight.** *Educ Health*, 96-105. doi: 10.1080/13576280500534776. PMID: 16531306. 2006.

SOUZA, L., & et al. (2013). **La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros.** *Enfermería Global*, 230-237.

TOJAL, A. **Atitude do Enfermeiro perante a morte**. Coimbra: Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2011.

UDO, C., & et al. **Surgical nurses' work-related stress when caring for severely ill and dying patients in cancer after participating in an educational intervention on existential issues**. *European Journal of Oncology Nursing*, 546-553. 2013.

WOLF, L., & et al. **Exploring the management of death: Emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-life-care in the emergency department**. *Journal of emergency nursing*, 23-33. 2015.

ZYGA, S., & et al. **Greek renal nurses' attitudes towards death**. *Journal of Renal Care*, 100-107. 2011.



## CONHECIMENTO DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A GESTANTE FRENTE ÀS CONDIÇÕES SOCIAIS

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 07/02/2022

### Maria Cristina Porto e Silva

Universidade Vale do Sapucaí  
Pouso Alegre MG  
<http://lattes.cnpq.br/7269813499351658>

### Bruna Victória de Gouveia Marques

Universidade Vale do Sapucaí  
Pouso Alegre MG  
<http://lattes.cnpq.br/0292006942423432>

### Aline de Melo Siqueira

Universidade Vale do Sapucaí  
Pouso Alegre MG

### Franciele de Melo Franco

Universidade Vale do Sapucaí  
Pouso Alegre MG

**RESUMO: Objetivo:** conhecer as dificuldades encontradas pelos enfermeiros relacionadas a influência da condição social e econômica na assistência de enfermagem à gestante.

**Método:** trata-se de um estudo do tipo descritivo e transversal, com base teórico-metodológica fundamentada nos princípios da pesquisa qualitativa na qual os dados foram analisados segundo a inspiração fenomenológica. A população do estudo foi composta por enfermeiras que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF), que acompanhavam o pré-natal de baixo risco em áreas de condições sociais desfavoráveis. Os dados foram obtidos por meio

de um questionário semiestruturado que após a aprovação pelo Comitê de Ética e autorização dos participantes, foram gravados e transcritos. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Vale do Sapucaí, respeitando o que preconiza a Resolução N° 466 de 2012 que trata da pesquisa com seres humanos, sendo aprovada conforme CAAE: 51545715.9.0000.5102. **Resultado:** identificação de seis unidades de significados com os seguintes temas: impacto da baixa escolaridade na adesão ao cuidado pré-natal; dificuldade para realização de exames no pré-natal; falta de uma adequada nutrição; falta de apoio familiar e do companheiro; presença das drogas ilícitas na vida da gestante; gestações anteriores influenciando a gestação atual. **Considerações:** é importante que os enfermeiros responsáveis pelo pré-natal, tenham conhecimento sobre como as questões socioeconômicas podem afetar o indivíduo em sua percepção de cuidado e saúde e possibilitar estratégias que sejam mais adequadas e afetivas, aumentando a chance das gestantes não abandonarem o cuidado no pré-natal, levadas pelas condições socioeconômicas. **PALAVRAS-CHAVE:** Gestação; Pré-natal; Dificuldades; Enfermagem; Socioeconômicos.

### COMPREHENSION OF DIFFICULTIES ENCONTERED BY MY NURSES IN NURSING CARE FOR PREGNANT WOMEN WHILE INFLUENCED BY SOCIAL CONDITIONS

**ABSTRACT: Objective:** To know the difficulties encountered by nurses in relation to the influence of social and economic conditions in nursing care for pregnant women. **Method:** This is a descriptive

and cross-sectional study with a theoretical-methodological basis based on the principles of qualitative research in which the data were analyzed according to phenomenological inspiration. The Study Population consisted of nurses who work in the Family Health Strategy , which monitors low-risk prenatal care in areas of unfavorable social conditions. They were obtained through a semi-structured questioner that, after approval by the Ethics Committee and Authorized by the participants, were recorded and transcribed. The research was evaluated by the Vale do Sapucaí Committee, based on the resolution that advocates that research with human beings, has to be approved according to CAAE: 51545715.9.02. **Result:** Identification of six units with the following themes: impact of low Educational attainment and adherence to prenatal care; difficulties in performing prenatal exams; lack of adequate nutrition; lack of family and partner support; presence of illicit drugs while expecting; previous pregnancies influencing a current pregnancy. **Considerations:** It is important that nurses responsible for prenatal care to be aware that socioeconomic issues can affect individuals in their health care and create more adequate health strategies and protective measures, increasing the possibility of prenatal care not being abandoned, driven by their socioeconomic conditions. **KEYWORDS:** Pregnancy; Prenatal; difficulties; Nursing; Socioeconomic.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestação caracteriza-se por um período de mudanças físicas e emocionais. É importante que no acompanhamento do pré-natal a mulher sinta-se acolhida e que sejam ofertados serviços de qualidade, de promoção e de educação sobre os cuidados e modificações que irão ocorrer em seu corpo e em sua vida (LIMA, MOURA 2008).

A assistência do pré-natal realizada pelos médicos e enfermeiros é a supervisão que se dá à gestante, desde a concepção até o início do trabalho de parto, tendo como principal função a prevenção, na qual seus objetivos básicos é identificar, tratar ou controlar doenças, prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna, promover bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal, preparando o casal para o exercício da maternidade (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

Portanto, a gestante deve seguir alguns cuidados, como: participar das consultas marcadas, tomar as vacinas e realizar exames (hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL (sorologia para Sífilis), glicemia de jejum, urina I, IgG e IgM para toxoplasmose, citologia oncológica (CARVALHO, 2002).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, buscava a integralidade e autonomia sobre o corpo da mulher, tendo em sua operacionalização um desafio para gestores e profissionais. Entretanto, o programa conseguiu trazer um olhar diferenciado para atenção à saúde da mulher, mas ainda se questionava a qualidade prestada e o impacto nos indicadores dos resultados, como as taxas de mortalidade materna (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

Em 2000 o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) veio

normatizar a assistência à gestante, com o objetivo de melhoria do acesso e da qualidade no acompanhamento do pré-natal. O mesmo foi um dos fatores mais importantes para a redução das altas taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil. Todavia, a baixa qualidade associada a adesão ao pré-natal está associada a renda familiar, idade materna inferior a 18 anos, menor escolaridade e outros, favorecendo assim o cenário atual (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

O PHPN estabeleceu o número de consultas, idade gestacional de ingresso ao pré-natal, exames laboratoriais e ações de educação em saúde para a promoção da prevenção como parte da consulta, assim como de prevenir os acometimentos materno e fetal (ANVERSA, BASTOS, NUNES, PIZZOL, 2012).

Em 2006 adotou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial de atenção primária à saúde no país. Com a expansão da ESF e a implementação PHPN, o objetivo era melhorar os indicadores de saúde e principalmente reduzir a mortalidade materna, atingindo os objetivos do milênio (ANVERSA, BASTOS, NUNES, PIZZOL, 2012).

Moura e Rodrigues (2003), consideram que na Estratégia Saúde da Família é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde com a comunidade, sendo fundamental para levarem o cuidado. Isso é justificado por estarem inseridos no seio familiar e integrados na comunidade.

Entretanto, o baixo nível socioeconômico, que está associado à baixa escolaridade, afeta a falta de conhecimento da importância dos cuidados do pré-natal pelas gestantes, inclusive refletindo em uma baixa adesão e a um início tardio (LEITE, BARBOSA, BRAVIM, AMRIM, PRIMO, 2014)

O nível social tende a interferir nessa evolução, podendo assim ocasionar riscos na saúde da mãe e do feto. Portanto, a enfermagem pode desenvolver um papel crucial na adesão ao pré-natal e nas práticas saudáveis para uma gestação sem complicações.

Sabe-se que o cuidado de enfermagem é uma peça importante no sistema de saúde, pois a orientação para a promoção da saúde implica em habilidades e competências ao enfermeiro na área social e política. Sendo assim, a enfermagem, como uma ciência do cuidado integral e integrador da saúde, consegue direcionar o conhecimento necessário e suficiente para o desempenho satisfatório das práticas de promoção da saúde, pois considera o enfermeiro próximo das pessoas, famílias e comunidades. Daí a importância do papel do profissional na saúde pública, tanto no contexto familiar como no espaço comunitário e social (BACKES, BACKES, ERDMANN, BUSCHER, SALAZAR-MAYA, 2014).

No mesmo estudo, Backes Backes, Erdmann, Buscher, Salazar-Maya (2014), o enfermeiro tem formação para compreender o ser humano como um todo, pois sua assistência à saúde está voltada para a integralidade e acolhimento, conseguindo ainda identificar as necessidades e expectativas dos indivíduos pela habilidade de interagir diretamente com o usuário e a comunidade.

Esse estudo direciona a uma reflexão dos profissionais, tanto da formação como da

atuação de enfermagem, para o despertar de uma profissão mais atuante, comprometida e participante nas instâncias decisórias das políticas públicas e sociais, acarretando assim em um compromisso social, possibilitando a compreensão de que as questões socioeconômicas nas quais as gestantes estão inseridas exercem forte influência na vida e na percepção dessa mulher em relação a sua gestação, e conseqüentemente no cuidado pré-natal. Assim os profissionais devem atuar em defesa da vida e buscar uma assistência adaptada à realidade do indivíduo, principalmente as relacionadas às condições sociais.

É importante ressaltar que no estudo de Backes et al. (2014) o enfermeiro é considerado não somente como um membro neutro no serviço saúde, mas vai além dos saberes e práticas técnicas, que a partir destas irá construir a prática social nos diferentes cenários da saúde e da economia do país. O espaço do enfermeiro ESF apresenta-se aberto e sensível às necessidades sociais e de saúde. Porém, é indispensável esforços para a discussão em torno deste modelo de saúde em busca de alternativas para empreender a promoção e prevenção num contexto desfavorável relacionado às condições sociais em que se encontra o indivíduo.

Portanto o objetivo do estudo foi conhecer as dificuldades encontradas pelos enfermeiros sobre a influência da condição social e econômica na assistência de enfermagem à gestante.

## 2 | CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve sua base teórico-metodológica fundamentada nos princípios da pesquisa qualitativa, pois favorece o aprofundamento relativo aos significados, crenças e valores das pessoas, atribuindo significados específicos às suas ações e relações humanas. Esta pesquisa teve uma abordagem descritiva e transversal, cuja proposta é compreender os fenômenos humanos a partir de uma experiência concreta, vivenciada no cotidiano.

A perspectiva fenomenológica adotada neste estudo permitiu compreender melhor a pessoa enquanto sujeito capaz de pensar, agir e refletir sobre seu mundo e sua vida, necessitando assim ser compreendida e ajudada por aqueles que a assistem (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF), que acompanhavam o pré-natal de baixo risco de áreas em condições sociais desfavoráveis. Sendo assim, a amostragem do estudo foi teórico, intencional e proposital, isto é, o pesquisador tem o poder de decidir e selecionar propositalmente os sujeitos do estudo. Fizeram parte deste estudo 10 enfermeiros que atendiam nos bairros com maior número de pessoas em baixas condições socioeconômicas.

O estudo foi realizado nas unidades de Estratégia Saúde da Família que realiza assistência ao pré-natal de baixo risco nos bairros de maior incidência de problemas socioeconômicos, uma grande população, com localização distante do centro da

cidade, mas com presença de escola municipal e estadual. Apesar dos mesmos terem escolas, unidades de saúde e centros de assistência social, ainda assim é evidente o desemprego, o envolvimento com o crime e a exclusão social, o que os tornam vulneráveis aos acometimentos de saúde e com dificuldades na assistência, uma vez que a falta de escolaridade é um dos fatores de risco da não adesão aos programas de saúde. Critérios de Inclusão se deram através dos enfermeiros que participavam da Estratégia Saúde da Família; possuíam vínculo com a mesma comunidade por mais de 1 ano e aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado coma seguinte pergunta: para você, quais são as dificuldades enfrentadas na assistência de enfermagem às gestantes de baixa renda?

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e autorização dos participantes, foram gravadas, transcritas e posteriormente destruídas pelas pesquisadoras.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Vale do Sapucaí com aprovação em 22 de fevereiro de 2016. Respeitando o que preconiza a Resolução 466 de 2012 que trata da pesquisa com seres humanos, com CAAE: 51545715.9.0000.5102, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato de sua pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma.

Os dados relacionados ao conhecimento das dificuldades encontradas pelo enfermeiro sobre a influência da condição social na assistência de enfermagem na gestação, foram analisados segundo abordagem qualitativa de inspiração fenomenológica, na qual o conteúdo das entrevistas gravadas foram lidos com o intuito de aprender o fenômeno e simultaneamente foi destacado o que foi aprendido de cada discurso.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado constitui a base da existência humana, abrange o sentido e significado das experiências vividas e contribui para o contexto da intersubjetividade e potencializa a capacidade dos sujeitos no processo do cuidado, de modo que o cuidador e o ser cuidado se beneficiem da interação inerente à vida humana que abre sempre a possibilidades para tornar-se um outro eu mesmo (SPÍNDOLA, 1997).

É importante observar que no cotidiano do cuidado encontra-se a permanência do modelo biomédico, no qual não se consegue fazer uma escuta terapêutica e acolhedora das demandas dos usuários, portanto traz consigo um atraso e rigidez à inovação no campo da saúde, nas estratégias de cuidado voltados para estabelecimento de forças na interdisciplinaridade e integralidade da assistência quando relatamos situações que implicam os aspectos biopsicossociais.

Desta maneira apresenta-se agora como o ser que cuida em enfermagem, aquele que compreende o seu cuidado à gestante, baseando em sua vivência profissional, e como

o ser humano a ser cuidado pode refletir no mundo vida de quem é cuidada, transformando a realidade do cuidado.

Portanto após a análise dos discursos emergiram as seguintes unidades de significados:

3. 1 Impacto da baixa escolaridade na adesão ao cuidado pré-natal;
3. 2 Dificuldade para realização de exames no pré-natal;
3. 3 A falta de uma nutrição;
3. 4 Falta de apoio familiar e do companheiro;
3. 5 A presença das drogas ilícitas na vida da gestante;
3. 6 Gestações anteriores influenciando a gestação atual;

### 3.1 Impacto da baixa escolaridade na adesão do cuidado pré-natal

Para alguns enfermeiros, uma das dificuldades enfrentadas durante o atendimento às gestantes de baixa condição socioeconômica é a baixa escolaridade e sua influência na compreensão das mesmas nas informações que são concedidas pelos profissionais de saúde na assistência do pré-natal.

Sempre existe uma relação entre a baixa escolaridade e a condição socioeconômica, o que torna a gravidez um evento difícil na vida da mulher, na escolha do cuidado com o bebê e a perspectiva de uma profissão, na qual precisa-se buscar superar as dificuldades e procurar apoio para uma gestação de qualidade em ambos os aspectos (LEITE, BARBOSA, BRAVIM, AMORIM, PRIMO, 2014).

Entretanto, essa dificuldade no entendimento das orientações pela gestante, limita assistência à gravidez, o que pode acarretar uma vulnerabilidade emocional quanto ao desempenho de um atendimento qualificado, favorecendo um sentimento de impotência pelo profissional em poder ofertar conhecimentos de cuidados importantes para saúde:

*“Elas não entendem orientações, porque já vem com uma dificuldade de entendimento, de baixa escolaridade. Então às vezes uma orientação necessária para o cuidado durante a fase de pré-natal, elas não conseguem entender as informações [...]”* (E1)

*“[...] uma das maiores dificuldades é o grau de entendimento delas que, a maioria tem um grau de escolaridade muito baixo. Não estudam. ”* (E3)

*“[...] são gestantes de escolaridade muito baixa e que vivem assim em um contexto muito limitado. Tanto na questão de recurso, de informações. [...] muitas vezes pela falta de informação e falta de escolaridade essa gestante não vai dar devida importância que tem o acompanhamento do início precoce [...] não que ela não esteja ou não se preocupe, são pessoas que não têm conhecimento mesmo. ”* (E10)

A baixa escolaridade classifica-se como um importante fator em relação aos riscos

para a mãe e recém-nascido, devido sua associação à perimortalidade, neomortalidade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil. (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Portanto torna-se árduo proporcionar uma qualidade de assistência quando a gestante apresenta dificuldade no entendimento e adesão às práticas de autocuidado e do cuidado com seu filho. A angústia pode ser experimentada por esse profissional assim como a frustração ao ver a assistência limitada por situações que poderiam ter sido evitadas se a mulher tivesse a oportunidade de ter concluído o ensino escolar. Sentimentos negativos podem aparecer mediante a essa situação da qual não se consegue resultados desejados.

Essa relação de percepção do mundo vivido na experiência com a gestante que tem baixa escolaridade, faz com que o sujeito possa ter atitudes que vão construindo o mundo em que vivemos numa relação de percepção do que sentimos, vão significando o existir e criando coisas por meio das experiências vividas (SANTANA, 1998).

Para filósofo Merleau-Ponty, o mundo vivido é construído pela percepção de cada sujeito, através da experiência e compreendendo o mundo da ciência, como um saber explicativo e transformador do que existe (SPÍNDOLA, 1997).

Estes sentimentos despertam para um entendimento do mundo da qual a experiência vivida está fundada na percepção do sujeito, entrelaçando corpo-mundo, passando a dar nova significação, sentindo o que é estar no mundo criando significados através da percepção do lugar de vida que se desdobra diante de si pelas experiências (SANTANA, 1998).

Conhecer a percepção de quem atende a gestante com baixa escolaridade pode ser fator transformador na assistência a gestante no pré-natal como também mudar o mundo-vida do sujeito.

### **3.2 Dificuldade para realização de exames no pré-natal**

No levantamento das dificuldades, verificou-se que 70% das enfermeiras entrevistadas relataram um problema em comum quanto à dificuldade na realização de exames.

A solicitação de exames de forma regular e a interpretação adequada pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento do pré-natal é de extrema importância, cuja finalidade é adotar medidas efetivas que previnam possíveis agravos e realizar intervenções precocemente (SANTOS et al.,2016).

*"[...] elas não têm condições de fazer particular e dependem exclusivamente do SUS. E aí demorando os exames, o atendimento não fica com a qualidade que a gente gostaria. "* (E8)

*"Agora temos muitas dificuldades na realização de exames. [...] normalmente a maioria delas, as de baixa renda já não podem pagar, imagina as sem renda. Então eu tenho esse grande entrave que é a demora nos exames. "* (E4)

*"Para mim é a falta de adesão das gestantes ao pré-natal e a realização em si dos*

exames” (E2)

Dessa forma, quando os exames não são realizados, perde-se a oportunidade de se obter um diagnóstico precoce para agravos passíveis de controle, como a sífilis, infecção urinária ou um quadro de anemia, por exemplo. Portanto, as gestantes que não conseguem realizar os exames básicos de rotina estão sujeitas a desfechos perinatais negativos e podem até mesmo resultar em óbito materno e neonatal (SANTOS et al., 2016).

*“[...]às vezes não tem condições de ir até os locais para fazer esses exames. Às vezes a gente marca todos esses exames pelo SUS, mas ela não consegue chegar por falta de transporte.” (E1)*

*“Outra questão que elas enfrentam é a questão financeira, essa é determinante. É muito frustrante porque às vezes ela precisa fazer um exame, ela precisa desse exame muito rápido [...] exames complexos de alto custo e eles demoram muito. E aí elas ficam na fila, não têm condições, o tempo vai passando.” (E5)*

*“A experiência que eu tenho aqui na unidade com as gestantes de baixa renda é a questão da dificuldade com os exames. Muitas gestantes elas não têm condições financeiras às vezes para estar custeando esses exames que alguns não são ofertados pelo SUS [...]” (E6)*

*“Para mim, uma dificuldade enfrentada que eu vejo mais é a alimentação e o acesso aos exames. Alguns exames como o ultrassom morfológico que é mais caro que se pede no pré-natal e elas não têm condição de fazer [...]” (E9)*

É percebido pelo sujeito uma preocupação com sistema que está ofertando tais exames, sendo que o contexto econômico desta gestante, fará que dependa da rede pública para realização dos mesmos.

A preocupação do profissional para importância da realização dos exames mostra que a integralidade entre as áreas no campo da saúde e o olhar ampliado para o cuidado com a gestante, em uma perspectiva da intersubjetividade, conduz a um cuidado humanizado demonstrando as ações propostas pelo campo da saúde coletiva.

O cuidador se coloca no lugar da pessoa a ser cuidada, o que se torna fonte para aprender, viver e construir o mundo vivido, dando-os a possibilidade de imaginar a significação do mundo. Portanto a ação é levada pela experiência que deu sentido ao que está diante dos olhos naquele momento que precisa de informações necessárias sobre algo desejado (NOBREGA, 2008).

### **3.3 A falta de uma adequada nutrição**

Durante a gestação, devido as alterações das necessidades nutricionais, é necessário que a gestante tenha uma alimentação saudável e adequada durante toda a gestação, para que ambos (mulher e feto) tenham suas necessidades nutricionais supridas. (SANTOS et al., 2006).

*“A gente faz muita orientação com relação a alimentação, tem um questionário que a*



*gente faz na primeira entrevista, então já dá para ter uma ideia de como é essa alimentação dessa mulher em casa [...]” (E7)*

Para Santos et al (2006), ter uma assistência de qualidade durante o pré-natal é imprescindível para que as necessidades nutricionais sejam avaliadas e acompanhadas, tais como a avaliação do peso e hábitos alimentares, que devem ser acompanhadas durante todo o período gestacional, levando em consideração os aspectos da individualidade e necessidade de cada gestante.

*“[...] não tem como você intervir por exemplo na alimentação porque ela não tem acesso a alimentos saudáveis e nutritivos. [...]. Às vezes elas estão em condições nutricionais inadequadas.” (E1)*

*“Para mim, uma dificuldade enfrentada que eu vejo mais é a alimentação. [...] muitas vezes a gente fala da quantidade de frutas, verduras, de sucos, essas coisas que ela tem que ingerir, a carne que é necessário... E nem sempre ela tem condição da alimentação.” (E9)*

No decorrer do atendimento, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos a essas individualidades durante as orientações, pois cada paciente possui um contexto social, cultural e econômico diferente (SANTOS et al., 2006).

As experiências vividas no cotidiano dos indivíduos constituem a realidade. Portanto, ao observar a dificuldade que as mulheres enquanto gestantes apresentam diante da alimentação, os enfermeiros evidenciam no discurso um esforço que não poderá ter o resultado esperado, e assim construir uma realidade sem expectativa de mudança, esse mundo experiencial constituído numa projeção de realidade de incerteza e frustração.

Ao analisar a compreensão do homem enquanto ser-no-mundo, que se mostra a partir do sentido da sua existência, o profissional se sente impossibilitado de fazer existir no seu cotidiano. Desta forma dando a percepção do ser no mundo apoia-se em uma compreensão mais sensível da vida a partir de diferentes olhares sobre o mundo e sobre o cuidado (SANTANA, 1998).

### **3.4 Falta de apoio familiar e do companheiro**

O apoio recebido pela gestante seja da família, do companheiro ou do círculo de amigos, exercem uma forte influência sobre a percepção da mulher quanto a sua própria gestação (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

*“Outra coisa também que dificulta muito o cuidado das gestantes de baixa condição social, o cuidado familiar. Então muitas vezes ela não tem apoio da família, não tem apoio do companheiro [...]. Então ela tem que carregar essa gestação sozinha [...]. Quando ela engravida, a família não apoia, a família crítica, abandona e deixa ela sozinha. Isso traz um sofrimento muito grande para ela [...]” (E1)*

*“Vários problemas sociais enfrentados em casa.” (E8)*

Ao se deparar frente ao desamparo, vários sentimentos surgem nesta gestante,

principalmente o do abandono, o que pode vir a trazer um sentimento de revolta, arrependimento e sentimentos depreciativos. Esses sentimentos possuem uma forte influência na desistência de procurar o serviço de saúde e até mesmo levar ao abandono do pré-natal (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

*“A maioria não conta com o apoio do parceiro também, 99% são gravidez não planejada.” (E3)*

*“É frustrante. Porque a gestante chega, geralmente a gestante de baixa renda ela tem conflito familiar. Onde às vezes ela é abandonada pelo companheiro, abandonada pela família, ela tá sozinha nesse momento” (E5)*

Para Rosa, Silveira e Costa (2014), o risco para a não realização do pré-natal aumenta em até três vezes mais para as gestantes que não possuem um parceiro, quando comparadas com as que são casadas. Logo, um dos fatores favorecedores para a adesão ao pré-natal é o apoio advindo do parceiro durante a gestação.

Ressalta-se, ainda, que esse contexto quando somado a baixa escolaridade da gestante, são elementos de forte interferência no pré-natal, que pode ocorrer tanto na desistência pela busca dos serviços de saúde quanto para uma menor realização dos números de consultas ideais do pré-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Sendo assim, ter o acompanhante durante este período fornece, além do apoio emocional, carinho e segurança. Quando somados juntos, aumentam a expectativa de adesão ao pré-natal (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

### **3.5 A presença das drogas ilícitas na vida da gestante**

Nos dados apresentados, levanta-se a questão das gestantes usuárias de droga e a baixa aderência ao pré-natal. Ter a consciência de que o uso de drogas é um problema de saúde pública, faz-se necessário lembrar que o número de mulheres usuárias de drogas tem crescido nos últimos anos. Em relação às mulheres que se encontram no período gravídico, estima-se que 20% façam o uso de drogas (LIMA et al, 2015).

*“Aqui no bairro específico, o maior problema é que [...] muitas são usuárias de droga, é comum a gente acionar o conselho tutelar porque elas não comparecem às consultas” (E3)*

*“Algumas de baixa renda que também se enquadram como, vamos considerar, usuárias, tem essa dificuldade da adesão pela questão das drogas.” (E6)*

*“Junto com as condições socioeconômicas vem também o uso de álcool e drogas” (E1)*

Portanto, é necessário precaução durante o pré-natal para que a gestante perceba os diversos riscos iminentes referentes ao uso de drogas, seja esta lícita ou ilícita, pois isso acarretará consequências tanto à mãe quanto ao desenvolvimento do feto e posteriormente, após o nascimento, no comportamento da criança (LIMA et al, 2015).

O enfermeiro em seu papel de assistencialista deve compreender a situação de vida

dessa gestante, procurando de uma forma mais abrangente possível ter um olhar holístico, que possibilite entender a história de vida que a conduziu para esse caminho.

Para Lima et al (2015), razões como os hábitos de vida anteriores à gestação, do qual o uso de drogas já estava inserido contribui na dificuldade de largar o vício durante a gestação, tais como problemas psicológicos, problemas com a família e o parceiro, falta de informação, dentre outros. Entender o cenário de vida dessa gestante pode ajudar a desenvolver um cuidado individualizado, trabalhando abordagens específicas para esse grupo de gestante.

O atendimento ofertado por parte do profissional de saúde precisa ser humanizado e individualizado para que, desde a primeira consulta seja estabelecido uma relação de diálogo, confiança e que ela possa compreender os riscos do uso das drogas (LIMA et al., 2015).

É importante que o sentimento de acolhimento, juntamente com a criação de um vínculo com o enfermeiro responsável pelo cuidado e a assistência, seja despertado na gestante, fator esse, indispensável para evitar a baixa adesão ao pré-natal (LIMA et al., 2015).

### 3.6 Gestações Anteriores influenciando a gestação atual

Estudos realizados anteriormente evidenciam que mulheres multíparas tendem a uma baixa adesão ao pré-natal, principalmente se nas gestações anteriores não tiverem apresentado nenhuma consequência, sendo este o motivo de aumentar em até duas vezes mais a chance da gestante não aderir ao pré-natal (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

Tal fato pode ser observado a partir dos relatos das enfermeiras abaixo:

*“[...]a quantidade de filho já é uma quantidade maior e algumas já consideram que já sabe sobre as condições de pré-natal [...] às vezes acaba meio que deixando de lado um pouquinho o acompanhamento correto”* (E6)

*“[...] para ela já é normal, porque ela já tem outros 3 filhos e nenhum dos filhos ela quis fazer pré-natal. ”* (E3)

*“Muitas vezes é esses problemas que a gente vê, é a desmotivação em relação a sua gestação, a despreocupação porque já tem vários filhos e já não queria tanto então não está tão empenhada em fazer o que a gente orienta [...]”* (E8)

Segundo Coimbra et al (2003), a multiparidade configura-se como fator de risco para menor adesão ao pré-natal, devido às experiências dessas mulheres em suas gestações anteriores, resultando assim em um menor interesse pela assistência.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer quais as principais dificuldades que as enfermeiras enfrentam no atendimento ao pré-natal de gestantes que possuem uma condição socioeconômica baixa.

É evidente o papel de relevância que a enfermagem possui no atendimento a essas gestantes, principalmente no que se diz respeito à compreensão do contexto de vida que essas mulheres possuem e que afetam significativamente a percepção do cuidado de sua própria gestação e conseqüentemente na adesão ao pré-natal. Esta, por sua vez, quando há uma baixa adesão, torna-se um empecilho para um atendimento de qualidade por parte dos profissionais da Enfermagem, gerando frustrações no profissional, por trazer um sentimento de impotência em não conseguir dar continuidade no cuidado pré-natal da forma que deveriam e gostariam de proporcionar às gestantes.

Portanto, é de grande importância que os enfermeiros responsáveis pelo pré-natal, tenham conhecimento sobre como as questões socioeconômicas podem afetar um indivíduo em sua percepção de cuidado e saúde, e possam assim, traçar estratégias que sejam mais adequadas e efetivas, aumentando a chance dessas gestantes em dar continuidade ao longo de todo o cuidado pré-natal.

Também se faz necessário como os enfermeiros se sentem em relação a esses fatores e que de forma eles tem impactado no seu mundo vida. Desta maneira poder encontrar formas de preparar melhor os futuros profissionais de enfermagem para o enfrentamento dos problemas sociais, que diretamente interferem no cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, Abr. 2012.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A.; SALAZAR-MAYA, A. M. **Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do sistema Único de Saúde brasileiro.** Aquichan. Chia, Colômbia, v. 14, n. 4, p. 560-570, Dez. 2014.
- CARVALHO, G. M. **Enfermagem em Obstetrícia.** São Paulo: EPU, 2ª Edição, 2002. 225 p. ISBN 8512127007. 9788512127002
- COIMBRA, L.C et al . **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 456-462, Aug. 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>. Acessado em: 2021.
- Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C.. **Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, Aug. 2001 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 2021.
- LEITE, F. M. C.; BARBOSA, T. K. O.; BRAVIM, L. R.; AMORIM, M. H. C.; PRIMO, C. C. **A Influência das Características Socioeconômicas no Perfil Obstétrico de Puérperas.** Aquichan, Chia - Colômbia, v. 14, n. 4, p. 571-581, dez. 2014.

LIMA, L. P. de M.. et al. **O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. Espaço para a Saúde.** Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 16, n. 3, p.39-46,2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-784091>. Acesso em: 2021.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. **A Percepção das Enfermeiras Sobre a Competência Social no Desenvolvimento da Assistência Pré-Natal.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. [S. l.], v. 12, n. 4, p. 672-678, dez. 2008.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagem Teórica-Metodológica Qualitativas: A vivência da mulher no período reprodutivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. **Comunicação e Informação em Saúde no Pré-natal.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação. v. 7, n. 13, p. 109-118, Ago. 2003.

NOBREGA, T. P. da. **Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 13, n. 2, p. 141-148, Aug. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2008000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acessados em 2021.

ROCHA, I. M. da S.; BARBOSA, V. S. de S.; LIMA, A. L. da S.. **Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal.** Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, ano 2017, v. 7, n. 21, 22 set. 2017. revista, p. 21-29. DOI <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.21-29>. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239>. Acesso em:2021.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

ROSA, C. Q. da; SILVEIRA, D. S. da; COSTA, J. S. D. da. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 2021.

SANTANA, M. da G. **O como expressão do ser: uma visão através do cuidado de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 3, n. 1, 1998. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44251>>. Acesso em: 2021.

SANTOS, A. A. et al. **Routine on prenatal examinations: solution or problem?.** Journal of Nursing UFPE on line, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 1415-1422, jan. 2016. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11082>>. Acessado em 2021.

SANTOS, L. A. dos et al. **Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 688-694, out. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 2021

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, Set/out. 2004.

SPINDOLA, T.. **A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 403-409, Dec. 1997 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341997000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341997000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em :2021

## COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE HELLP: UM CUIDADO SINGULAR DE ENFERMAGEM

*Data de aceite: 01/03/2022*

*Data de submissão: 09/01/2022*

### Jucimar Frigo

Universidade Comunitária da Região de  
Chapecó-UNOCHAPECÓ  
Chapecó. Santa Catarina  
ORCID 0000-0003-0572-1352

### Fabiane Pertile

Universidade do Estado de Santa Catarina –  
UDESC  
Chapecó. Santa Catarina  
ORCID 0000-0003-1178-2637

### Pamela Chiela Batista da Cruz

Universidade Comunitária da Região de  
Chapecó-UNOCHAPECÓ  
Chapecó. Santa Catarina  
ORCID 0000-0002-0149-7966

### Grasiele Fatima Busnello

Universidade do Estado de Santa Catarina –  
UDESC  
Chapecó. Santa Catarina  
ORCID 0000-0002-2027-0089

**RESUMO:** A coagulação intravascular disseminada em gestantes é uma síndrome clínica patológica que se caracteriza pela formação intravascular disseminada de fibrina em resposta à atividade excessiva das proteases sanguíneas, que suplanta os mecanismos anticoagulantes naturais, caracterizando-se como um atendimento de emergência

exigindo da equipe de enfermagem a tomada de decisão clínica assertiva e imediata. Suas manifestações clínicas estão relacionadas a magnitude do desequilíbrio da hemostasia e/ou a doença subjacente e, seu diagnóstico baseia-se na existência de anormalidades clínicas e/ou laboratoriais da coagulação ou trombocitopenia. Existem ferramentas eficazes para diagnosticar e atender gestantes com esse quadro clínico, à exemplo da taxonomia de NANDA-I e demais sistemas de linguagens padronizadas. A enfermagem tem significativa influência nos modos como a saúde das mulheres é enfocada nos serviços hospitalares, em especial no contexto da atenção à saúde obstétrica e isto é indicativo da sua relevância para que estas transformações se efetivem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Coagulação Intravascular Disseminada; Gravidez de Alto Risco; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

### DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION IN PREGNANT WOMEN WITH HELLP SYNDROME: A SINGULAR NURSING CARE

**ABSTRACT:** Disseminated intravascular coagulation in pregnant women is a pathological clinical syndrome characterized by the disseminated intravascular formation of fibrin in response to the excessive activity of blood proteases, which supplants the natural anticoagulant mechanisms, characterized as an emergency care requiring the nursing staff to assertive and immediate clinical decision making. Its clinical manifestations are related to the magnitude of hemostasis imbalance and/or the

underlying disease, and its diagnosis is based on the existence of clinical and/or laboratory abnormalities of coagulation or thrombocytopenia. There are effective tools to diagnose and care for pregnant women with this clinical condition, such as the NANDA-I taxonomy and other standardized language systems. Nursing has a significant influence on the ways in which women's health is focused on hospital services, especially in the context of obstetric health care, and this is indicative of its relevance for these transformations to take effect.

**KEYWORD:** Disseminated Intravascular Coagulation; Pregnancy, High-Risk; Nursing Care; Nursing Process.

A Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) é uma síndrome adquirida que se caracteriza por um distúrbio hemorrágico derivado de uma coagulopatia induzida pelo consumo maciço e sistêmico de fatores plasmáticos da coagulação e de plaquetas. A ativação da cascata de coagulação determina a formação de trombos e fibrina na microvasculatura com consumo maciço dos fatores de coagulação. Esse processo culmina na deficiência dos fatores plasmáticos, a qual se traduz clinicamente por fenômenos hemorrágicos difusos, que podem levar à morte da paciente acometida (EREZ *et al.*, 2014). É importante ressaltar que a CIVD é sempre secundária a uma doença de base e a identificação e tratamento da condição predisponente são fundamentais para a resolução da síndrome.

A CIVD é uma síndrome clínico patológica que se caracteriza pela formação intravascular disseminada de fibrina em resposta à atividade excessiva das proteases sanguíneas, que suplanta os mecanismos anticoagulantes naturais. A interação entre sistema coagulação e fibrinolítico provocam sangramento e trombose na microcirculação das pacientes, conforme descrito na figura 1.

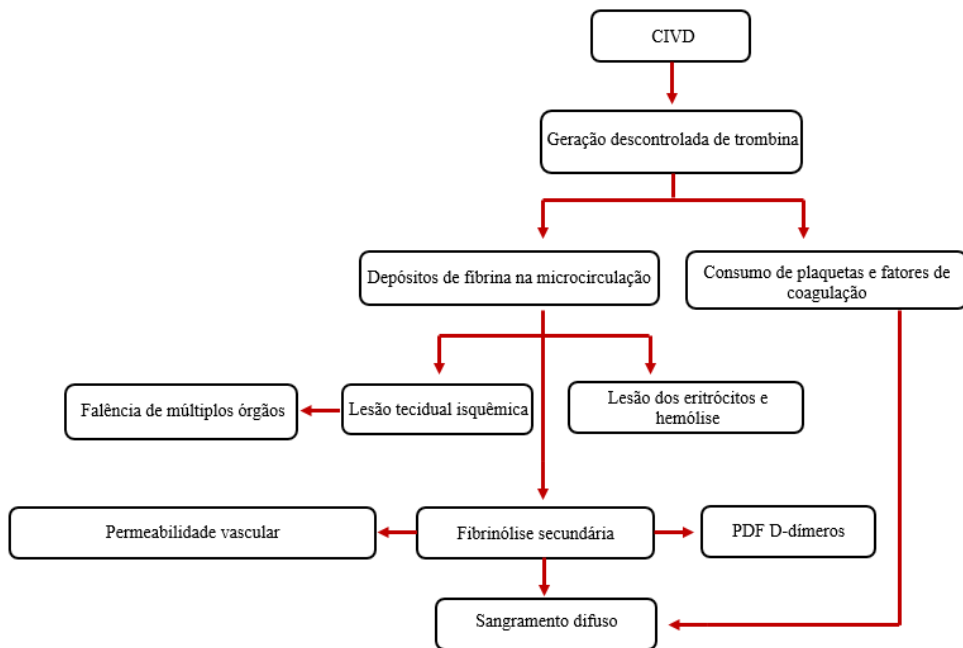


Figura 1. Fisiopatologia da coagulação intravascular disseminada (CIVD).

Fonte: Adaptado de Jameson *et al.*, 2020, p. 835

Na contemporaneidade, as alterações da hemostasia estão representadas na imutável tríade de Virchow, a qual é caracterizada por estase venosa, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade (PEDRO; CAIXETA, 2018). Na CIVD, ocorre grande formação e deposição de fibrina na microvasculatura periférica, devido à inativação do sistema fibrinolítico, embora existam condições nas quais a CIVD é acompanhada de alta atividade fibrinolítica.

As manifestações clínicas decorrentes da CIVD estão relacionadas a magnitude do desequilíbrio da hemostasia e/ou a doença subjacente. Comumente são encontrados sangramentos, petéquias, equimoses e hemorragias graves do trato gastrointestinal, pulmões e sistema nervoso central. Na forma crônica da CIVD as manifestações hemorrágicas são discretas e limitam-se às superfícies cutâneas ou mucosas. O estado de hipercoagulabilidade evidencia-se por obstrução dos vasos da microcirculação com falência secundária de órgãos. Qualquer forma de inflamação sistêmica estará frequentemente associada à ativação de coagulação, variando de alterações nos marcadores, nos fatores de coagulação com quadro clínico ambíguo, significado à sua variante mais desenvolvida, conhecida como CIVD (LEVI; DER POLL, 2013). Clinicamente, pode-se observar os sinais de resposta inflamatória sistêmica, como febre, hipotensão, acidose, manifestações de sangramento difuso (petéquias, equimoses, sangramento em locais de punção venosa e



cicatriz cirúrgica ou traumática) e sinais de trombose (JAMESON *et al.*, 2020).

O diagnóstico baseia-se na existência de anormalidades clínicas e/ou laboratoriais da coagulação ou trombocitopenia. Não existe qualquer exame isolado para estabelecer diagnóstico de CIVD, porém deve-se levar em consideração os testes de coagulação (TTPa, tempo protrombina, tempo de trombina e marcadores dos produtos de degradação da fibrina), além de contagem de plaquetas, hemácias e esfregaço de sangue periférico. Nessa direção, um diagnóstico de CIVD na prática clínica está facilitado pela disponibilidade de recursos confiáveis e ferramentas simples com precisão diagnóstica. De fato, nenhum teste clínico ou laboratorial isolado possui sensibilidade e especificidade para confirmar ou rejeitar tal diagnóstico. No entanto, combinações de vários testes de coagulação e o exame clínico podem ser úteis para estabelecer esse diagnóstico (IBA *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços tecnológicos e de cuidado, a morbidade e mortalidade associadas a CIVD estão relacionadas principalmente com a doença subjacente, mais do que com as complicações na CIVD, portanto, a erradicação ou controle da causa subjacente deve ser a preocupação inicial. Um dos pontos fundamentais da análise empreendida pela Sociedade Internacional de Hemostasia e Trombose (SIHT) refere-se à utilização de um algoritmo de pontuação a partir da contagem de plaquetas, o tempo de protrombina, diminuição do fibrinogênio e níveis plasmáticos de um marcador relacionado à fibrina, como o dímero D ou outros produtos de degradação da fibrina. Por conseguinte, pontuações com algoritmo  $\geq 5$  é uma clínica sugestiva da paciente, que por sua manifestação são compatíveis com CIVD (IBA *et al.*, 2019). Não existe exame laboratorial que isoladamente estabeleça ou afaste o diagnóstico de CIVD, porém, a combinação de alterações clínicas e laboratoriais específicas e, principalmente, a presença de doença sabidamente relacionada à síndrome permitem diagnóstico confiável na maioria dos casos.

Nesse sentido de que a CIVD pode apresentar-se como complicação de algumas doenças e/ou situações de saúde, sua ocorrência está vinculada a quadros de Síndrome de HELLP, que envolve a ativação sistêmica das vias fibrinolíticas e de coagulação que pode levar à disfunção de múltiplos órgãos, trombose e sangramento, com um aumento na mortalidade. A sigla HELLP é um acrônimo, em que H=hemólise, EL=elevação de enzimas hepática e LP=plaquetopenia (*H = hemolysis, EL = elevated liver enzymes, LP = low platelets*). Síndrome de HELLP desenvolve-se em, aproximadamente, 1 em 1.000 gestações (0.1%) e em 10% a 20% de gestantes com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia. Em relação a estes episódios, 70% surgem antes do parto, sendo que 82% destas ocorrem antes da 37ª semana e 11% antes da 27ª semana. Cerca de 30% da síndrome de HELLP se desenvolvem no pós-parto e, destas, 20% sem pré-eclâmpsia prévia e com maior morbidade materna, com possibilidade de estender-se até sete dias pós-parto (MARTIN *et al.*, 2013).

É possível definir a síndrome de HELLP como uma variante de pré-eclâmpsia grave, constituindo-se como parte do espectro das doenças e processos fisiopatológicos que

compõem a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A característica, desta doença, é a presença de anemia microangiopática, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas, sendo uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo (REZENDE; MONTENEGRO, 2018). Ainda com relação à HELLP, uma ampla ativação de propagação dos sistemas de coagulação e fibrinólise, levando a: 1) produção sistêmica de produtos divididos em fibrina e trombos que levam à isquemia do órgão final; 2) aumento da permeabilidade vascular devido à ativação do sistema de cinina; e 3) hemólise microangiopática, durante a hemorragia na gravidez, sendo o principal mecanismo para o desenvolvimento da CIVD (ZUGAIB; VIEIRA, 2019).

Nessa direção, a pré-eclâmpsia é definida na presença de proteinúria 300mg ou mais em urina de 24 horas e hipertensão com a pressão sistólica superior a 140 mmHg ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, após a vigésima semana de gestação em uma mulher previamente normotensa. Mulheres que apresentam a forma grave da doença, têm um ou mais achados relacionados à disfunção do sistema nervoso central, como diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia intensa, hemorragia do sistema nervoso central, dor epigástrica, náuseas, vômitos, edema pulmonar ou cianose e injúria hepática refletida por elevação nas concentrações das transaminases em, pelo menos, duas vezes o valor de referência e, ainda, trombocitopenia ( $<100.000/mm^3$ ). O processo de desenvolvimento da eclâmpsia ocorre a partir de crise convulsiva em gestantes com pré-eclâmpsia, preditor para desenvolvimento da síndrome de HELLP e da CIVD (REZENDE; MONTENEGRO, 2018; ZUGAIB; VIEIRA, 2019).

Em se tratando da síndrome de HELLP, a presença da anemia hemolítica microangiopática e hemólise são achados sensíveis, porém não específicos de eritrócitos. Há elevação da concentração sérica dos marcadores hepáticos, da desidrogenase láctica ( $\geq 600$  UI/L), da bilirrubina indireta ( $\geq 1,2$  g/dl), plaquetopenia ( $< 50.000/mm^3$ ), Aspartato de Aminotransferase (AST  $\geq 70$  UI/L), Alanina Aminotransferase (ALT  $\geq 70$  UI/L). A fragmentação dos eritrócitos ocorre secundariamente ao traumatismo da membrana eritrocitária durante sua passagem pelo lúmen de pequenos vasos, cuja camada íntima do endotélio encontra-se lesionada e com depósito de fibrina (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Entre os dispositivos de fortalecimento do diagnóstico de HELLP, destaca-se o esquema baseado nos níveis plaquetários desenvolvido na Universidade do Mississippi para estabelecer a gravidade da doença. Este difere quanto ao critério de diagnóstico da trombocitopenia. Esta classificação foi ampliada recentemente com a adoção de um score de risco levando em consideração as outras alterações clínico-laboratoriais (MARTIN *et al.*, 2012).

Classe I	Plaquetas abaixo de 50.000 mm <sup>3</sup>
Classe II	Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm <sup>3</sup>
Classe III	Plaquetas entre 100.000 e 150.000 mm <sup>3</sup>

Figura 2: Critérios da Universidade do Mississippi para gravidade da Síndrome de HELLP

Fonte: Adaptado de (MARTIN *et al.*, 2012).

A ativação do endotélio vascular e das plaquetas, hemólise e danos hepáticos são as características fisiopatológicas básicas para a síndrome de HELLP, e cada uma delas predispondo à CIVD. O diagnóstico confirmatório de CIVD se faz quando pelo menos três desses valores estão alterados: plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>, fibrinogênio < 300 mg/dL e antitrombina III < 80%, diminuição de tempo de protrombina (< 70%) e aumento dos produtos de degradação da fibrina (PDFs) (> 40 mg/dL). Dosagem de fatores de coagulação e anticoagulantes naturais (proteína C, antitrombina). A diminuição dos níveis plasmáticos de fatores de coagulação é refletida, como já foi dito, no prolongamento dos tempos de coagulação e é resultado do seu consumo. A dosagem de fatores específicos (por exemplo, fatores V e VIII) pode ser útil em algumas situações, como, para auxiliar na diferenciação entre coagulopatia associada à insuficiência hepática e CIVD (MARTIN *et al.*, 2012). A Figura 7 representa de forma ilustrada o algoritmo para diagnóstico de CIVD plenamente manifesta em gestantes com Síndrome de HELLP. A dosagem plasmática de AT e PC pode também ter valor diagnóstico complementar em casos em que a hipótese de CIVD não pôde ser estabelecida mesmo após a realização dos exames mencionados anteriormente.

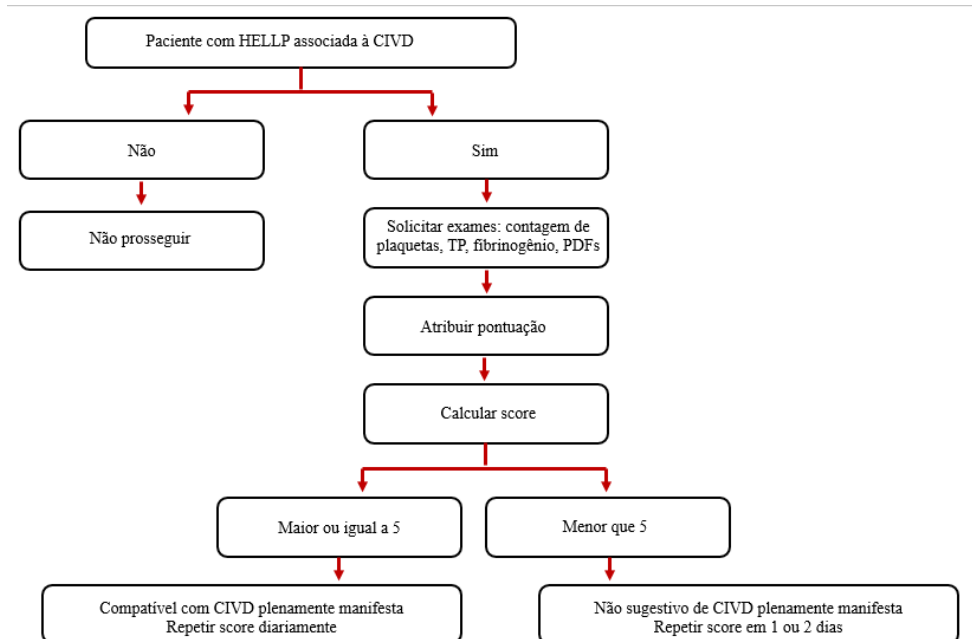


Figura 3: Algoritmo para diagnóstico de CIVD plenamente manifesta em pacientes com Síndrome de HELLP.

Fonte: Adaptado de (PINTÃO; FRANCO, 2001).

Na enfermagem moderna, o desenvolvimento de técnicas e tecnologias de cuidado avançados para controlar o sangramento, bem como a disponibilidade de serviços avançados de transfusão e exames laboratoriais são os principais fatores que levaram à redução substancial da mortalidade materna como resultado de hemorragia nos países desenvolvidos. Atualmente, além de uma avaliação clínica da enfermagem existem ferramentas eficazes para diagnosticar gestantes com sangramento agudo em risco de CIVD, à exemplo da taxonomia de NANDA-I.

A necessidade de se identificar, organizar e classificar os diagnósticos de enfermagem, com base em regras consistentes, e ainda, de criar uma Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, fez surgir, nos Estados Unidos, a Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), a qual tem desenvolvido um dos sistemas de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais aceitos e conhecidos atualmente. Diagnóstico de enfermagem (DE), atualmente conhecida como NANDA Internacional (NANDA-I), fornecem:

“Julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção

da saúde e agir em benefício do indivíduo. As respostas de promoção da saúde podem existir em um indivíduo, família, grupo ou comunidade” (NANDA INTERNACIONAL, 2018, p.48).

Nesta esteira, a versão de 2021-2023 de NANDA-I possui 267 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 13 domínios e 47 classes, construído pela associação de estruturas denominadas de título, definição e indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco), que facilitam o entendimento do problema de enfermagem e/ou processos da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, como também de suas possíveis causas, ajudando a elaborar a intervenção de enfermagem e dos resultados de enfermagem mais oportunos (NANDA INTERNACIONAL, 2021).

Vale ressaltar que a utilização dos DE, segundo a taxonomia da NANDA-I, representa uma forma de raciocínio lógico, crítico e clínico que possibilita a inter-relação de causas e efeitos das alterações apresentadas, facilitando a adoção de condutas de enfermagem e a realização da avaliação da assistência prestada. Neste sentido, a enfermagem atua na prática do cuidado apoiada num arcabouço de cunho científico que vem sendo estruturado ao longo dos anos junto à comunidade científica, a fim de facilitar, organizar e sistematizar as ações e os serviços de saúde desenvolvendo inúmeros modelos teóricos e teorias, com destaque para as taxonomias de enfermagem NANDA-I, a classificação de intervenções de enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a classificação de resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC). A NANDA-I desenvolveu uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC (NNN), para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados (NANDA INTERNACIONAL, 2021).

Para refinamento das situações clínicas descritas neste capítulo, formulou-se um caso clínico baseado em experiências de cuidado de enfermagem à gestante com síndrome de HELLP associada à CIVD e dados da literatura, sendo importante frisar que este caso clínico não retrata nenhuma situação real, foi elaborado no formato de estudo de caso, conforme descrição a seguir:

Trata-se de paciente de 34 anos, sexo feminino, com antecedente de três gestações prévias, das quais 01 aborto e 01 óbito fetal e apenas 1 filho vivo. Em dezembro de 2019, a paciente apresentava-se na 29ª semana de gestação, com queixa clínica de dor epigástrica, escotomas cintilantes, cefaleia occipital, com alterações dos níveis pressóricos prévios, PA=180 x 120 mmHg, Proteinúria de 4,3g/24h, Creatinina 3,1 mg/dL, Uréia 68 mg/dL, Albumina 3,6 g/dL, Hemoglobina 5,8 mg/dl, Hematócrito 17%, Leucócitos 16000 mil/mm<sup>3</sup>, AST 76 U/L, ALT 87 U/L, DHL 1050 U/L, Bilirrubina indireta 2,3 g/dl, caracterizando uma anemia hemolítica microangiopática e perda rápida de função renal. O coagulograma revelou: 6000 plaquetas/mm<sup>3</sup>; tempo de ativação de protrombina (TAP) de 15,1 segundos, tempo de tromboplastina parcial ativada (KTP) de 57,4 segundos; D-dímero de 1:4; fibrinogênio de 572 mg/dL. Diante deste quadro, em uma paciente gestante no curso da 29ª semana de gestação, a hipótese de

HELLP também pareceu bastante atraente, o que não afastaria, entretanto, a possibilidade de CIVD. Tanto a síndrome de HELLP quanto a CIVD podem apresentar esta evolução, tornando o diagnóstico diferencial entre estas entidades muitas vezes desafiadoras. Diante da dúvida quanto ao quadro da paciente, optou-se por interrupção da gestação com consentimento da gestante, esperando-se haver melhora do quadro, caso se tratasse de toxemia gravídica, o que não ocorreu. O diagnóstico diferencial entre a síndrome de HELLP e a CIVD é difícil uma vez que ambas são caracterizadas por microangiopatia e plaquetopenia.

Mediante essa perspectiva científica de cuidado, elencamos os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem acerca da CIVD em gestantes, a partir da taxonomia de NANDA- I, como forma de qualificar o cuidado de enfermagem, conforme ilustram a Tabela 1 a seguir:

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Domínio 11 - Segurança/proteção		
Risco de sangramento relacionado à coagulação intravascular disseminada e coagulopatia inerente	<p><u>Coagulação sanguínea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contagem de plaquetas;</li> <li>- Tempo de tromboplastina parcial (TTP);</li> <li>- Fibrinogênio plasmático;</li> <li>- Sangramento</li> </ul> <p><u>Função hepática:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematomas;</li> <li>- Icterícia;</li> </ul> <p><u>Controle de riscos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitora as alterações do estado de saúde;</li> <li>- Realiza controles para riscos identificados;</li> </ul>	<p><u>Redução do Sangramento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a causa do sangramento;</li> <li>- Monitorar atentamente o paciente quanto ao sangramento;</li> <li>- Monitorar a presença de hematomas;</li> <li>- Monitorar os testes de coagulação, incluindo tempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinogênio e contagem plaquetária;</li> <li>- Monitorar condição hídrica, incluindo ingestão e eliminação;</li> <li>- Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas se ocorrer sangramento, notificando imediatamente a equipe de enfermagem;</li> <li>- Orientar o paciente sobre limitações às atividades;</li> <li>- Observar sinais de icterícia;</li> </ul>
Risco de integridade da pele prejudicada relacionada à alteração no metabolismo	<p><u>Perfusão Tissular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluxo sanguíneo através da vasculatura hepática;</li> </ul>	<p><u>Cuidados circulatórios: Insuficiência Venosa:</u> <sup>(5)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar avaliação abrangente da circulação periférica;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluxo sanguíneo através dos vasos periféricos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar estado hídrico, incluído ingestão e eliminação;</li> <li>- Mudar a posição do paciente pelo menos a cada duas horas;</li> </ul>
Domínio 1 - Promoção da saúde		
Comportamento de saúde propenso a risco relacionado à estressores evidenciado por não aceitação da mudança no estado de saúde	<p><u>Comportamento de Aceitação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceita o diagnóstico;</li> <li>- Busca informações confiáveis sobre o diagnóstico e tratamento;</li> </ul>	<p><u>Modificação do comportamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar o paciente a identificar pontos fortes e reforçá-los;</li> <li>- Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde;</li> <li>- Fornecer informações seguras e confiáveis do caso clínico;</li> <li>- Indicar atividades de relaxamento</li> </ul>
Domínio 2 - Nutrição		
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionados à volume de líquidos excessivo	<p><u>Gravidade da Sobrecarga Hídrica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema de mãos;</li> <li>- Edema de pernas;</li> <li>- Edema generalizado;</li> <li>- Pressão arterial aumentada;</li> </ul>	<p><u>Monitoração Hídrica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar balanço hídrico;</li> <li>- Monitorar parâmetros hemodinâmicos invasivos;</li> <li>- Monitorar ingestão e eliminação;</li> <li>- Avaliar o sinal de Godet;</li> <li>- Monitorar Pressão Arterial;</li> </ul>
Domínio 3 - Eliminação e troca		

		clínico; - Auxiliar paciente a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis em escolhas importantes da vida;
Domínio 7 - Papéis e relacionamentos		
Paternidade ou maternidade prejudicada relacionada à estratégias de enfrentamento ineficaz evidenciado por doença frequente	<u>Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida:</u> - Identifica múltiplas estratégias de enfrentamento; - Utiliza estratégias de enfrentamento;	<u>Melhora do Enfrentamento:</u> - Fornecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; - Encorajar o domínio gradual da situação; - Avaliar e discutir respostas alternativas à situação;
Tensão no papel do cuidador relacionado à condição de saúde instável evidenciado por apreensão quanto à capacidade futura para fornecer cuidados	<u>Desempenho do Cuidador: Cuidados diretos:</u> - Conhecimento do processo de doença e tratamento; - Assistência ao receptor dos cuidados nas necessidades das atividades da vida diária;	<u>Melhora do papel:</u> - Auxiliar o paciente a identificar mudanças específicas nos papéis devido a doenças ou incapacidade; - Facilitar a discussão das adaptações relacionadas aos cuidados futuros; - Fornecer informações relevantes sobre o processo da doença e regime de tratamento;
Domínio 8 - Sexualidade		
Risco de processo perinatólogo ineficaz relacionado à sentimento de impotência materna	<u>Conhecimento: Gravidez:</u> - Importância da assistência e educação ao pré-natal frequente; - Sinais de perigo de complicações na	<u>Cuidados no pré-natal:</u> - Identificar as necessidades do indivíduo, preocupações e preferências, estimulando o envolvimento na tomada
Eliminação urinária prejudicada relacionada à múltiplas causas evidenciada por retenção urinária	<u>Função Renal:</u> - Edema; - Hipertensão; - Proteína na urina elevada; - Equilíbrio entre ingestão e eliminação em 24 horas;	<u>Cuidados na Retenção Urinária:</u> - Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário; - Avaliar o sinal de Godet; - Monitorar resultados de exames laboratoriais; - Monitorar coloração e aspecto da urina;
Domínio 4 - Atividade/repouso		
Risco de intolerância à atividade relacionado à problema circulatório	<u>Estado Circulatório:</u> - Pressão arterial sistólica e diastólica; - Saturação de oxigênio; - Débito urinário; - Edema periférico;	<u>Identificação de Risco:</u> - Identificar os recursos disponíveis para auxiliar na diminuição dos fatores de risco; - Implementar atividades de redução de risco; - Planejar o monitoramento de sinais e sintomas; - Identificar riscos biológicos, comportamentais e ambientais e suas inter-relações;
Domínio 6 - Auto percepção		
Baixa autoestima situacional relacionada à auto expectativas não realistas evidenciada por desafio situacional ao próprio valor	<u>Autoestima:</u> - Nível de confiança; - Descrição de orgulho de si mesmo; - Aceitação de autolimitações;	<u>Apoio a tomada de Decisão:</u> - Encorajar paciente a confiar em si mesma; - Auxiliar no processo de aceitação de autolimitações devido ao quadro

	gravidez;	de decisões; - Encorajar o paciente a frequentar um curso de cuidador pré natalis; - Oferecer orientação antecipada sobre alterações psicológicas, fisiológicas e desconfortos.
Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse		
Medo relacionado à cenário pouco conhecido evidenciado por aumento da tensão	<u>Nível de medo:</u> - Falta de autoconfiança; - Preocupação com a fonte do medo;	<u>Apoio Emocional:</u> - Discutir situações emocionais em que o paciente sinte-se a vontade; - Facilitar a identificação do padrão habitual de resposta do paciente ao enfrentar o medo; - Encorajar paciente a expressar seus sentimentos, angústias, medos;
Domínio 10 - Princípios da vida		
Conflito de decisão relacionado à inexperiência com tomada de decisões evidenciado por incerteza quanto a escolhas	<u>Tomada de decisão:</u> - Identifica alternativas; - Reconhece o contexto social da situação;	<u>Aconselhamento:</u> - Encorajar quanto a tomada de decisão; - Utilizar métodos para facilitar a tomada de decisão e compreensão da situação atual; - Estabelecer metas;
Domínio 12 - Conforto		
Dor aguda relacionada à agente biológico lesivo evidenciado por alteração no parâmetro fisiológico	<u>Nível da dor:</u> - Dor relatada; - Náusea; - Pressão arterial;	<u>Controle da Dor:</u> - Reduzir fatores que aumentem a intensidade da dor; - Considerar o tipo e a fonte da dor quando estiver escolhendo a estratégia de alívio da dor; - Proporcionar o alívio ideal da dor do paciente com o uso dos analgésicos prescritos; - Utilizar estratégias de comunicação terapêutica para ter ciência da experiência da dor e transmitir aceitação na resposta do paciente à dor;

Tabela 1: Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem prioritárias a paciente com HELLP associada à CIVD a partir da taxonomia de NANDA-I, 2021.

Fonte: As autoras, 2021

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo clínico da gestante com CIVD é fundamental para a prevenção da hemorragia e de suas complicações, deve ser rápido e eficaz, baseado nas medidas de estabilização hemodinâmica, seguida da identificação e tratamento da causa base. Nesse caso, a importância do conhecimento da enfermagem acerca dos diagnósticos de enfermagem oportunos que propiciem uma intervenção de enfermagem efetiva e agilidade no tratamento, bem como, o resultado de enfermagem, a recuperação e o bem-estar hemodinâmico da paciente são primordiais.

A enfermagem tem significativa influência nos modos como a saúde das mulheres é enfocada nos serviços hospitalares, em especial no contexto da atenção à saúde obstétrica e isto é indicativo da sua relevância para que estas transformações se efetivem. Neste



sentido, a conclusão deste manuscrito permite apontar algumas recomendações aos Enfermeiros, a fim de executarem uma assistência segura e de qualidade. São elas:

- Destaca-se a importância de rever as tradicionais definições do que constitui um exame físico obstétrico, reconhecendo-a como espaço que extrapola abordagens clínicas e práticas de caráter protocolar e que favorece o estabelecimento de relações dialógicas e de acolhimento.
- Estabelecer uma prática rotineira e sistematizada do exame clínico das gestantes em CIVD presumivelmente sintomáticas, de modo a detectar precocemente os distúrbios hemodinâmicos, diminuindo possibilidades de sofrimento e aumentando as chances de sobrevivência. Incluir no cuidado de enfermagem a prática da interpretação de exames laboratoriais e de imagens no atendimento às gestantes com CIVD, tendo em conta seus exames anteriores e história prévia de vida.
- Ampliar os espaços de formação de enfermeiros para a abordagem da saúde obstétrica para além de queixas clínicas, reiterando sempre a importância de reconhecer as necessidades das gestantes em síndrome de HELLP e evitar que evoluam para CIVD.

Em face disso, considera-se indispensável investir no reconhecimento da autonomia do enfermeiro na atenção à saúde obstétrica na consolidação do cuidado de enfermagem operacionalizado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem a partir da taxonomia da NANDA – I.

Isso posto, resta afirmar que apesar da escassez de trabalhos científicos sobre o tema, os trabalhos são muito divergentes entre si. Há necessidade de uniformizar os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, bem como os resultados de enfermagem, para que corroborem no manejo clínico da gestante com CIVD.

## REFERÊNCIAS

BULECHEK, Gloria M. **Classificação das intervenções de enfermagem. (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 610 p ISBN. 9788535269871.

EREZ, O; NOVACK, L; BEER-WEISEL, R; DUKLER, D. *et al.* **DIC Score in Pregnant Women – A Population Based Modification of the ISTH Score**. PLoS ONE. 2014;9(4):e93240. doi: 10.1371/journal.pone.0093240. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/metrics?id=10.1371/journal.pone.0093240#citedHeader>. Acesso em: 14 out 2021.

IBA, T; LEVY, J.H; WARKENTIN, T.E; et al. **Diagnóstico e tratamento da coagulopatia induzida por sepse e coagulação intravascular disseminada**. *Jornal de Trombose e Hemostasia: JTH*. 2019 Nov; 17 (11): 1989-1994. DOI: 10.1111 / jth.14578. Acesso em: 10 ago. 2021.

JAMESON, J; LARRY; et al., **Medicina Interna de Harrison**. 20.ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2v.

LEVI, M; VAN, DER POLL T. **Coagulação intravascular disseminada: uma revisão para o internista.** Medicina Interna e de Emergência. 2013; 8 (1): 23-32. DOI: 10.1007 / s11739-012-0859-9.

MARTIN, J.N JR; BREWER, J.M; WALLACE, K; SUNESARA, I; CANIZARO, A. *et al.* (2013) **Síndrome HELLP e morbidade materna major composta: importância do sistema de classificação do Mississippi.** J Matern Fetal Neonatal Med 26: 1201–06. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729213000532>. Acesso em: 14 out 2021.

MARTIN, J.N. JR; OWENS, M.Y; KEISER, S.D; PARRISH, M.R; TAM, K.B.T; BREWER, J.M; CUSHMAN, J.L; MAY, W.L. **Standardized Mississippi Protocol treatment of 190 patients with HELLP syndrome: slowing disease progression and preventing new major maternal morbidity.** Hypertens Pregnancy. 2012;31(1):79-90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21219123/>. Acesso em: 16 set 2021.

MOORHEAD, SUE. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020** [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros; *et al.* – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4976902/mod\\_resource/content/1/NANDA-I-2018\\_2020.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4976902/mod_resource/content/1/NANDA-I-2018_2020.pdf). Acesso em: 20 ago. 2021.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023** / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros; *et al.* – 12. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2021.

PEDRO, J. M.; CAIXETA, B. T. **Gravidez e trombofilias: um estudo prospectivo de revisão de literatura.** Psicologia E Saúde Em Debate, 4(Suppl1), 72-72. 2018. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/418>. Acesso em: 18 jul. 2021.

PINTÃO, M.C.T; FRANCO, R.F. **Coagulação intravascular disseminada.** Medicina, Ribeirão Preto 34: 282-291, jul./dez. 2001. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2001/vol34n3e4/coagulacao\\_intravascular\\_disseminada.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2001/vol34n3e4/coagulacao_intravascular_disseminada.pdf). Acesso em: 23 nov. 2021.

REZENDE, J. F; MONTENEGRO, C.A. B. **Obstetrícia Fundamental.** 14ª Ed. Editora: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2018.

ZUGAIB, M.F; VIEIRA, R.P. **Obstetrícia.** 4ª Edição. Barueri, São Paulo: Manole, 2019.

## A PROCURA PELO MODELO CASA DE PARTO DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 14/01/2022

### Bianca Alves Tomita

Escola de Enfermagem da Universidade de  
São Paulo  
São Paulo – SP  
<http://lattes.cnpq.br/8308680150707193>

### Pamela Vicente Nakazone

Escola de Enfermagem da Universidade de  
São Paulo  
São Paulo – SP  
<http://lattes.cnpq.br/3430301021498363>

### Maria Luiza Gonzalez Riesco

Escola de Enfermagem da Universidade de  
São Paulo  
São Paulo – SP  
<http://lattes.cnpq.br/7003326861531283>

**RESUMO: Objetivo:** Compreender a experiência das mulheres na procura pelo modelo casa de parto e sua experiência de parto no contexto da pandemia de covid-19. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A amostra foi composta por 21 mulheres que deram à luz no centro de parto normal peri-hospitalar (CPNp) Casa Angela, em São Paulo, SP. As participantes foram captadas por meio da rede social *Instagram* e entrevistadas por videoconferência do aplicativo *Google Meet*. Foi utilizado um instrumento para caracterização das participantes e a entrevista foi conduzida com um roteiro semiestruturado e gravada. As entrevistas foram

realizadas até a saturação teórica. Foi realizada análise de conteúdo dos dados, emergindo cinco categorias temáticas. **Resultados:** A categoria “Conhecendo a casa de parto: percurso para o primeiro contato com o modelo” evidenciou a falta de conhecimento inicial das mulheres sobre o modelo casa de parto. A categoria “A escolha pelo local de parto: o que interferiu da decisão?” demonstrou que apesar da pandemia, essa não foi a principal razão para escolha do modelo, pois as mulheres desejavam ser atendidas no local pela assistência ofertada. Em “Percepções, desejos, anseios e sentimentos: como foi gestar na pandemia”, revelou-se o sentimento de medo, não só pela covid-19, mas pelo risco de experienciar negativamente o seu parto. A categoria “Experiência de parto: o que ficou registrado” evidenciou que essas mulheres experienciaram positivamente o cuidado recebido em casa de parto, reconhecendo a importância da difusão do modelo biopsicossocial de assistência obstétrica. Por fim, a categoria “As conclusões das mulheres atendidas em CPNp” evidenciou como a experiência repercutiu em suas vidas. **Conclusão:** Os resultados apontam para uma experiência positiva em CPNp também durante a pandemia, mas há necessidade de difusão do modelo e de garantia de acesso pelo Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Assistência Centrada no Paciente; COVID-19.

## SEARCHING FOR A FREE-STANDING BIRTH CENTER MODEL FOR CHILDBIRTH DURING THE COVID-19 PANDEMIC

**ABSTRACT: Objective:** To understand women's experience in the search for the free-standing birth center (FSBC) model and their childbirth experience in the context of the covid-19 pandemic. **Methods:** Qualitative, descriptive, and exploratory study. The sample consisted of 21 women who gave birth in the FSBC Casa Angela, in São Paulo, SP. Participants were captured through the social network *Instagram* and interviewed using the *Google Meet* application videoconference. An instrument was used to characterize the participants, and the interview was conducted with a semi-structured and recorded script. The interviews were carried out until theoretical saturation. There was adopted the content analysis, emerging five thematic categories. **Results:** The category "Getting to know the birthing center: route to the first contact with the FSBC model" evidenced the women's lack of initial knowledge about this model. The category "The choice of place of birth: what interfered with the decision?" demonstrated that despite the pandemic, this was not the main reason for choosing the model. In "Perceptions, desires, anxieties, and feelings: what it was like to be pregnant in the pandemic", the feeling of fear was revealed, not only for covid-19 but for the risk of experiencing their birth negatively. The category "Experience of childbirth: what was recorded" showed that these women positively experienced the care received at the birth center, recognizing the importance of disseminating the biopsychosocial model of midwifery care. Finally, the category "The conclusions of women assisted in FSBC" showed how the experience impacted their lives. **Conclusion:** The results point to a positive experience in FSBC during the pandemic, but there is a need to disseminate the model and guarantee access by the Unified Health System.

**KEYWORDS:** Pregnancy and Childbirth Assistance Centers; Patient-Centered Care; COVID-19.

### 1 | INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia de covid-19, o conhecimento epidemiológico é considerável e a comunidade científica segue em esforço contínuo para tornar as evidências ainda mais robustas. No entanto, o percurso até este o momento foi árduo e dramático. A parcela significativa de portadores assintomáticos do vírus SARS-CoV-2, sua alta transmissibilidade e facilidade no contágio, a inicial ausência de imunização e de tratamento efetivo comprovado e a adesão insuficiente às medidas de controle tornaram o cenário catastrófico, levando sistemas de saúde do mundo todo à beira do colapso.

A princípio, os grupos considerados de risco para covid-19 foram os idosos e pessoas com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e asma, mas em abril de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro emitiu nota técnica que incluía gestantes e puérperas no grupo de risco. Essa população pode apresentar complicações graves que reduzem sua tolerância à hipoxia, em decorrência das mudanças fisiológicas no organismo. Dentre as complicações maternas mais comuns estão a cesariana, o trabalho de parto prematuro, a rotura prematura das membranas ovulares e o sofrimento fetal. Como complicações

neonatais, sobressaem-se a prematuridade, a síndrome do desconforto respiratório agudo, a pneumonia e o óbito neonatal (BRASIL, 2020; ZAIGHAM; ANDERSON, 2020).

A imunização tem sido importantíssima medida de controle, reduzindo a transmissão, associada ao distanciamento social e, especialmente, reduzindo a gravidade da doença. Porém, a taxa de mortalidade por covid-19 entre grávidas não vacinadas é cinco vezes maior do que nas vacinadas (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021).

No Brasil, o parto é culturalmente compreendido como situação de risco, reflexo do modelo tecnocrático da medicina hegemônica (DAVIS-FLOYD, 2001), sendo o hospital considerado local mais seguro para assisti-lo. No país, 98% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar (BRASIL, 2008), onde atualmente também se reúnem os casos graves de covid-19.

Em virtude da pandemia, a *International Confederation of Midwives* recomendou que em países onde os sistemas de saúde pudessem apoiar, as mulheres saudáveis com uma gravidez de baixo risco se beneficiariam do parto no domicílio ou em Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPNp) ao invés de hospitais (ICM, 2020). Os CPNp ou casas de parto consistem em um modelo de assistência liderado exclusivamente por obstetrias e enfermeiras obstétricas. Localizam-se próximos ao ambiente hospitalar e sua equipe é continuamente capacitada para lidar com intercorrências e recomendar a transferência em tempo hábil, quando necessário. Nesse cenário, somente gestações de baixo risco são assistidas e o parto é considerado um processo fisiológico, sendo necessário intervir apenas no caso de complicações, após informação e consentimento (BRASIL, 2015).

Apesar de tratar-se de uma modalidade não convencional de assistência ao parto e nascimento, o *National Institute for Health and Care Excellence-NICE*, do Reino Unido, pressupõe que as mulheres saudáveis devem ser aconselhadas a dar à luz numa casa de parto, já que as evidências internacionais – com estudos que reuniram mais de 50 mil mulheres – apontam que a taxa de intervenções é menor e os resultados para o bebê são semelhantes aos de unidades hospitalares (NUNES et al., 2014). A literatura brasileira, apesar de escassa, converge à mesma direção, com altos índices de acompanhante no parto, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, de recém-nascidos com Apgar  $\geq 7$ . Mesmo na eventual necessidade de transferência para o ambiente hospitalar, a taxa de cesárea e admissão de recém-nascido em unidade de cuidados intensivos foram mínimas, com maior satisfação materna em relação à assistência e resultados perinatais semelhantes aos das mulheres que deram à luz na casa de parto (CAMPOS; LANA, 2007; LOBO et al., 2010).

Considerando os resultados favoráveis do modelo casa de parto já existentes na literatura, o atual cenário oferece nova oportunidade de visibilidade e aceitação dos CPNp pela população e comunidade médica. Como local livre de pacientes com covid-19 e que atende somente gestantes, puérperas e bebês, se sobressai como uma opção segura na pandemia.

Assim, objetivo deste estudo foi compreender a experiência das mulheres na procura pelo modelo casa de parto e sua experiência de parto no contexto da pandemia de covid-19.

## 2 | MÉTODOS

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com abordagem compreensiva (MINAYO; COSTA, 2018). Foi realizado no Casa Angela-Centro de Parto Humanizado, CPNp localizado na região sul da cidade de São Paulo, SP, e administrado pela Associação Comunitária Monte Azul. Em funcionamento desde 2009, inicialmente atendia apenas consultas de pré-natal e pós-parto. Desde 2012, funciona durante as 24 horas do dia e atende partos normais. Em 2016, foi firmado convênio com a Prefeitura de São Paulo e, a partir de 2020, passou a atender o pré-natal, parto e pós-parto, com financiamento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe de atendimento é formada por obstetrias, enfermeiras obstétricas e técnicas de enfermagem, contando com ambulância própria e motorista, caso haja necessidade de remoção da mulher ou do recém-nascido para o hospital municipal de referência, além de funcionários administrativos e auxiliares de serviços gerais. Os serviços prestados pela Casa Angela são: atendimento no pré-natal (consultas, cursos, oficinas de trabalho corporal), no parto normal e no pós-parto, visita domiciliar, consultas de puericultura, incentivo e apoio ao aleitamento materno, realização de cursos e oficinas sobre os cuidados com a mãe e o bebê.

A população do estudo foi constituída por mulheres que deram à luz na Casa Angela, no período de março de 2020 a janeiro de 2021. A amostra foi por conveniência e incluiu 21 mulheres.

As pesquisadoras elaboraram um vídeo para divulgação da pesquisa e seu objetivo, convidando as mulheres interessadas a participarem. O vídeo foi divulgado pela própria Casa Angela, através da rede social *Instagram*.

Diante do contexto atual da pandemia e das recomendações de isolamento social na tentativa de conter sua transmissão, o cenário da pesquisa foi composto pelo ambiente *online* de videoconferência. Após contato das mulheres interessadas com as pesquisadoras e o aceite em participar da pesquisa, foram agendadas entrevistas de acordo com a disponibilidade das participantes. Recomendou-se às participantes a escolha de um lugar tranquilo e reservado. A coleta de dados foi realizada via aplicativo *Google Meet*, no período de janeiro a fevereiro de 2021.

Foi utilizado um instrumento para caracterização das participantes e a entrevista foi conduzida pelas pesquisadoras (B.A.T. e P.V.N.), com um roteiro semiestruturado, a partir da seguinte questão disparadora: “Conte-me como foi a busca pelo local de parto durante a sua gestação”, e englobando: Quais as expectativas sobre dar à luz no contexto

da pandemia; Conhecimento sobre o modelo casa de parto; Fatores que incentivaram e desencorajaram a escolha; Posição da família sobre a escolha do modelo casa de parto; Arrependimento da escolha; O que mais marcou a experiência; Repercussões da experiência para a vida.

As entrevistas foram realizadas até a saturação teórica, obtida quando os dados coletados não alteravam mais a compreensão do fenômeno, não sendo necessário o acréscimo de novas informações (NASCIMENTO et al., 2018). Todas foram gravadas e tiveram duração média de 15 minutos.

Para análise dos resultados, foi utilizada a técnica de Bardin (2009). Na primeira etapa, denominada de pré-análise, as entrevistas foram transcritas. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante e identificação códigos no conteúdo dos relatos. A seguir, foi feita a organização para exploração do material por meio do agrupamento inicial dos códigos, realizada por duas pesquisadoras e validada por uma terceira. Por fim, as falas foram reagrupadas em categorias temáticas para interpretação e discussão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 26/10/2020 (CAAE 35414720.0.0000.5392), e pela Comissão Científica do Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria-NUPEC da Casa Angela. A participação foi voluntária e as participantes deram aceite verbal e gravado, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas foram informadas do propósito do estudo, da garantia do anonimato e de possíveis riscos e benefícios de sua participação.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou de 23 a 35 anos, sendo três entre 20 e 24 anos (14,3%), nove com 25 a 29 anos (42,9%), sete com 30 a 34 (33,3%) e duas com 35 anos (9,5%). Quanto ao estado civil, 10 eram casadas (47,6%) e 11 solteiras (52,4%), 20 conviviam com seus respectivos companheiros e uma não. Em relação à cor de pele, três se declararam pardas (14,3%), três pretas (14,3%), uma amarela (4,8%) e 14 brancas (66,7%). Em relação à escolaridade, sete tinham ensino médio completo (33,3%), 11 superior completo (52,4%) e três pós-graduação completa (14,3%). Quanto à paridade, 19 delas eram primíparas (90,5%) e duas secundíparas (9,5%).

Da análise dos relatos das mulheres, emergiram cinco categorias temáticas, que são apresentadas com trechos das falas para ilustrar seu conteúdo. Para preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por flores.

#### **Categoria 1 - Conhecendo a casa de parto: percurso para o primeiro contato com o modelo**

Esta categoria evidencia a falta de conhecimento da população sobre o modelo casa de parto, ou CPNp, mesmo considerando que as entrevistadas corresponderam a uma parcela privilegiada da população e, provavelmente, com mais condições de acesso

à informação (todas com pelo menos o 2º grau completo, em sua maioria brancas, com companheiros e com a primeira gestação acima dos 25 anos).

Mesmo dentre as mulheres que já tinham algum conhecimento prévio sobre o de modelo casa de parto, muitas não sabiam como de fato o serviço funciona. A maioria das participantes só tomou conhecimento da Casa Angela durante a gestação. As fontes foram diversas e parte delas recebeu indicações de amigas, familiares, vizinhas ou profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS).

“Pela UBS pela qual eu estava fazendo o pré-natal, a própria enfermeira do acolhimento me recomendou a Casa Angela” (Lavanda); “Minha cunhada deu à luz na casa de parto de Sapopemba e uma amiga na Casa Angel. Então eu já sabia que era esse tipo de parto que eu gostaria” (Íris).

Outra parte das entrevistadas tomou conhecimento do modelo por meio de documentários sobre parto humanizado ou pesquisando informações sobre o tema na *Internet*. Ou seja, eram mulheres que já tinham o desejo de experimentar o parto normal, conforme as seguintes falas:

“Eu sempre tive o desejo de ter a minha bebê lá na Casa Angela, por conhecer o trabalho da casa por ter o relato de experiência de outras amigas que tiveram bebê lá” (Camélia); “Antes mesmo de engravidar eu sempre gostei de assistir vídeos de parto e sempre fui apaixonada por essa área, então eu já conhecia os vídeos do Renascimento do Parto, tanto que foi no último que eu conheci a Casa Angela” (Dália); “Eu já conhecia a Casa Angela. Eu seguia no Instagram e sempre achei incrível a ideia, o lugar (...) Antes mesmo de engravidar, enfim, eu já seguia várias páginas do Instagram e numa dessas buscas eu descobri a Casa Angela” (Hortênsia).

As participantes do estudo também relataram alguma dificuldade no acesso à casa de parto, seja por não saberem exatamente como poderiam ser atendidas, pela distância geográfica ou por acreditarem que se tratava de um serviço que não estava contemplado no SUS.

“Eu fui, pesquisei, liguei, aí me informaram que era a partir de 35 semanas tinha que agendar para fazer a visita lá pra poder saber se estava tudo certinho pra ver se eu conseguia ganhar lá” (Áster); “E eu sempre imaginei, imaginava casa de parto, parto domiciliar uma coisa cara, né? Que eu não teria condições de arcar” (Jasmim).

Apesar da Casa Angela se empenhar em estratégias para incentivo e ampliação de acesso ao serviço, especialmente de moradoras da comunidade próxima, as formas de divulgação via *Internet* e rede social *Instagram* podem atingir majoritariamente uma parcela mais favorecida da população. Observa-se que as participantes, em sua maioria, eram mulheres com ensino superior completo, com escolaridade maior que as gestantes usuárias do SUS no Brasil (DINIZ et al., 2016). Além disso, a busca por um modelo de cuidado não convencional, liderado por profissionais não médicos, como a Casa Angela, prevê conhecimento, senso crítico e empoderamento – e possivelmente um nível de instrução



mais elevado, com maior acesso à informação em saúde. Ainda assim, as participantes relataram encontrar diversos obstáculos até acessar este modelo de assistência.

## **Categoria 2 - A escolha pelo local de parto: o que interferiu da decisão?**

Esta categoria evidencia os pontos que influenciaram essas mulheres a optarem por dar à luz no CPNp. Desde o primeiro contato físico ou virtual com a Casa Angela, todas as participantes relataram satisfação com as informações recebidas. Também valorizaram o conforto, a privacidade e a segurança que o ambiente físico proporciona.

“Eu encontrei a Casa Angela e tomei a decisão que eu queria de qualquer jeito. Foi aí que eu fui participar do acolhimento e nesse momento eu falei: não, é aqui mesmo, esse lugar é perfeito pra mim e pra minha filha” (Tulipa); “Foi um espaço que eu senti muito aberto e acolhedor” (Girassol); “O próprio formato de casa, né, um formato não hospitalar me trouxe muito mais segurança” (Bromélia).

A atenção, acolhimento e diálogo com as profissionais, além do conhecimento, experiência e disponibilidade delas, também se mostraram determinantes no processo de decisão.

“Elas dão muita segurança porque elas não te tratam apenas como uma paciente, elas te dão atenção, conversam com você. Então, você sente que realmente está com uma pessoa que te entende, que vai te respeitar na hora do seu parto” (Orquídea); “Elas te passam além de segurança, tranquilidade e confiança, então isso foi o auge assim pra eu ter tomado a decisão de ter lá mesmo o meu parto (...) No acolhimento eu acho que é um momento assim, se você quer, ali você tem certeza” (Tulipa); “Os encontros online eu acho que eles atenderam muito bem, assim, né, elas traziam muita informação, a gente podia tirar muita dúvida” (Lótus); “Elas são muito atenciosas, de explicar tudo, de perguntar tudo, toda vez que você vai lá, sabe? Qualquer dúvida que você tiver pode ligar lá” (Margarida).

A pandemia covid-19 de fato interferiu na escolha, mas não foi a principal razão. O cenário pandêmico, na verdade, parece ter sido um catalisador, ou seja, essas mulheres muito possivelmente já optariam pela casa de parto, independentemente da covid-19. Mas, estar num espaço com menos exposição ao vírus e com a garantia da presença do acompanhante, sem dúvida impactou na escolha pela Casa Angela.

“Antes da pandemia eu já queria ter na casa de parto, né, e depois só intensificou a minha vontade porque com certeza era o melhor lugar (...) Sempre foi minha opção, com ou sem pandemia” (Rosa); “O fato de não estar em um hospital, no modelo pandemia, né? E não estar com outras pessoas, não compartilhar um espaço e porque lá eu sei que eles prezam pela parte humanizada” (Magnólia); “Na Casa Angela era só parto e elas estavam tendo mais cuidado de não ter ninguém com sintomas, no hospital eles já não têm como controlar tudo isso” (Jasmim); “Parir na casa de parto era pra mim a segurança de que eu ia ter esse direito ao acompanhante assegurado, independente do contexto de pandemia” (Hortênsia).

A presença de acompanhante no trabalho de parto e parto é um direito de todas as

mulheres, de acordo com a legislação federal (BRASIL, 2005). A relevância da presença de acompanhante no trabalho de parto já está muito bem descrita na literatura como importante fator para redução de analgesia e intervenções desnecessárias, melhor progressão no trabalho de parto e, principalmente, para o aumento da satisfação materna com o parto (BOHREN et al., 2017; MONGUILHOTT et al., 2018).

Entretanto, de acordo com o Inquérito Nascer no Brasil, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto e 56,7% tiveram acompanhamento parcial (DINIZ et al., 2014). Na pandemia, esse problema se intensificou. Apesar da lei do acompanhante se manter em vigor independentemente da pandemia, muitas maternidades não têm permitido a presença de acompanhantes ou só permitem a entrada no momento do nascimento, privando as mulheres desse direito. É dever das maternidades se estruturarem em termos de ambiência e política de assistência centrada na mulher para continuar garantindo a permanência do acompanhante de escolha.

Apesar de não ter impactado na sua escolha final pela casa de parto, as participantes também falaram daquilo que as desencorajou nesse percurso, em especial, a opinião da família e de profissionais que não conheciam o modelo.

“Eu falava pras pessoas, as pessoas falavam: você é louca, você vai pra casa de parto, como assim? não tem nada, né, de anestesia, nada..., ‘você vai assim no grosso mesmo?’ (Violeta); “Muitas pessoas ainda têm preconceito, ah, que é perigoso, que pode morrer, como vai ter filho sem médico?” (Jasmim); “Quando eu fiz uma ultrassonografia pelo Doutor Consulta a médica falou que a minha bebê era pequena demais, que ela não teria força pra nascer de parto normal, que eu deveria ir pro Amparo e não ir pra Casa Angela” (Hortênsia).

Algumas, tomando conhecimento da experiência com colegas, nem chegaram a contar para a família que o local de parto não seria um hospital, com o intuito de se preservarem. Outras, optaram por levar suas famílias para conhecerem o espaço, que também ficaram satisfeitas com a assistência prestada e passaram a apoiar o acompanhamento no CPNp.

“Eu nem partilhava isso com quem eu não tinha uma relação de confiança por conta de que as pessoas, muitas pessoas não acolhem bem, né?” (Jasmim); “Depois que a minha mãe foi pra lá, minha mãe, nossa! Ela amou mais do que eu, falou: nossa, aqui é muito bom, que lugar bom. E eu falei: é tá vendo? Melhor do que no hospital” (Violeta).

Assim como identificado nos relatos das participantes, outra pesquisa também destacou a opinião da família e seu estranhamento a um modelo alternativo de cuidado (parto domiciliar), além do processo de aceitação da mesma, à medida que adquiriram conhecimento e receberam orientações profissionais (MUROS et al., 2021). Também Volpato et al. (2021) buscaram compreender as razões que interferiram na decisão pelo parto não hospitalar e identificaram que o respeito à autonomia e ao processo natural do parto, o apoio do parceiro e a confiança nos profissionais. O medo de intercorrências, necessidade de estrutura médico hospitalar, opiniões de familiares e pessoas do convívio

desmotivaram a escolha.

### **Categoria 3 - Percepções, desejos, anseios e sentimentos: como foi gestar na pandemia**

Esta categoria evidencia o conjunto de sentimentos que permearam a experiência de estar gestante no contexto da pandemia covid-19. A gestação, por si só, se configura como um período de vulnerabilidade, no qual diversas modificações biológicas, psíquicas e sociais ocorrem simultaneamente. As participantes relataram ansiedade, preocupação e medo, sendo este último o sentimento predominante. A origem desses sentimentos foi intrínseca à própria gravidez e parto, bem como à pandemia.

Dentre os medos inerentes ao parto, emergiram o da dor e do desconhecido, do corpo não retornar ao que era antes, de sofrer violência obstétrica, de não conseguir o parto normal. Também expressaram o medo de não poderem dar à luz no CPNp, da necessidade de transferência para o hospital.

“Eu já tinha um certo medo porque nunca tinha passado por isso antes. Eu vi vários relatos, várias experiências e dava um friozinho na barriga” (Gardênia); “Eu tinha muito medo de acontecer alguma coisa e por algum motivo não poder ir pra Casa Angela” (Hortênsia); “O que eu mais tinha medo era passar por uma cesárea desnecessária porque eu ouvia relatos de cesárea, sempre cesárea” (Azaleia).

Esses sentimentos também se relacionaram com a possível falta de apoio no puerpério e a privação de convívio social na gravidez.

“Com toda a questão da pandemia, a minha maior preocupação era ter que ficar sozinha” (Áster); “Não poder contar com uma doula, não poder ter mais apoio emocional, não poder ninguém me visitar, ninguém ver a bebê, foi algo que tipo, mexeu um pouco” (Dália).

Dois estudos nacionais buscaram compreender os sentimentos em gestar na pandemia. Souto, Albuquerque e Prata (2020) identificaram que a pandemia acentuou o nível de medo nas gestantes, em especial relacionado ao parto, destacando a importância de uma assistência centrada na mulher e família para garantir uma experiência segura e positiva. Silva, Russo e Nucci (2021) concluíram que questões psicológicas desencadeadas na mãe devido ao novo contexto tendem a aumentar os níveis de ansiedade, estresse e depressão pós-parto, além de interferirem no desenvolvimento saudável da relação entre mãe e bebê.

A assistência e cuidado prestados na Casa Angela parecem ter sido um elemento de segurança num cenário de múltiplas fragilidades que as mulheres enfrentavam, sejam eles inerentes à gestação ou à pandemia.

### **Categoria 4 - Experiência de parto: o que ficou registrado?**

Esta categoria evidencia como as mulheres se sentiram durante a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério. A satisfação em dar à luz na casa de parto foi unânime.

Elas referiram bem-estar, terem experienciado um parto tranquilo, o desejo em reviver o momento e uma experiência positiva e transformadora. Essas mulheres se sentiram marcadas pelo vínculo com a equipe, além do conforto físico, emocional e incentivo recebido das profissionais.

“Foi a melhor experiência da minha vida, no melhor lugar que poderia ter sido” (Tulipa); “Acho que se eu tivesse outro filho, se eu tivesse tudo certinho pra ganhar lá, iria ser lá de novo!” (Áster); “O que mais me tocou lá é foi o cuidado que as meninas tiveram comigo, com meu esposo, com a bebê (...) Então, isso eu vou levar pro resto da minha vida. Inclusive se eu tiver outra, outra gestação, com certeza será na Casa Angela” (Gérbera).

As participantes também valorizaram a presença do acompanhante, a privacidade que puderam manter com ele e a satisfação dele se sentir parte do processo de parto. Relataram também o quanto a experiência positiva no parto impactou num puerpério mais tranquilo.

“Pra ele também foi muito marcante, assim, ele se sentiu muito feliz de ter passado essa experiência também (...) A gente está se adaptando, mas essa experiência lá fez com que as coisas fossem muito mais leves, pra mim e pro meu companheiro” (Rosa); “Meu companheiro também me acompanhou em todas as consultas assim, principalmente na Casa, e estava comigo em todo o momento no processo de parto assim, então isso foi muito importante” (Camélia); “Ficamos a maior parte do tempo, não sozinhos, né, vinha as parteiras o tempo todo fazer a ausculta da bebê e tudo mais. Mas assim, a gente teve muito espaço pra intimidade, sabe (...) minha filha nasceu nas mãos do pai!” (Hortênsia).

Esses resultados estão de acordo com os encontrados na literatura. Em diversas pesquisas, o que demonstrou interferir na experiência da mulher no parto foi: respeito, gentileza e confiança nos profissionais; ambiente privativo, seguro e calmo; assistência ao parto por enfermeiras; apoio durante o trabalho de parto e parto; menos intervenções; preparação para o parto; dar à luz um bebê saudável e ter contato com ele precocemente (FREIRE et al., 2017; SILVA et al., 2017; DOWNE et al., 2018; TAHERI et al., 2018; TAGAHBDEHI et al., 2020).

Entretanto, uma das participantes do presente estudo necessitou de transferência pós-parto para o hospital. Ela não demonstrou qualquer insatisfação com o atendimento no CPNp, porém, emergiu em sua fala o descontentamento com o contraste da assistência recebida no ambiente hospitalar.

“Eu estava feliz da vida, meu bebê tinha nascido, eu estava bem, eu tive que ir pro hospital porque a placenta não saiu daí eu cheguei numa sala de cirurgia, com aquelas luzes brancas, com um monte de residente no celular, as pessoas já me chamando de ‘a louca da Casa Angela’, ‘a menina da Casa Angela’, as pessoas se referiam a mim assim. E eu assim, saí do ambiente onde meu filho nasceu, a meia luz, tranquilo e fui pra um lugar com enfermeira dançando, sabe?” (Margarida).

De acordo com o relato, essa puérpera experienciou, após a transferência, o oposto ao que é evidenciado na literatura como uma experiência positiva. Percebe-se que ela sofreu tratamento desrespeitoso num momento de grande vulnerabilidade e, mesmo tendo ocorrido no pós-parto, é possível inferir que se enquadra na definição de violência obstétrica. Segundo a OMS (2014), violência obstétrica refere-se à “apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida”.

A violência obstétrica atinge cerca de 25% das mulheres brasileiras em situação de abortamento, gravidez, parto e pós-parto (VENTURI; GODINHO, 2013), apesar de nem sempre elas conseguem identificar que a vivenciaram (LANSKY et al., 2019). É importante salientar que, assim como qualquer outra violência de gênero, ela tem graves repercussões na saúde mental. Um estudo longitudinal realizado no Canadá concluiu que mulheres transferidas de um CPN normal para o serviço terciário parecem ter uma experiência que pode colocá-las em maior risco de sofrimento psíquico pós-parto (MACKINNON et al., 2017). A violência obstétrica deve ser pauta de saúde pública a ser solucionada com prioridade e combatida nas instituições de assistência e de ensino em saúde.

### **Categoria 5 - As conclusões das mulheres atendidas em CPNp**

Esta última categoria evidência o quanto a experiência em dar à luz no modelo casa de parto foi positiva, como repercutiu em suas vidas e o que esperam para o próprio futuro, para o futuro da sociedade e dos profissionais. As falas demonstram agradecimento pelo cuidado e carinho pela equipe.

As participantes relataram ter tido a oportunidade de se prepararem e se sentirem mais seguras durante o processo, de aprender como cuidar melhor do bebê, a influência positiva da experiência no pós-parto e o desejo em procurarem o serviço novamente, caso tenham uma nova gestação.

“Foi a melhor escolha que eu tive e se eu tivesse outro filho com certeza eu gostaria de ter lá novamente” (Violeta); “Gostaria de agradecer novamente à Casa Angela por existir, por dar essa oportunidade, principalmente pras mulheres de baixa renda que não têm a opção de ter um atendimento particular, de ter um parto humanizado, e que acabam sofrendo muitas violências, né, em hospitais, muitos descasos de profissionais” (Gardênia); “Com certeza, com certeza, hoje eu vejo a paciência, os cuidados que eu tenho com meu filho diferente do que eu tive com a minha filha” (Begônia); “O que vocês fazem, você como estudante que vai fazer pelas mulheres, é o que toda mulher deveria ter na hora de parir, sabe? Um espaço acolhedor, baseado em evidências e respeitoso” (Bromélia).

As participantes destacaram ainda o conhecimento que adquiriram acerca do

modelo CPNp, referindo a importância da liberdade de escolha das mulheres pelo local de parto, a necessidade de mais casas de parto e maior divulgação e acesso a esse serviço, por se tratar de um local seguro para gestações fisiológicas e que promove acolhimento e protagonismo. Também citaram como esse modelo fortalece o SUS.

“Eu acho que a casa de parto é o lugar que abraça a mãe, a criança, a família também da gestante, e é o melhor lugar pra gente receber né, esse serzinho que tá chegando” (Calêndula); “Eu gostaria só de dizer que eu acho que deveria ter muitas outras casas de parto em São Paulo, no Brasil inteiro” (Rosa); “A gente sabe que nós somos livres para escolher o que que a gente quer decidir da nossa vida, mas a gente tem que apresentar esse modelo pra ela. ‘Olha, existe esse modelo de casa de parto’, ‘seu parto vai ser totalmente sem interferência’, e ‘sabe, pesquisa, vem aqui conhecer’, ‘tem essas informações’, eu acho que isso faz muita diferença (...) Conhecendo e sabendo que tem, que é pelo SUS, acho que a gente tem que incentivar” (Azaleia); “A casa de parto te dá um protagonismo muito grande sobre o seu corpo, sobre esse momento” (Camélia).

Por fim, manifestaram o desejo pela mudança de paradigma nos cuidados obstétricos convencionais, esperando que os profissionais ofereçam cuidado respeitoso, baseado em evidências, e apoiem a autonomia das mulheres.

“Eu gostaria que tivesse mais casas de parto e que se falasse mais sobre esse modelo de assistência focada de fato na mulher, é, e não numa produção, é, rápida e padronizada, sabe?” (Bromélia); “Muitas e muitas mulheres passam por partos inclusive normais, mas traumáticos, e eu acho que a gente tem que ir acabando com isso cada dia mais” (Azaleia); “Eu acho que toda mulher ela deveria ter o direito de parir com respeito. E isso só se dá por possível a partir de informação, né, e que sempre nos é negada o tempo todo” (Camélia).

Os achados desse estudo corroboram com o encontrado na literatura. Uma revisão sistemática concluiu que gestantes saudáveis atendidas em modelos de assistência liderados por obstetrias e enfermeiras obstétricas, de forma contínua – ou seja, com a mesma equipe de profissionais que acompanha a gestação acompanhando também o parto e o puerpério, como na Casa Angela – apresentam alta satisfação com a experiência de parto, além de menor necessidade de analgesia e maior chance de partos fisiológicos (SANDALL et al., 2016). Na literatura nacional, a satisfação de mulheres atendidas em casa de parto, graças ao acompanhamento contínuo, ao relacionamento estabelecido com as profissionais e às orientações fornecidas foi documentada por Jamas, Hoga e Reberte (2013). Gonçalves et al. (2021) também identificaram que as mulheres assistidas em CPNp o consideraram um local de práticas diferenciadas de cuidado, com ambiente familiar, privativo, seguro, aconchegante e com suporte contínuo, que respeita suas singularidades.

Junto aos resultados quantitativos disponíveis na literatura, o resultados deste estudo reforçam que os CPNp, além de se configurarem como um local seguro e com desfechos favoráveis para mulheres e bebês saudáveis – relevantes indicadores de saúde materno-infantil – também se destacam pela excelência do cuidado e compromisso com as

políticas de humanização, impactando positivamente na experiência de mulheres e famílias com a gravidez, parto e puerpério, abrindo a possibilidade de avaliação de indicadores sociais relacionados à assistência à saúde.

O contexto da pandemia se mostrou como favorecedor no acesso da população a esse modelo de cuidado, à medida em que emergiu como um local sem pacientes com covid-19 e com mais divulgação, até mesmo pelas mídias sociais. Porém, o acesso ainda é desafiador e requer muito empenho da população. Portanto, diante dos resultados positivos e conforme os relatos das mulheres participantes desse estudo, é imprescindível que haja maior compromisso público com a regulamentação de centros de parto no Brasil, com expansão regional dos CPNp garantindo o princípio da universalidade do SUS.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou o sentimento de medo por estar gestante na pandemia de covid-19 e a falta de conhecimento das mulheres sobre o modelo casa de parto. Apesar do receio em se expor ao coronavírus, essa não foi a principal razão pela escolha do CPNp. Ela fez parte de um conjunto de critérios que a casa de parto atendeu, como acolhimento, informações fornecidas, segurança de um parto sem intervenções desnecessárias, vínculo e confiança na equipe. As mulheres experienciaram positivamente o cuidado recebido no CPNp ao longo da gravidez e parto, reconhecendo a importância da difusão do modelo biopsicossocial de assistência obstétrica e a garantia de acesso ao serviço pelo SUS.

## AGRADECIMENTO

À Universidade de São Paulo, pela bolsa de iniciação científica do Programa Unificado de Bolsas de Estudos para Estudantes de Graduação-PUB.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 288 p.

BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v.7, n.7, July 2017.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 67, p.1, 8 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M**. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Brasília, abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, S. E.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, jun. 2007

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 48, n. suppl 1, p. S5-S23. Nov. 2001.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, p. S140-S153, ago. 2014.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, jul./sep. 2016.

DOWNE, S. *et al.* What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. **PLoS One**, San Francisco, v. 13, n. 4, p. 1-17, Apr. 2018.

FRANCISCO, R. P.V; LACERDA, L.; RODRIGUES, A.S. Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services: editorial. **Clinics**. v. 76, p. e3120, 2021.

FREIRE, H. S. S. *et al.* Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2357-2367, jun. 2017.

ICM - International Confederation of Midwives. **Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic**. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement\\_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf). Acesso em: 25 mai. 2020.

GONÇALVES, D. L. V. *et al.* Trajetória de mulheres assistidas em centro de parto normal e sua relação com escolhas terapêuticas. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 11, e4139, 2021.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, dez. 2013.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019.

LOBO, S. F. *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 812-318, set. 2010



MACKINNON, A. L. *et al.* Birth setting, labour experience, and postpartum psychological distress. **Midwifery**, Edinburgh, v. 50, p. 110-116, July 2017.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Rev. Lusófona de Educação**, [s. l.] v. 40, n. 40, p. 139-153, 2018.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1-11, 2018.

MUROS, T. M. *et al.* A influência da família na escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 7, p. e33510716665, jun. 2021.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 243-251, fev. 2018.

NUNES, V. D. *et al.* Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. **BMJ**, v.3, n. 349, p. g6886, Dec. 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. 4. p.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, v. 4, n. 4, p. 1-91, Apr. 2016.

SILVA, A. L. A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-14, dez. 2017.

SILVA, F. L.; RUSSO, J.; NUCCI, M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 245-265, abr. 2021.

SOARES, Y. K. C. *et al.* Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. S11, p. 4598-606, nov. 2017.

SOUTO S. P. A., ALBUQUERQUE R. S., PRATA, A. P. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. supl. 2, p. 1-7, nov. 2020.

TABAGHDEHI, M. H. *et al.* Positive childbirth experience: a qualitative study. **Nurs. Open**, Maryland, v. 7, n. 4, p. 1233-1238, Apr. 2020.

TAHERI, M. *et al.* Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. **Reprod. Health**, London, v. 15, n. 1, p. 73, May 2018.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. 504 p.

VOLPATO, F. *et al.* Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n.4, e20200404, jun. 2021.

ZAIGHAM, M.; ANDERSSON, O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 99, n. 7, p. 823-829, July 2020.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM ICTERICIA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 20/01/2022

### Josei Karly Santos Costa Motta

Cento Universitário Estácio  
Belo Horizonte – MG  
<http://lattes.cnpq.br/1327459388276087>

### Nayama Sant'Anna Belbuche

Cento Universitário Estácio  
Belo Horizonte – MG  
<http://lattes.cnpq.br/8938473330781206>

**RESUMO:** O presente trabalho aborda o tema Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia. **OBJETIVO:** Demonstrar as principais ações de assistência em enfermagem na icterícia neonatal e destacar o papel fundamental da equipe de enfermagem no enfrentamento desse quadro clínico. A icterícia constitui-se uma das afecções mais recorrentes no período neonatal. É observado como acúmulo de bilirrubina na esclera e na pele do recém-nascido (RN) acarretando numa coloração amarelada na pele do paciente. É ocasionada por hiperbilirrubinemia, acúmulo de bilirrubina no sangue. No entanto, dependendo da evolução do quadro do RN e dos níveis séricos de bilirrubina indireta, o paciente pode evoluir para a encefalopatia bilirrubínica, um processo patológico. Uma vez que a encefalopatia birirrubínica se instala, pode gerar consequências irremediáveis para o desenvolvimento do RN. A medida mais eficaz contra essa patologia é a

prevenção. A equipe de enfermagem deve prestar uma assistência integral com ênfase em ações preventivas, sem que haja prejuízo nas práticas terapêuticas. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados BENF, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo. **RESULTADOS:** Identificou-se os principais eixos terapêuticos para a assistência em enfermagem no que tange a icterícia neonatal, evidenciando a assistência em enfermagem e seu cuidado como fator fundamental para o tratamento dessa doença. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Compreendeu-se a importância da assistência de enfermagem ao recém-nascido, acometido pela icterícia, tanto na prevenção, tratamento e na reabilitação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Icterícia neonatal; bilirrubina; kernicterus.

### NURSING ASSISTANCE FOR THE NEWBORN WITH JAUNDICE

**ABSTRACT:** The present research approaches the theme of Nursing care for newborns with jaundice. **OBJECTIVE:** To demonstrate the main nursing care actions in neonatal jaundice and highlight the fundamental role of the nursing team in coping with this clinical condition. Jaundice is one of the most recurrent conditions in the neonatal period. It is observed as an accumulation of bilirubin in the sclera and in the skin of the newborn (NB) resulting in a yellowish color in the patient's skin. It is caused by hyperbilirubinemia, accumulation of bilirubin on blood, which is defined by levels of indirect bilirubin (BI) greater than 1.3 to 1.5mg/dL or direct

bilirubin (BD) greater than 1.5mg/dL since this represents more than 10% of the total bilirubin (BT) value. However, depending on the evolution of the NB and the levels of indirect bilirubin, the patient can progress to bilirubin encephalopathy, a pathological process. Once bilirubin encephalopathy sets in, irremediable consequences for the development of the newborn might happen. The most effective procedure against this pathology is prevention. The nursing team must provide integral care with an emphasis on preventive actions, without prejudice to therapeutic practices. **MATERIALS AND METHODS:** A bibliographic research was carried out using the BENF, LILACS, Virtual Health Library (BVS) and Scielo databases. **RESULTS:** The main therapeutic axes for nursing care in relation to neonatal with jaundice were identified, highlighting nursing care and its support as a fundamental factor for the treatment of this disease. **FINAL CONSIDERATIONS:** It was understood the importance of preventive nursing care throughout the assistance to the newborn with jaundice, both in prevention, treatment and rehabilitation.

**KEYWORDS:** Neonatal jaundice; bilirubin; kernicterus.

## 1 | INTRODUÇÃO

A icterícia constitui-se uma das afecções mais recorrentes no período neonatal. É observado como acúmulo de bilirrubina na esclera e na pele do recém-nascido acarretando numa coloração amarelada na pele do paciente. É ocasionada por hiperbilirrubinemia, acúmulo de bilirrubina no sangue, que é definida por níveis séricos de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) superior a 1,5mg/dL desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT) (BRASIL, 2011).

A icterícia pode se desenvolver de forma fisiológica e patológica. A icterícia fisiológica é um sinal clínico comum observado em recém-nascidos (RN), principalmente recém-nascido pré-termo, ou seja, bebês provenientes de uma gravidez com duração menor que trinta e sete semanas. A icterícia fisiológica reflete as limitações do recém-nascido em metabolizar, transportar e eliminar a bilirrubina. É transitória e benigna, ocorre, em geral, cerca de 48 a 72 horas após o nascimento, pode ser explicada a partir de fatores como imaturidade hepática, sobrecarga hepática, conjugação, transporte e excreção de bilirrubina insuficiente, entre outros (ARAÚJO; REIS, 2012).

A icterícia também pode apresentar-se de forma patológica, uma condição que pode tornar-se grave e gerar inúmeros malefícios para o recém-nascido. O maior sinal de para icterícia patológica é quando ocorre de forma precoce, ou seja, quando o RN apresenta icterícia nas primeiras 24 horas de vida, podendo estar acompanhado de letargia, sucção débil e instabilidade térmica. O tratamento mais usual e eficiente é a fototerapia que, na maioria dos casos, consegue reverter o quadro (ARAÚJO; REIS, 2012).

No entanto, dependendo da evolução do quadro do RN e dos níveis séricos de bilirrubina indireta, o paciente pode evoluir para a encefalopatia bilirrubínica. A hiperbilirrubinemia indireta pode desencadear um processo patológico, pois, por vezes, alcança concentrações altas de bilirrubinas que são lesivas ao tecido cerebral, instalando-se

o quadro de encefalopatia bilirrubínica. Quando há consequências permanentes para o RN, utiliza-se o termo *kernicterus* que é designado à forma crônica. O *kernicterus*, geralmente, aos 2 a 3 meses de vida, gera sinais sugestivos de paralisia cerebral (BRASIL, 2011).

A doença hemolítica neonatal ocorre quando há destruição precoce das hemácias do RN. Essa doença se dá pela incompatibilidade de Rh ou ABO do RN com a mãe, ou seja, quando a mãe tem o fator Rh negativo e tem uma segunda gestação na qual o bebê tem fator Rh positivo ou um tipo sanguíneo diferente do RN, uma vez que a mãe não é sensibilizada, os anticorpos maternos atacam e destroem as hemácias fetais, gerando hemólise no RN. Essa condição pode levar o RN à encefalopatia bilirrubínica por incompatibilidade de Rh (ARAÚJO; REIS, 2012).

A equipe de enfermagem deve prestar uma assistência integral com ênfase em ações preventivas, sem que haja prejuízo nas práticas terapêuticas. Entretanto, para uma assistência de qualidade, todos que prestam cuidados para o paciente acometido com essa patologia, deve conhecer todos os sinais e sintomas preditivos, assim como a forma de diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem. Dessa forma, o cuidado se torna uma ferramenta fundamental na conduta preventiva terapêutica.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo explicativo, com abordagem qualitativa dos dados, realizado a partir de uma revisão bibliográfica do tema.

Para construir essa pesquisa, utilizou como fonte as bases de dados da BENF, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, protocolos em saúde das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde, além do livro *Enfermagem Na Prática Materno-neonatal*, onde tornou-se possível a coleta de materiais pertinentes ao tema, utilizando as seguintes palavras-chave: Icterícia neonatal, bilirrubina, kernicterus. Para a análise dos dados foram selecionados 13 obras científicas, sendo 6 artigos, 1 livro, 4 protocolos do Ministério da Saúde, 1 manual da Secretaria de Saúde de São Paulo e 1 protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Os critérios de inclusão utilizados para escolha dos artigos científicos foram: estudos que atendessem ao tema, em português e inglês, com disponibilidade completa em suporte eletrônico e com ano de publicação a partir de 2000. Foram excluídos da análise de dados todos os artigos de relato ou estudo de caso.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A icterícia é definida pela expressão clínica da hiperbilirrubinemia em concentrações com potencial de toxicidade. A bilirrubina em altos níveis séricos podem gerar danos ao cérebro, culminando em um quadro de encefalopatia bilirrubínica que é caracterizada por manifestações neurológicas e potencialmente irreversíveis. O termo *kernicterus* se refere à forma crônica e permanente da doença (BRASIL, 2011).

A icterícia é evidenciada pela coloração amarelada da pele do RN causada pela impregnação de bilirrubina. Ocorre secundariamente a níveis de bilirrubina indireta (BI) ou bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/dL, desde que essa represente mais que 10% de bilirrubina total (BT). Esse sinal é clinicamente visível quando os níveis séricos de bilirrubina estão entre 4 a 5mg/dL (SÃO PAULO, 2015).

A hiperbilirrubinemia indireta pode desencadear um processo patológico, pois, por vezes, alcança concentrações altas de bilirrubinas que são lesivas ao tecido cerebral, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica. Quando há consequências permanentes para o RN, utiliza-se o termo *kernicterus* que é designado à forma crônica (BRASIL, 2011).

Kernicterus é uma afecção resultante do acúmulo da deposição de bilirrubina indireta, não conjugada, às células dos gânglios da base e núcleos do tronco cerebral, gerando neurotoxicidade e culminando em lesão cerebral, o termo refere-se às sequelas clínicas permanentes da toxicidade bilirrubínica. O termo encefalopatia bilirrubínica refere-se às manifestações decorrentes da toxicidade da bilirrubina (BRASIL, 2011).

### 3.1 Icterícia fisiológica

A icterícia fisiológica reflete as limitações do recém-nascido em metabolizar, transportar e eliminar a bilirrubina. É transitória e benigna, ocorre, em geral, cerca de 48 a 72 horas após o nascimento. Pode ser explicada a partir de fatores como imaturidade hepática, sobrecarga hepática, conjugação, transporte e excreção de bilirrubina insuficiente, entre outros (ARAÚJO; REIS, 2012).

No entanto, quando os níveis séricos de bilirrubina estão acima de 4mg/dL - 5mg/dL, a icterícia se torna visível clinicamente. O momento em que esse sinal aparece e a intensidade com que surge com fatores, devem ser observados para reconhecimento da gravidade do caso (BRASIL, 2012).

### 3.2 Icterícia patológica

A icterícia também pode se comportar de forma patológica, geralmente, quando ela se apresenta nas primeiras 24 horas de vida. A sobrecarga de bilirrubina no hepatócito e a incapacidade de conjugação da bilirrubina relacionada com a imaturidade hepática faz com que o RN atinja níveis séricos de bilirrubina maiores de 12mg/dL nas primeiras 24 horas desde o seu nascimento (ENDES; PORTELA; PEREIRA, 2012).

A icterícia patológica expressa diversas etiologias. A sobrecarga de bilirrubina ao hepatócito, que evidencia a hiperbilirrubinemia, pode ser gerada por doenças hemolíticas (incompatibilidade Rh e ABO, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, esferocitose, e infecções bacterianas ou virais), coleções sanguíneas extravasculares (hemorragia intracraniana, pulmonar ou gastrointestinal, cefalohematoma ou equimose), policitemia (prematuridade, RN PIG, RN de mãe diabética, transfusão feto-fetal) e circulação êntero-hepática aumentada de bilirrubina (estenose hipertrófica de piloro) (ENDES; PORTELA;

PEREIRA, 2012).

Na hiperbilirrubinemia direta, a colestase neonatal (hepatite neonatal, atresia biliar, infecções congênitas (STORCH) e erros inatos do metabolismo) é a principal causa para o aumento dos níveis sérios de bilirrubinemia indireta (ENDES; PORTELA; PEREIRA, 2012).

A icterícia, ainda, pode estar ligada à amamentação. Quando há baixo aporte de leite materno exclusivo, o que causará um aumento da circulação entero-hepática de bilirrubina, podendo acarretar um nível sérico de hiperbilirrubinemia maior que 12 mg/dL. Essa forma de desenvolvimento da icterícia atinge 13% dos RN em aleitamento materno exclusivo. Também há a icterícia por leite humano, que ocorre por uma provável interferência de fatores presentes no leite materno com o processo de conjugação de bilirrubina, ocorrendo em até 4% dos RN, nesse caso, a intervenção médica pode se tornar necessária, uma vez que, em casos dessa etiologia, os níveis de hiperbilirrubinemia podem alcançar 20mg/dL por volta da 14<sup>a</sup> semana de vida (ENDES; PORTEL; PEREIRA, 2012).

### **3.3 Influência do aleitamento materno no desenvolvimento da icterícia**

O aleitamento materno é definido pela oferta de leite materno à criança, ordenhado ou direto da mama, independente de receber outros tipos de alimentos. Quando há oferta somente de leite materno ordenhado, direto da mama ou leite humano de outra fonte, sem adição de outros líquidos ou alimentos sólidos, sendo a exceção o uso oral de vitaminas, suplementos ou medicamentos, chamamos de aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2009).

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa, é incidência de RNs pré-termo, entre 35 e 36 semanas, independente do peso ao nascer, uma vez que esses bebês detêm dificuldade de sucção e deglutição para a manutenção adequada da oferta de leite materno e também apresentam certa incapacidade para conjugação hepática da bilirrubina (BRASIL, 2011).

Outro fator de risco associado para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia na primeira semana de vida, é quando o aleitamento materno ocorre de forma incorreta. A pega incorreta, posicionamento inadequado, frênulo de língua, dificuldade para sucção e deglutição e pouca oferta láctea, podem culminar em perda de peso maior que o esperado e desidratação, o que pode propiciar um aumento da circulação entero-hepática da bilirrubina, gerando uma sobrecarga de bilirrubina no hepatócito (BRASIL, 2011).

### **3.4 Investigação e diagnóstico da icterícia**

A investigação da icterícia deve ser realizada mediante avaliação clínica a dosagem de bilirrubina no âmbito laboratorial. O RN acometido pela icterícia ao nível abaixo da linha do umbigo, deve realizar a dosagem de bilirrubina sérica ou transcutânea. A avaliação clínica pode ser influenciada pela experiência do profissional avaliador, uma vez que fatores como luminosidade e pigmentação da pele do RN, podem influenciar diretamente

no diagnóstico clínico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A icterícia evolui no sentido craniocaudal, e, para acompanhar e avaliar o desenvolvimento da icterícia clinicamente, utiliza-se a inspeção da pele que permite classificar a icterícia nas zonas de Kramer, ou zonas dérmicas. Esse método auxilia na estimativa dos níveis séricos de bilirrubina, classificando o grau de icterícia mediante a realização do exame físico. Também, é utilizada para descrever a intensidade do sinal de icterícia e sua distribuição nos diversos segmentos do corpo (BRASIL 2012).

A zona um corresponde à cabeça e pescoço e níveis séricos de bilirrubina aproximada de 6 mg/dL. A zona dois corresponde à zona um mais o tronco até o umbigo e reflete níveis séricos bilirrubina aproximada de 9 mg/dL. A zona três corresponde a zona um e dois mais a região hipogástrica até as coxas, reflete níveis séricos de bilirrubina aproximada de 12 mg/dL. A zona quatro corresponde as zonas um, dois e três mais braços, antebraços e pernas e refere níveis séricos de bilirrubina aproximada de 15 mg/dL. A zona cinco compreende a extensão de icterícia até as mãos e os pés e pode acontecer com valores séricos de bilirrubina aproximada de 18 mg/dL (BRASIL 2012).

A presença de icterícia precoce, antes de 36 horas de vida, ou índices de bilirrubina total maiores ou iguais à 12mg/Dl, é caracterizado como um sinal de alerta para a investigação de processos patológicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O diagnóstico da hiperbilirrubinemia deve-se ao exame físico, onde a icterícia pode ser visualizada através da digito-pressão do RN, porém não há uma relação totalmente fidedigna entre os níveis séricos de bilirrubina e sua impressão visual, ainda sendo necessária a realização de exames laboratoriais, e a mensuração da bilirrubina transcutânea, onde se utiliza o bilirrubinômetro para a estimação, de forma não invasiva dos níveis séricos de bilirrubina, e deve-se à mensuração sérica de bilirrubina, que confirma os níveis de bilirrubina que podem ou não ser evidenciados através da mensuração da bilirrubina transcutânea e detecção visual (ENDES, PORTELA;PEREIRA, 2012).

### **3.5 Medidas terapêuticas**

As condutas terapêuticas mais utilizadas para o tratamento da hiperbilirrubinemia indireta compreendem a fototerapia e exsangüineotransusão e, em alguns quadros clínicos, a imunoglobulina standart endovenosa (BRASIL,2011).

A fototerapia é o tratamento de primeira escolha, uma vez que é segura, não invasiva e eficaz, desde de que bem implementada. Sua eficácia está relacionada com a superfície corporal exposta, causa da icterícia, concentração sérica de bilirrubina, tipo de luz emitida, dose de radiância e a distância entre a fonte luminosa e o recém-nascido (ARAÚJO; REIS, 2012).

Essa terapêutica compreende na modificação estrutural da bilirrubina, por meio da transformação fotoquímica, a partir da fotoisomerização e foto-oxidação da molécula de bilirrubina, transformando dessa forma, a bilirrubina indireta (lipossolúvel) em bilirrubina



direta que é hidrossolúvel, tornando o transporte e a excreção desse composto mais fácil (ARAÚJO; REIS, 2012).

Quando o quadro atinge um nível de gravidade crítico, onde há um risco maior para neurotoxicidade, a exsanguineotransfusão pode ser realizada, esse método terapêutico é reservado para situações mais graves pois é invasivo, esse procedimento é capaz de remover até 40% da bilirrubina pré-existente (ENDES; PORTELA; PEREIRA, 2012).

A exsanguineotransfusão deve ser realizada apenas mediante indicações. As indicações são: Níveis de hemoglobina entre 11 e 13 g/dl e aumento > 0,5 mg/dl/hora nos níveis de bilirrubina sérica em um período de 4 - 8 horas, embora uso da fototerapia, quando o índice de bilirrubina alcançam níveis tóxicos para o SNC, apesar do uso de fototerapia, para corrigir anemia severa em RN acometidos com hidropsia fetal, progressão da anemia, mesmo com uso de fototerapia e para interrupção da hemólise e a produção de bilirrubina (BRASIL, 2012).

### 3.6 Humanização no cuidado ao recém-nascido

O processo de nascimento é um dos momentos mais nobres e importante na vida de um ser humano. A concepção e a formação de um novo ser é um desafio importante na espécie humana. Portanto, para que haja assistência em saúde de qualidade, nessa ocasião é preciso ter o conhecimento teórico-científico necessário, estar atento as demandas do paciente, conhecer as particularidades de cada caso, respeitar a singularidade de cada paciente e saber quando e como intervir no processo, se necessário for (BRASIL, 2017).

Durante toda a gestação, há a criação de uma perspectiva e de uma expectativa sobre o nascimento e sobre a adaptação do bebê à vida extrauterina. Quando, por alguma razão, essa expectativa não é suprida, os profissionais devem estar preparados para lidar com a frustração dessa família. Desse modo, fazer com que esses indivíduos se sintam acolhidos é uma tarefa desafiadora para os profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Ao iniciar o estudo, tinha-se a ideia de que a qualidade da assistência de enfermagem e à adesão à práticas atualizadas estariam diretamente relacionadas ao desfechos benéficos em saúde no que tange o recém-nascido acometido por icterícia. Também acreditava-se que os enfermeiros presentes em setores que prestam cuidados aos recém-nascidos, atuariam como educadores principalmente no que se refere às instruções dadas aos familiares alusivas ao quadro clínico da criança, uma vez que a inserção dos pais na terapêutica da criança aumentaria o vínculo afetivo entre as partes.

A atuação do enfermeiro, nos casos de icterícia, se torna fundamental pois a principal linha terapêutica para a moléstia é o cuidado. Ao concluir a análise de dados e após a leitura sistemática, integral e criteriosa de todos os materiais científicos selecionados e a comparação dos mesmos tornou-se possível a descrição da assistência do enfermeiro ao recém-nascido com icterícia, identificando, dessa forma, os seguintes resultados:

Quando o quadro clínico da icterícia se instala de maneira patológica, torna-se

necessária a intervenção terapêutica para que o RN acometido não seja lesado pelos malefícios que essa condição pode causar. A enfermagem possui papel fundamental durante toda a assistência desse RN que expressa icterícia (ARAÚJO; REIS, 2012).

### 3.7 Cuidados de enfermagem

O enfermeiro está presente em todos os contextos de cuidado no que se refere à assistência neonatal ao RN acometido por icterícia. Desde o processo de investigação, durante o tratamento, até a alta hospitalar dessa criança. O enfermeiro deve desenvolver um olhar holístico durante todo o processo de internação do bebê, oferecendo um cuidado acolhedor e humanizado não só para o RN, mas também para toda a família da criança envolvida no processo terapêutico, devendo utilizar de meios e instrumentos para que essa família se envolva em todas as etapas no processo do cuidado (CARLOS; GERMANO, 2011) Os pais do recém-nascido que apresenta grau de icterícia mandatório para internação devem receber informações e atualizações constantes sobre o estado de saúde de seu filho. Nesse sentido, o enfermeiro deve atuar como educador para essa família levando as informações para os familiares, instruindo-os sobre os cuidados e ensinando-os a praticá-los quando for possível (CARLOS; GERMANO, 2011).

Durante a investigação do quadro clínico, o enfermeiro deve pautar seus cuidados e focá-los na assistência diagnóstica. A realização do exame físico pelo enfermeiro é de suma importância, uma vez que a icterícia tem como sua principal característica a coloração amarela da pele e mucosa, auxiliando, nessa forma, no diagnóstico. Nesse sentido, o profissional deve classificar a icterícia de acordo com as zonas de Kramer, essa avaliação deve ser constante afim de acompanhar o desenvolvimento da patologia. Ainda no exame físico, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas que a criança pode apresentar, sendo eles: sucção débil, letargia, hipotonia, febre, opistótono, espasticidade e sintomas sugestivos de paralisia cerebral, pois esses sintomas podem evidenciar um quadro de encefalopatia bilirrubínica e paralisia cerebral. A realização da coleta de exames laboratoriais e o encaminhamento para exames por imagem são cuidados que poderão ser realizados pelo enfermeiro e por toda equipe de enfermagem. (ARAÚJO; REIS, 2012).

Após a constatação do diagnóstico, a terapêutica deve ser iniciada. O tratamento de primeira escolha para icterícia é a fototerapia, uma vez que é seguro, não invasivo e efetivo. O enfermeiro atuará diretamente no cuidado ao RN em fototerapia, e a primeira linha de cuidado, nesse caso é a instrução aos pais. As recomendações para os pais consistem em deixar a maior superfície possível exposta à luz, realizar rodízio de posição, ou seja, mudança de decúbito para que a luz chegue em toda superfície corporal, não utilizar creme, pomadas ou óleos, pois o uso desses produtos podem gerar queimaduras e efeitos de bronzeamento e deve-se evitar o uso de fraldas para que a fototerapia seja mais eficaz (ARAÚJO; REIS, 2012).

A fototerapia, por se tratar de um tratamento com fonte luminosa e com irradiância,

torna obrigatória a utilização de proteção ocular durante todo o processo de fototerapia, uma vez que pode causar danos visuais para o RN, caso a proteção não seja usada, desse modo, toda a equipe em saúde deve instruir os pais a observarem, caso a criança retire a proteção durante a terapia. Contudo, mesmo durante a realização dessa terapêutica, o enfermeiro deve incentivar a amamentação e instruir a mãe ou familiar para retirar a proteção ocular no momento das mamadas (ARAÚJO; REIS, 2012).

O enfermeiro e a equipe de enfermagem são responsáveis pelos cuidados mais especializados ao recém-nascido. Os RNs inseridos nesse tratamento devem ser pesados diariamente e ter o controle de ingestas e perdas controlados por meio do balanço hídrico rigoroso. As lâmpadas utilizadas nessa terapia geram calor e por isso torna-se necessário aferir a temperatura corporal do recém-nascido a cada três horas, manter distância entre a lâmpada e o RN, quando uso de lâmpadas fluorescentes a distância deve ser de 40cm e quando lâmpadas halógenas são utilizados a distância deve ser de 50 cm. Por produzir irradiância, a enfermagem deve testar periodicamente o grau de irradiância de acordo com as horas de uso do equipamento e com o tipo de equipamento utilizado (ARAÚJO; REIS, 2012). Caso o quadro clínico da criança se agrave, e houver indicação, a exsanguíneotransfusão poderá ser indicada como medida terapêutica. O enfermeiro deverá, primeiramente, agir como educador e explicar como funcionará a terapia e sanar dúvidas dos familiares, caso existam. Para que a exsanguíneotransfusão ocorra, há a necessidade de coleta dos sangue para a realização dos seguintes exames: Do cordão umbilical: níveis de bilirrubina, hematócrito e hemoglobina. Do RN: tipagem sanguínea, Coombs direto, níveis de bilirrubina, hematócrito e hemoglobina. Da mãe: pesquisa de anticorpos eritrocitários (Coombs indireto), tipagem sanguínea, teste para outros anticorpos, se necessário, o enfermeiro poderá agir com a coleta do sangue para a realização do exame (BRASIL, 2011).

Durante o preparo para o procedimento, o enfermeiro, ou outro profissional da enfermagem, deverá puncionar um acesso venoso periférico no paciente para a realização de hidratação endovenosa durante o procedimento (BRASIL, 2011).

A exsanguíneotransfusão é um procedimento realizado pelo médico. O enfermeiro poderá atuar no auxílio ao profissional médico durante a terapia. Por se tratar de uma técnica invasiva, a enfermagem deverá monitorar o RN antes, durante e após o procedimento e também deverá deixar preparado todo o material necessário para ressuscitação, caso seja necessário (BRASIL, 2011).

Ao término do procedimento, o enfermeiro deverá verificar as funções vitais, glicemia, coletar o sangue do RN para dosagem de bilirrubina e os eletrólitos, se possível, retornar o bebê à fototerapia e instruir a equipe de enfermagem a monitorizar a glicemia nas horas seguintes ao término do procedimento e à atentar aos sinais de complicação ou à qualquer alteração que o RN poderá apresentar (BRASIL, 2011).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os resultados, compreendeu-se a importância da assistência de enfermagem em toda a assistência ao recém-nascido acometido pela icterícia, tanto na prevenção, quanto no tratamento e na reabilitação do recém-nascido. A icterícia é uma afecção recorrente no período neonatal, e a equipe multidisciplinar deve estar preparada para identificar precocemente os sinais de alarme para esse quadro clínico.

Entende-se que as medidas preventivas, sem consequências nas terapêuticas, são as melhores formas de enfrentamento da doença. Uma vez que a icterícia se desenvolve de maneira patológica, pode causar prejuízos imensuráveis na saúde do recém-nascido. Desta forma, a não instalação da doença deve ser o ponto focal durante toda a assistência a recém-nascido, para que não haja prejuízo à saúde do mesmo.

O enfermeiro está presente em todos os contextos de cuidado no que se refere à assistência neonatal ao RN acometido por icterícia. Desde o processo de investigação, durante o tratamento, até a alta hospitalar dessa criança. O enfermeiro deve desenvolver um olhar holístico durante todo o processo de internação do bebê, oferecendo um cuidado acolhedor e humanizado não só para o RN, mas também para toda a família da criança envolvida no processo terapêutico, devendo utilizar de meios e instrumentos para que essa família se envolva em todas as etapas no processo do cuidado.

O acolhimento do recém-nascido e de toda a família do mesmo deve ocorrer desde o nascimento. Quando o RN precisa ficar mais tempo internado, como no caso da icterícia patológica, esse acolhimento deve ser ainda mais eficaz. A enfermagem é a responsável pela fototerapia, dessa forma, toda a equipe deve incluir a mãe ou acompanhantes no tratamento, explicando como é feito, deixando que eles possam colaborar, fazendo com que os mesmo se sintam incluídos no cuidar do bebê.

A icterícia neonatal, encefalopatia bilirrubínica e o kernicterus podem assumir consequências devastadoras na vida do recém-nascido e daqueles que o rodeiam, porém é uma patologia prevenível e todos os profissionais devem atuar nas medidas de prevenção dessa patologia.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L; REIS, A. **Enfermagem Na Prática Materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método canguru**; v.3. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Icterícia. In: **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**; v.2 Intervenções comuns, icterícia e infecções. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 59-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. In: **Atenção à saúde do recém nascido: guia para os profissionais de saúde**; v.1 Cuidados Gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 173-174.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: **Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento materno e alimentação complementar**; Caderno de Atenção básica nº23. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARLOS, D. J. D; GERMANO, R. M. **Enfermagem: História e memórias da construção de uma profissão**. Revista Mineira de enfermagem. 2001. Disponível em < <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/v15n4a07.pdf> > Acesso em 05 abr 2021.

ENDRES, M; PORTELA, G; PEREIRA, M. **Icterícia Neonatal**. Porto Alegre: Acta Méd, 2012. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882381>> Acesso em 15 mar 2020.

GOMES, T; SANT ANNA, N; NETO, M; PORTO, F. **Fundamentos de cuidado na pesagem do recém-nascido**. Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental. Jan. 2019. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6473/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6473/pdf_1)>. Acesso em 31 mar 2021.

HENNY-HARRY, C; TROTMAN, H. **Epidemiology of neonatal jaundice at the University Hospital of the West Indies**. Jamaica: West Indian med, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-672847>> Acesso em 15 mar 2020.

LARA, S. H. O; GOULART. M. J. P; CARMO, T. M. D **Assistência ao recém- nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção**. Ciência et Praxis, 2010. Disponível em < <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2158> > Acesso 07 abr 2021.

MATELLI, A. **Síntese e metabolismo da bilirrubina e fisiopatologia da hiperbilirrubinemia associados à Síndrome de Gilbert: revisão de literatura**. Revista Médica de Minas Gerais, 2012. Disponível em < <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/104> > Acesso em 31 mar 2021.

OLIVEIRA, I. C. S; RODRIGUES, R. G. **Assistência ao recém-nascido: Perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia**. Texto Contexto Enferm, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4.pdf> > Acesso em 31 mar 2021.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Neonatologia**. São Paulo; Secretaria do Estado em saúde, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Neonatologia. **Icterícia no recém-nascido com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas**. São Paulo: SBP, 2012.

TAVARES, E. C. **Abordagem Prática da icterícia neonatal em recém-nascidos a termo e pré-termo**. Revista Médica Oficial do Hospital Universitário da UFJF, 2005. Disponível em < <https://www.ufjf.br/hurevista/files/2016/11/70-27-PB-1.pdf> > Acesso em 31 de mar 2021.

# CAPÍTULO 9

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO COM RISCO DE ENTEROCOLITE NECROSANTE

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 02/02/2022

### Márcia Rosa de Oliveira

Hospital Universitário Maria Aparecida  
Pedrossian da Universidade Federal do Mato  
Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)  
Campo Grande – MS  
<https://orcid.org/0000-0001-7249-8555>

### Edmilson Escalante Barboza

HUMAP-UFMS/EBSERH  
Campo Grande – MS  
<https://orcid.org/0000-0002-4542-235X>

### Daiane Medina de Oliveira

HUMAP-UFMS/EBSERH  
Campo Grande – MS  
<https://orcid.org/0000-0002-0452-8318>

### Suellen Batista Mariano de Deus

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)  
Dourados – MS  
<https://orcid.org/0000-0002-7552-9457>

### Pamela Nery do Lago

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

### Dayana Cristina Ferreira

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-6972-8521>

### Valéria Cristina de Sousa

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-0203-930X>

### Carla Renata dos Santos

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-4653-365X>

### Priscila de Oliveira Martins

HC-UFMG/EBSERH e Hospital Sofia Feldman  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-6666-5983>

### Andressa Caline Inácio Natalino Campos

Hospital Universitário Júlio Müller da  
Universidade Federal do Mato Grosso (HUJM-  
UFMT/EBSERH)  
Cuiabá – MT  
<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>

### Francisco Hilângelo Vieira Barros

Hospital Universitário Ana Bezerra da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
(HUAB-UFRN/EBSERH)  
Santa Cruz – RN  
<https://orcid.org/0000-0002-2650-9724>

### Glauber Marcelo Dantas Seixas

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

**RESUMO:** A enterocolite necrosante (ECN) é uma patologia multifatorial relacionada à prematuridade e ao baixo peso, no ambiente

intrauterino ou transição perinatal, tendo como principais fatores fisiopatológicos: imaturidade da barreira mucosa, isquemia intestinal, colonização, apneia, asfixia neonatal, cateterismo umbilical, persistência do canal arterial, edema, ulceração e passagem de ar ou bactérias pela parede da víscera; todos esses fatores levam à má irrigação mesentérica. Objetivou-se descrever os principais fatores de risco para enterocolite necrosante em recém-nascido (RN) pré-termo e estabelecer um plano de cuidados na assistência de enfermagem a esta clientela. Para tal, realizou-se uma pesquisa bibliográfica descritiva envolvendo estudos publicados entre os anos de 2012 e 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando para tanto os descritores: enterocolite necrosante, recém-nascido, prematuro e cuidados de enfermagem. No presente estudo foram abordados os dez artigos que estavam diretamente relacionados à temática. Pode-se perceber que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), visando implementar um plano de cuidados de enfermagem ao RN com risco de ECN é de suma importância, podendo prevenir seu surgimento em conjunto com outras medidas constantes em protocolos institucionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enterocolite Necrosante. Recém-Nascido. Prematuro. Cuidados de Enfermagem.

## NURSING CARE TO NEWBORN SCANS WITH RISK OF NECROSING ENTEROCOLITE

**ABSTRACT:** Necrotizing enterocolitis (NEC) is a multifactorial pathology related to prematurity and low birth weight, in the intrauterine environment or perinatal transition, having as main pathophysiological factors: mucosal barrier immaturity, intestinal ischemia, colonization, apnea, neonatal asphyxia, umbilical catheterization, persistence ductus arteriosus, edema, ulceration and passage of air or bacteria through the wall of the viscera; all these factors lead to poor mesenteric irrigation. The objective was to describe the main risk factors for necrotizing enterocolitis in preterm newborns (NBs) and to establish a care plan in nursing care for this clientele. To this end, a descriptive bibliographic research was carried out involving studies published between 2012 and 2021 in the Virtual Health Library, using the descriptors: necrotizing enterocolitis, newborn, premature and nursing care. In the present study, the ten articles that were directly related to the theme were addressed. It can be seen that the Systematization of Nursing Care (SAE), aimed at implementing a nursing care plan for NBs at risk of NEC, is extremely important, and can prevent its emergence in conjunction with other measures contained in institutional protocols.

**KEYWORDS:** Enterocolitis Necrotizing. Newborn. Premature. Nursing Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A enterocolite necrosante (ECN) é uma doença multifatorial conhecida como a doença dos sobreviventes, afetando recém-nascidos (RN) prematuros de baixo peso. Sua etiologia está relacionada ao comprometimento na perfusão intestinal, levando a diminuição da vascularização nas alças intestinais, alteração da mucosa intestinal, inflamação intestinal, crescimento bacteriano com formação de gases na parede desse órgão e fístulas intestinais, causas que quando não tratada evolui para complicações fatais em prematuros.

A idade gestacional do RN prematuro é um fator que está estreitamente ligado ao comprometimento do trato gastrointestinal, pela sua imaturidade dos órgãos, conseqüentemente há uma associação da idade gestacional do RN e a ECN. A medida da idade pós-natal demonstra o tempo de risco para a manifestação da doença, um RN com 28 semanas pode manifestar a ECN em até 22 dias contados a partir do seu nascimento, ao contrário, o RN a termo pode manifestar a ECN em até dois dias após seu nascimento. Dessa forma, quanto maior a prematuridade maior será o risco de tempo para o desenvolvimento da ECN. Portanto, este estudo tem por objetivo elencar os fatores preveníveis no desenvolvimento da ECN e estabelecer um plano de cuidados na assistência de enfermagem, contribuindo especialmente aos profissionais de unidade de terapia intensiva neonatal no cuidado ao RN pré-termo.

O estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, descritiva e de caráter exploratório, acerca dos fatores que desencadeiam a ECN e a assistência de enfermagem a estes recém-nascidos. Para tal, foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos seguintes descritores: enterocolite necrosante, recém-nascido, prematuro e cuidados de enfermagem.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigo completo, disponível gratuito e eletronicamente, com data de publicação nos últimos dez anos, no idioma português. Os critérios de exclusão foram: artigo que não contemplaram o objetivo do estudo e publicado no período anterior ao descrito anteriormente.

A pesquisa e análise do material ocorreram em abril de 2021, período em que foram encontrados 56 artigos sobre a temática indicada. Através da leitura do material e aplicação dos critérios de elegibilidade, resultaram em dez artigos, os quais são abordados neste estudo.

## **2 | RISCO DE ENTEROCOLITE NECROSANTE EM RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO**

De acordo com a classificação da gravidade da ECN, destaca-se a importância do conhecimento do estágio de Bell do manual do Ministério da Saúde. Apresentando dados científico para o manejo do cuidado de enfermagem relacionado à prevenção de riscos para ECN (BRASIL, 2016).

O estágio de Bell consiste em uma tabela para acompanhar e abordar os estágios da doença, relacionados aos sinais sistêmicos, intestinais, radiológicos e tratamento para melhor abordagem da ECN, entendendo que se trata de uma doença de evolução altamente rápida e agressiva. Uns dos principais fatores que podem desencadear a ECN são: prematuridade, isquemia, infecção, eclampsia e baixo peso ao nascer.

A presente pesquisa observou que a melhor forma de abordagem dessa patologia são os cuidados preventivos, abordando a agressividade da evolução da doença, desde a distensão abdominal por resíduos gástricos como nos estágios mais graves de



pneumoperitônio.

Assim, em todo RN com suspeita de ECN é necessário realizar radiografia em série entre 6h e 8h, pra melhor acompanhamento da evolução da patologia, deve ser realizado em posicionamento anteroposterior como em decúbito dorsal com raios horizontais, para melhor diagnóstico e classificação de Bell. O exame de raio X permite visualizar pneumatose intestinal, ar no sistema porta, pneumoperitônio e complicações tardias, diagnóstico importante para intervenção cirúrgica todo RN (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021).

Embora os estudos tenham apontados o avanço das causas relacionadas aos riscos de ECN, muitos fatores ainda interferem no sucesso do tratamento e cuidados, sendo uma patologia desafiadora para a medicina que busca inovações na assistência visando o controle dessa doença e diminuindo o impacto de mortalidade entre RN prematuros. Assim como explica Buna (2015), após diagnóstico precoce, o tratamento da ECN é clínico ou cirúrgico, dependendo do quadro clínico da doença; mediante suspeita clínica deve ser realizado precocemente tratamento médico e monitorização rigorosa do paciente.

Orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) enfatizam a importância do conhecimento dos fatores de risco de infecção hospitalar, entre eles os cuidados: higienização das mãos, administração da dieta enteral, orientação para os pais de controle de infecção e higienização ao contato com o RN, procedimentos invasivos, buscando resolutividade de prevenção e controle de patologias relacionadas ao cuidado com RN.

Considerando os fatores definidos para a ECN, Braga (2012) descreve a doença como uma manifestação multifatorial e complexa. Recém-nascidos que sobrevivem à doença podem desenvolver complicações pós-cirúrgicas como o comprometimento neurológico, sendo de suma importância implementar imediatamente a assistência de enfermagem ao RN pré-termo, em razão da ECN ser uma patologia específica, de evolução rápida e fatal na maioria dos prematuros acometidos pela doença.

Os enfermeiros, que estão lotados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), tem a responsabilidade manter-se atualizados de forma que a assistência em RN prematuro seja voltada para a prevenção e diminuição da evolução da infecção reduzindo as complicações e a mortalidade prematura (BUNA, 2015).

Lima, Souza, Ávila (2015), afirmam que entre as doenças de morbidade que acometem os prematuros de baixo peso, a ECN influencia diretamente no tempo de internação em UTI Neonatal:

A etiologia da ECN ainda não está totalmente esclarecida, mas o modelo etiológico mais aceito refere um processo interativo entre três fatores predisponentes: prematuridade, isquemia e infecção. Baseado nesse modelo, outro fator de risco para o desenvolvimento da ECN, associado ao baixo peso ao nascer e a pouca IG, é a restrição do crescimento intrauterino (RCIU) secundário a insuficiência placentária. Estudos observacionais sugerem que o pior prognóstico da ECN ocorre quando existe a associação entre ECN e

A nutrição enteral precoce tem se mostrado ser uma intervenção benéfica prevenindo a atrofia intestinal, estimulando a maturação do sistema gastrointestinal, aumentando as concentrações de gastrina sérica e consequentemente diminuindo os riscos da ECN em prematuro de baixo peso (ARNON, 2012).

Alegações de Schandler (2015) citam que um dos meios primordiais para prevenir complicações é o aleitamento humano, exclusivo da mãe ou da doação do banco de leite. Nos prematuros, o aleitamento, tem um papel fundamental na nutrição e na diminuição dos eventos relacionados com infecção da ECN. Observa-se que alguns fatores podem minimizar a ocorrência da ECN dentre eles estão os cuidados no manuseio desses RN, no que tange a assistência de enfermagem.

Estratégias preventivas na ECN podem estar relacionadas ao início de uma dieta enteral precoce, preferencialmente com leite materno exclusivo ou fórmulas infantis para recém-nascido de alto risco cuidadosamente assistidos, medidas de controle de infecção profiláticas, e a antibioticoterapia conforme prescrição médica (SANTOS, *et al.*, 2018), são medidas que podem contribuir na prevenção desta patologia de intensidade variável e progressiva.

Abaixo está relacionada uma proposta de plano de cuidado para a assistência de enfermagem ao RN com risco de desenvolver ECN, utilizando termos e técnicas de rotina na área:

<b>Diagnóstico: Nutrição</b>			
Padrão ineficaz de alimentação do lactente, relacionado por prematuridade, caracterizado por incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração.			
Realizar higienização das mãos na técnica, com água e sabão antes e após manipulação da dieta.	M	T	N
Utilizar luva de procedimento e mascara durante a manipulação da SOG para evitar contaminação, na manipulação ou por gotículas.	M	T	N
Realizar ausculta da SOG para confirmação da posição da sonda, aspirar SOG para observar se a presença de resíduo gástrico bilioso ou maior que 30% do volume ofertado.	M	T	N
Realizar antisepsia com álcool 70%, no conector da SOG, antes da instalação da dieta, diminuindo o risco de contaminação, tampar a seringa com gaze estéril.	M	T	N
Comunicar o enfermeiro, na apresentação de vômitos, distensão abdominal, parede abdominal hiperemiada, expressão de dor na palpação.	M	T	N
<b>Diagnóstico: Eliminações e troca</b>			
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional, relacionado por prematuridade.			
Medir perímetro abdominal, se RN apresentar distensão do abdome, comunicar o enfermeiro.	M		
Atentar a expressão facial de dor na manipulação, comunicar o enfermeiro, para avaliação da escala de dor.	M	T	N

Anotar coloração das fezes, se a presença de sangue, comunicar o enfermeiro.			
Anotar aspecto e coloração da micção, comunicar o enfermeiro na presença de hematúria.	M	T	N
Anotar hora do exame de RX CPM, no relatório de enfermagem.	M	T	N
<b>Diagnóstico: Risco de infecção</b>			
Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde, relacionado por resposta inflamatória suprimida (PCR).			
Realizar lavagem das mãos antes e após manipulação do RN, na técnica correta, com água e sabão líquida.	<b>ATENÇÃO</b>		
Realizar limpeza concorrente a cada início de plantão ou de 6/6h.	M	T	N
Utilizar artigos não críticos individuais (estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro).	M	T	N
Friccionar a conexão com solução antisséptica antes de acessar o cateter pra trocar equipo de soro, ou administrar medicamentos, observar qualquer sinal de infecção (hiperemia, drenagem).	M	T	N
Realizar aspiração do TOT, quando necessário na técnica asséptica, com auxílio de outro profissional de enfermagem, nunca sozinho.	Quando necessário		
<b>Diagnóstico: Risco de hipotermia</b>			
Risco de hipotermia, relacionado por extremos de idade e extremo de peso.			
Observar perfusão periférica, presença de cianose ou extremidades frias, comunicar a enfermeira, aferir temperatura. <b>ATENÇÃO</b>			
Manter temperatura do RN entre 36,5°C à 37°C, verificar se o termômetro de incubadora ou de berço, está posicionado na região do abdome (quadrante anterolateral direito, na direção do fígado).	M	T	N
Verificar a temperatura axilar a cada 3h, no horário da manipulação, realizar os cuidados, abrindo somente as portinholas da incubadora, prevenindo perda de calor do RN.	M	T	N
Observação de umidade nos lenções ao tocar no neonato.	M	T	N

Tabela 1. Plano de cuidados de enfermagem ao RN com risco de ECN.

Fonte: Adaptado de *North American Nursing Diagnosis Associations* (2015).

Seguindo este plano de cuidados de enfermagem sugerido, considerando as devidas adaptações a realidade de cada instituição, pode-se prevenir o desenvolvimento da ECN em RNs juntamente com outras condutas que devem ser adotadas mediante protocolo de cada serviço de saúde.

### 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propondo um plano de cuidados para a assistência de enfermagem, implementando o cuidado e a avaliação para uma assistência de qualidade, reduzindo a incidência da patologia relacionada à ECN em RN.

Contribuindo para os profissionais que atuam diretamente com RN prematuro, os resultados do estudo são promissores, pois dão uma perspectiva positiva de sobrevivência dos neonatos, por meio de uma assistência de enfermagem personalizada e segura, objetivando prevenir a ECN.

Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem é de grande relevância objetivando cuidados sistematizados e de qualidade ao paciente.

No entanto, vale ressaltar que o trabalho teve como uma de suas finalidades demonstrar a escassez de cuidados de enfermagem, embasados em conhecimento científico, prestados na UTI neonatal ao RN com riscos de ECN. O que deixa um espaço importante para novos estudos com vista à aprofundando a temática aqui discutida.

## REFERÊNCIAS

ARNON, S. *et al.* Very early feeding in stable small for gestational age preterm infants: a randomized clinical trial. **Jornal Pediátrico**, v. 89, n. 4, p. 388-393, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jped/v89n4/v89n4a11.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2021.

BRAGA, T. D. *et al.* Enterocolite necrosante em recém-nascidos de muito baixo peso em uma unidade neonatal de alto risco do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 127-133, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n2/03.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde 2016 - 2020**. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/pnpciras-2016-2020>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BUNA, C. M. S. **Análise hierarquizada dos fatores associados à enterocolite necrosante em recém-nascidos de baixo peso**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2015, 64f. Universidade Federal do Maranhão. São Luiz. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/695>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Condutas para o tratamento de recém-nascidos com enterocolite necrosante**. Protocolo clínico. 2021, 13f. Disponível em <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-clinicos/prt-dm-022-condutas-para-o-tratamento-de-enterocolite-necrosante-em-recem-nascidos.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2022.

LIMA, S. S.; SOUZA, J. I. C.; ÁVILA, P. E. S. Enterocolite necrosante em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 29, n. 2, p. 63-68, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n2/a5014.pdf>>. Acesso: 14 fev. 2021.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATIONS. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA definições e classificação, 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015. Disponível em: <<http://fms.edu.br/downloads/Enfermagem/Diagn%C3%B3stico%20de%20enfermagem%20da%20NANDA%20defini%C3%A7%C3%B5es%20e%20classifica%C3%A7%C3%A3o%202015-2017.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SANTOS, N. M. *et al.* Análise de casos de enterocolite necrosante do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus no período de janeiro 2015 a outubro 2017. **Revista Residência Pediátrica**, p. 126-127, 2018. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v8n3a03.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SCHANLER, R. J. Em tempo: leite humano é a estratégia alimentar para prevenir a enterocolite necrosante. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 131-133, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt\\_0103-0582-rpp-33-02-00131.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt_0103-0582-rpp-33-02-00131.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2021.

VIEIRA, *et al.* Avaliação dos fatores perinatais que interferem na incidência de enterocolite necrosante em recém-nascidos de muito baixo peso. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, v. 35 n. 8, p. 364-367, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n8/05.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

## APLICAÇÃO DA AROMATERAPIA PARA MINIMIZAR AS DORES DO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO

*Data de aceite: 01/03/2022*

**Fernando Alberto Balido Franco**

Centro Universitário São Camilo  
Curso de Enfermagem  
São Paulo

**Lourdes Bernadete**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lourdes Bernadete, como requisito parcial para obtenção de bacharelado em enfermagem.

**RESUMO:** As práticas integrativas são formas de cuidado à saúde não invasivas na qual, são utilizadas em conjunto com o objetivo geral de estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Existem 29 tipos de práticas integrativas que são implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS), que foram incluídas nos anos de 2006, 2017 e 2018, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, são elas: Acupuntura, Termalismo, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Ayuverda, Osteopatia, Reiki, Yoga, Quiropraxia, Reflexologia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Biodança, Meditação, Dança

Circular, Musicoterapia, Yoga, Naturopatia, Cromoterapia, Apiterapia, Constelação Familiar, Geoterapia, Ozonioterapia, Imposição de Mãos, Hipnoterapia, Bioenergética, Terapia de Florais e a Aromaterapia. A aromaterapia é o uso intencional dos Óleos Essenciais (OE), a fim de promover melhoras a saúde, o bem-estar e a higiene, essa prática tem a sua importância no processo do pré, durante e no pós-parto, para a redução da dor, sendo uma das práticas integrativas utilizadas na sua preparação e como terapia complementar para recuperação no pós-parto. O parto é o momento em que a gestante passa a ter uma série de contrações ritmadas do útero e de forma progressiva, que irão gradualmente mover o feto do colo do útero para o do canal vaginal e, por último, para o mundo exterior, e é considerado como um evento, que traz muitas expectativas desde o início da gravidez, sendo uma experiência que marcará a vida dessas futuras mães profundamente, seja por sentimentos bons ou ruins. A humanização do parto, é um conjunto de condutas, atitudes, posturas, desde o acolhimento da paciente, na conversa, quando ela chega no hospital, a forma que é abordada. Sendo assim, é necessário que se tenha atendimento obstétrico humanizado, desde o primeiro contato com a parturiente, devendo haver acolhimento e atenção às demandas de saúde, contribuindo-se para um cuidado humanizado e qualificado, também o obstetra tem que dar valor a esclarecer a rotina e os procedimentos que serão realizados para que o processo do parto aconteça de forma tranquila e que a mulher possa sentir confiança. Esse estudo teve como objetivo geral: analisar

as pesquisas publicadas sobre a aromaterapia, nas principais bases de dados bibliográficos de saúde, e aplicadas durante o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto e tem como objetivo específico: Descrever as utilizações da aromaterapia, durante o pré-parto, o parto e o pós-parto. Foi utilizado o método de pesquisa Integrativa, tendo em vista a necessidade de ser realizado um método que proporcionasse a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Chegando-se à conclusão, que a aromaterapia tem o seu papel como uma das terapias alternativas à medicina tradicional para o alívio da dor e ansiedade que acometem as gestantes no final da gestação e as parturientes no decorrer do processo do trabalho de parto e pós parto, mas o seu efeito pode ser potencializado, quando ela é utilizada em conjunto com outras terapias complementares como a: Acupuntura, Termalismo, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Ayurveda, Reiki, Quiropraxia, Reflexologia, Meditação, Musicoterapia entre outras.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aromaterapia. Dor. Parto. Óleo Essencial. Alívio.

## 1 | INTRODUÇÃO

As práticas integrativas são formas de cuidado à saúde não invasivas onde são utilizadas em conjunto com o objetivo geral de “estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (SCHEVEICHER, ESPER, SILVA; 2012; p.3) e tratar doenças ou sintomas como hipertensão, depressão, dor e etc. Onde age como uma terapia complementar a medicina tradicional, tanto que ao passar dos anos ganhou o nome popular de Medicina Alternativa e hoje é denominada de terapias complementares. Segundo Gnatta, Kurebayashi, Turrini, et al (2015; p.2)

“O termo complementar é utilizado quando a prática é associa-se à medicina tradicional do Ocidente, complementando o tratamento, enquanto o termo alternativo se aplica quando a terapia substitui completamente o tratamento convencional”.

Existem 29 tipos de práticas integrativas que são implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) que foram incluídas nos anos de 2006, 2017 e 2018, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, são elas: Acupuntura, Termalismo, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Ayurveda, Osteopatia, Reiki, Yoga, Quiropraxia, Reflexologia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Arteterapia, Biodança, Meditação, Dança Circular, Musicoterapia, Yoga, Naturopatia, Cromoterapia, Apiterapia, Constelação Familiar, Geoterapia, Ozonioterapia, Imposição de Mãos, Hipnoterapia, Bioenergética, Terapia de Florais e Aromaterapia (BARROS, 2018).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi instituída pela Portaria 971GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para algumas práticas inicialmente a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia,

no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo-se a responsabilidade na implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orientou que estados, distrito federal e municípios instituíam suas próprias normativas trazendo para o Sistema Único de Saúde (SUS) práticas que atendam às necessidades regionais.

Segundo BARROS (MS; 2018; p.1)

“A aromaterapia é a prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromaterapia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos. No Brasil, a aromaterapia é reconhecida e validada como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.”

Tendo em vista que as PIC, de modo geral, trazem grande benefício para o controle da dor o objeto desta pesquisa foram as bibliografias que versavam sobre o controle da dor no decorrer do trabalho de parto e parto e o uso da aromaterapia.

A dor no decorrer do trabalho de parto é uma experiência subjetiva ela pode ser definida como aguda, transitória, complexa, que pode variar dependendo aos estímulos sensoriais gerados, sobretudo pela contração uterina.

A fisiologia desta dor é:

“A hipóxia da musculatura uterina no início do trabalho de parto, em decorrência da compressão dos vasos sanguíneos do útero, e durante o período expulsivo quando há estiramento cervical, pelo estiramento perineal e/ou dilatação de estruturas do canal vaginal, o estresse evidente pelos níveis aumentados de glicocorticoides e catecolaminas e o baixo limiar da dor, pelos baixos níveis de endorfina e fadiga, são causas que potencializam a dor”- (RONCONI, PERDICHIZZI, PIRES et al, 2010, p.2).

Para controlar a dor são usadas substâncias farmacológicas e não farmacológicas.

As PIC podem ser utilizadas para auxiliar na redução das dores do trabalho de parto e do parto uma vez que auxiliam no conforto psicológico e emocional das gestantes. As dores geradas pelo parto causam desconforto e por isso assustam as mulheres resultando em medo, ansiedade e stress, porque na sua grande maioria muitas sentem principalmente o medo de alguma sensação dolorosa relevante onde a reação de cada parturiente deve ser considerada prioritariamente. (BRASIL,2015)



O parto é um momento único da mulher em que ela se sente fragilizada. Segundo Melo; Barroso; Alencar et al (2019; p.2) “o parto é o momento em que a gestante passa a ter uma série de contrações ritmadas do útero e de forma progressiva, que irão gradualmente mover o feto do colo do útero para o do canal vaginal e, por último, para o mundo exterior”, e é considerado como um evento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez, sendo uma experiência que marcará a vida dessas futuras mães profundamente, seja por sentimentos bons ou ruins.

Segundo Prates; Possati; Alves et al (2017; p 3) “a humanização do parto é um conjunto de condutas, atitudes, posturas, desde o acolhimento da paciente, na conversa, quando ela chega no hospital, a forma como tu aborda ela”. Com isso é necessário que se tenha atendimento obstétrico humanizado desde o primeiro contato com a parturiente, devendo haver acolhimento e atenção às demandas de saúde, contribuindo-se para um cuidado humanizado e qualificado, também o obstetra tem que dar valor a esclarecer a rotina e os procedimentos que serão realizados para que o processo do parto aconteça de forma tranquila e que a mulher possa sentir confiança.

A pesquisa terá como foco principal o uso da PIC Aromaterapia durante o trabalho de parto e parto, com o intuito de desvelar a sua utilização e seus benefícios nesta ocasião.

A aromaterapia é o uso intencional dos Óleos Essenciais (OE) a fim de promover melhoras a saúde, o bem-estar e a higiene, essa prática tem a sua importância no processo do pré, durante e no pós-parto para a redução da dor, sendo uma das práticas integrativas utilizadas na sua preparação e como terapia complementar para recuperação no pós-parto.

## 2 | OBJETIVOS

### Objetivo geral

Analisar as pesquisas publicadas sobre a aromaterapia, nas principais bases de dados bibliográficos de saúde, e aplicadas durante o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto.

### Objetivo específico:

- Descrever as utilizações da aromaterapia durante o pré-parto.
- Descrever as utilizações da aromaterapia durante o parto.
- Descrever as utilizações da aromaterapia durante o pós-parto.

## 3 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Concepção Histórica e usos da aromaterapia

A utilização de óleos essenciais na enfermagem data dos cuidados realizados pela enfermeira Florence Nightingale, pois foi ela que aplicou o óleo de lavanda (*Lavandula angustifolia*) na região frontal dos soldados feridos durante a Guerra da Crimeia com a finalidade de acalmá-los. Foi, portanto, a pioneira na Enfermagem por introduzir o Óleo Essencial (OE) no cuidado assistencial.

Apesar de Nightingale ter sido a primeira Enfermeira a utilizar OE no cuidado de Enfermagem, a primeira Enfermeira aromaterapeuta, foi Marguerite Maury, vista atualmente como um ícone da Aromaterapia moderna. Nascida na Áustria em 1895, formou-se Enfermeira e assistente cirúrgica. Mudou-se para a França, onde entrou em contato com a Aromaterapia. Por volta dos anos 1930, ela conheceu o Dr. Maury, um médico que se interessava por terapêuticas naturais e, juntos, passaram a estudar as PIC (Prática integrativas e complementares).

“Marguerite Maury é reconhecida como referência na Aromaterapia pelo fato de ter integrado os princípios holísticos da Enfermagem à elaboração de prescrições terapêuticas individuais de OE para massagem e por desenvolver a ideia de que um blend (mistura) único de OE poderia ser desenvolvido para cada pessoa. Com seus estudos, Marguerite tentou demonstrar a atuação dos OE sobre o sistema nervoso, sobretudo no Sistema Límbico, e ministrou cursos e palestras por toda a Europa sobre o mecanismo de ação dos OE. Abriu a primeira clínica aromaterápica em Londres e, posteriormente, outras unidades na França e Suíça. Pelo fato de Marguerite ter desenvolvido estudos sobre a ação dos OE no organismo, ela se tornou mais conhecida por sua atuação como bioquímica do que como Enfermeira. (GNATTA JR et.al,2015 p.4).”

#### Mas o que são óleos essenciais?

“São substâncias orgânicas muito perfumadas e voláteis, extraídas de diversas partes das plantas. Têm geralmente consistência aquosa e límpida, mas podem se solidificar em temperaturas baixas. São solúveis em álcool, éter e outros compostos graxos, insolúveis em água e podem ser incolores ou apresentar desde tons claros até fortes e opacos. Os óleos essenciais são chamados de voláteis, pois quando expostos ao ar (temperatura ambiente), evaporam.

Podem também ser chamados de refringentes ou etéreos. Entretanto, o termo mais usado é óleo essencial, já que estes representam as essências ou compostos odoríferos das plantas”

(ANDREI P; COMUNE APD, 2006, p.4,7).

‘Quando uma molécula de óleo essencial é inalada, ela atravessa as vias respiratórias superiores, chegando às vias inferiores, onde é absorvida pelos vasos sanguíneos pulmonares e distribuída no organismo por meio da circulação sanguínea para os órgãos

e tecidos. Ao administrá-lo por via cutânea, as moléculas penetram na pele ou mucosas, onde são absorvidas e distribuídas pelos tecidos corporais através da corrente sanguínea. Quando ingeridos, as suas moléculas penetram pela mucosa intestinal, alcançam a corrente sanguínea e são distribuídas no organismo.” (GNATTA JR et.al; 2015, p.3).

A prática de aplicação de aromaterapia envolve vários métodos, a saber: pulverização e difusão aérea, inalação, compressas, banhos e massagens. A depender da substância a ser utilizada o profissional médico ou profissional especialista define qual o modo mais adequado a ser empregado. Há também a possibilidade de tratamento através de bochechos e gargarejos e ingestão (via oral). “Antes de iniciar o tratamento, deve-se atentar ao prazo de validade dos óleos e proceder, 24 horas antes do início de qualquer aplicação, o teste de alergia a, aplicando-se o óleo em seu veículo sobre a pele”. (ANDREI; COMUNE ,2006, p.4)

Mesmo com o mecanismo de ação do OE e da própria aromaterapia não estando bem evidenciados, a literatura menciona a capacidade de as moléculas dos Óleos essenciais poderem ajudar na produção de um estímulo capaz de liberar neurotransmissores, como encefalinas e endorfinas, na qual geram um efeito analgésico e produzem a uma sensação de bem-estar e relaxamento para a dor.

Estudos apontam que o estímulo pela via olfativa pode produzir mudanças imediatas nos parâmetros fisiológicos do corpo, tais como pressão arterial, pulso, tensionamento dos músculos, dilatação pupilar, temperatura corpórea, fluxo sanguíneo, atividades eletro dérmicas e cerebrais. Porém, os efeitos dos óleos essenciais ainda não estão bem embasados por meio de estudos clínicos científicos.

### 3.2 Uso da Aromaterapia de acordo com as teoristas da Enfermagem

As teoristas de enfermagem indicaram os benefícios do uso da aromaterapia tomando os clientes como seres humanos como um todo: bio/psico/espiritual/ambiental.

Segundo Gnatta et al (2015) as teorias de enfermagem propuseram o uso da aromaterapia das seguintes formas:

**Florence Nightingale:** O ambiente é o fator que facilita a cicatrização e recuperação do enfermo. Sendo essa a razão que Florence indicava o uso do óleo essencial de lavanda na região frontal dos soldados feridos, com o objetivo de promover conforto e alívio da dor, transformando o ambiente em lugar mais adequado para o processo de recuperação.

**Jean Watson:** Acreditava que as chances de cura aumentavam através do cuidado transpessoal, onde a aromaterapia iria atuar em conjunto com o toque, a massagem com os óleos essenciais ou aplicação direta na pele. Para Watson a saúde era definida pela harmonia da interrelação da pessoa com o ambiente onde os OE's podiam criar essa sensação por serem elementos naturais que trabalham em conjunto com o corpo.

**Martha Rogers:** A enfermagem é considerada como uma Ciência humanística e humanitária, focada na descrição e explicação do ser humano como um todo sinérgico. Ela acreditava que teria que haver uma participação ativa do enfermeiro e paciente para que ambos consigam escolher os Óleos Essenciais que agirão como facilitadores no processo de recuperação onde será baseado no processo de tentativa e erro.

**Myra Levine:** A enfermagem deve estar ciente da dependência e interação do indivíduo com o ambiente, e evitar que o estresse cause desequilíbrio e altere os padrões de funcionamento do corpo humano. O uso dos OE's contribui também na manutenção dos quatro princípios de conservação propostas por Levine: O princípio da conservação de energia, por exemplo, utilizando o óleo essencial de alecrim (*Rosmarinus officinalis*) para proporcionar mais disposição; o princípio da conservação da integridade estrutural, com a utilização do de lavanda ou tea tree para promover cicatrização epitelial. O princípio da conservação da integridade pessoal é dado por meio do auxílio na tomada de decisões, e, nesse caso, pode ser usado o patchouli, para trazer segurança. Um óleo essencial pode ser usado com a finalidade de promover maior interação social, convergindo com o princípio de conservação da integridade social, o que pode ser propiciado pelo uso ambiental do óleo de laranja.

**Hildegard Peplau:** Os cuidados de enfermagem devem ser voltados ao suporte das relações interpessoais, onde as situações de cuidado se transformam em métodos de aprendizado compartilhados entre o enfermeiro e paciente. A enfermagem deve usar os OE's para ajudar no enfrentamento de situações de estresse.

**Callista Roy:** O ser humano é capaz de criar mudanças para se adaptar ao ambiente, onde a aromaterapia pode ser utilizada como ferramenta para ajudar no processo de adaptação e de enfrentamento.

**Wanda Horta:** A aromaterapia pode ser utilizada como instrumento para restabelecer o equilíbrio emocional.

**Katharine Kolcaba:** O Enfermeiro deve avaliar e identificar as necessidades de conforto do paciente, emocional, social e físico. A aromaterapia é usada como intervenção de enfermagem para melhorar o conforto do paciente, de sua família ou da própria comunidade, tanto no manejo dos aspectos físicos/emocionais quanto os ambientais, promovendo alívio e tranquilidade que promovem o bem-estar.

## 4 | METODOLOGIA

A pesquisa utilizada foi a Pesquisa Integrativa, tendo em vista a necessidade de ser realizado um método que proporcionasse a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

A revisão integrativa é uma ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão

completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010).

Para a realização da busca bibliográfica foi utilizada como fundamento a seguinte questão norteadora - A aromaterapia pode ser aplicada para a redução da dor do processo de parto?

Desta questão norteadora foram elencados e utilizados os seguintes descritores para a pesquisa: “Parto”, “Dor” e “Aromaterapia”. Com a indicação destes descritores foi realizada a busca dos artigos no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) tendo sido encontrando 33 artigos nos bancos de dados LILACS e MEDLINE.

Foram aplicados, para esta seleção de artigos, alguns critérios de Inclusão, a saber:

- Artigos dos últimos 10 anos;
- Linguagem Inglês e Português;
- Tipo de documentação: Artigo.

Ao final desta primeira etapa restaram um total de 17 artigos.

Depois desta etapa foram aplicados alguns critérios de exclusão, como:

- Artigos incompletos;
- Artigos repetidos.

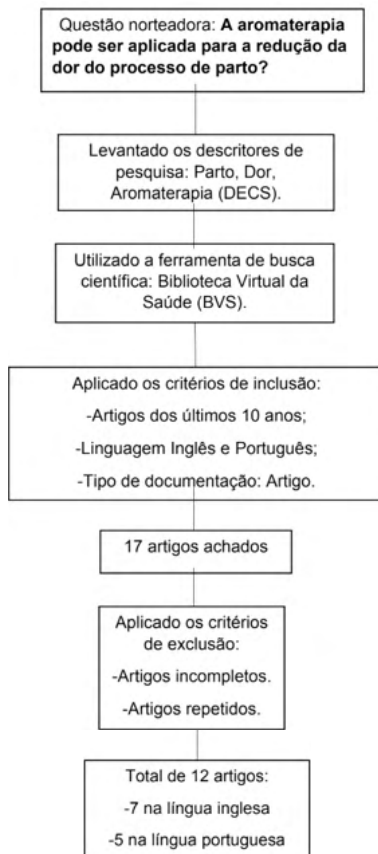
A busca bibliográfica totalizou gerando a seleção de 12 artigos: 7 em língua inglesa e 5 em língua portuguesa; totalizando 12 artigos a serem analisados.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se na descrição dos achados possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão e foi comparado ao referencial teórico (SOUZA; SILVA; CARVALHO,2010).

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa integrativa realizada teve como base a busca da resposta à seguinte questão norteadora - A aromaterapia pode ser aplicada para a redução da dor do processo de parto? – Chegando à 11 artigos selecionados nos bancos bibliográficos do LILACS e MEDLINE.

Abaixo está desenhada como se deu a pesquisa:



Os artigos foram lidos e classificados segundo alguns quesitos: ano de publicação; país de origem; autoria; tipo de pesquisa e essência da pesquisa. Abaixo tais características estão esboçadas em uma planilha.

Ano	País	Autores	Classificação da pesquisa	Essência
2018	Taiwan	CHEN SF,WANG CH,CHAN PT,ET AL.	Meta-análise	“One of the most painful condition in humans occurs in laboring process. The parturient woman goes through three labor stages: first, second, and third. The first stage which includes early (latent) labor phase, active labor phase, and transition phase, has the longest duration among the three stages”
2016	Iran	YAZDKHASTI M, PIRAK A	Qualitativa	“Aromatherapy offers relaxation and can induce sleep. It also enhances the mother’s ability to cope with the pain in labor”

2011	Australia	Smith CA, Collins CT, Crowther CA	Quali-Quantitativa	"Pain management in labour on maternal and perinatal."
2018	Alemanha	TANVISUT R, TRAISRISILP K, TONGSONG T	Quantitativa	"Aromatherapy is the science of using highly concentrated essential oils or essences distilled from plants to utilize their therapeutic properties"
2014	França	ROMANTSIK O, PORTER RH, VARENDI H	Quali-Quantitativa	"Vanilla odour reduced crying by premature infants during venipuncture"
2013	EUA	ARENDT KW, TUCK JAT	Quali-Quantitativa	"A woman's satisfaction with her childbirth may or may not be associated with the efficacy of pain mitigation."
2017	Iran	HAMDAIMIAN S, NAZARPOUR S, SIMBAR M	Quantitativa	"While chemical analgesics have side effects, using aromatherapy during labor gives women the opportunity to control the pain and thus decide more rationally about the mode of delivery"
2019	Brasil	SILVA MA, SOMBRA IVS, CÉSAR J, ET AL.	Revisão Integrativa	Aromaterapia/aplicação terapêutica durante o parto.
2019	Brasil	MASCARENHAS VH, LIMA TR, SILVA FM, ET AL.	Revisão Integrativa	Métodos não farmacológicos e alívio da dor.
2019	Brasil	PAVIANI BA, TRIGUEIRO TH, GESSNER R.	Revisão Integrativa	Uso das terapias alternativas com o apoio da OMS.
2018	Brasil	ARAÚJO ASC, CORREIA AM, RODRIGUES DP, ET AL.	Qualitativa	Utilização dos métodos não farmacológicos no parto domiciliar.

Segundo a pesquisa realizada foram encontrados somente 11 (onze) artigos que respondiam à questão norteadora, gerando as seguintes hipóteses: o assunto aromaterapia não é muito pesquisado e publicado e ainda há pouca utilização dos óleos essenciais no cuidado junto às parturientes e puérperas.

Os textos analisados demonstraram que a aromaterapia pode ser utilizada como uma terapia complementar à medicina tradicional para reduzir as dores causadas pelo processo de trabalho do parto.

Dentro do contexto de se buscar a diminuição da dor durante o processo de trabalho de parto e o conforto no período do puerpério algumas teóricas da enfermagem como: a Florence Nightingale e a Martha Rogers, relacionaram a utilização dos óleos essenciais com manuseio do ambiente, tornando-o favorável à agilização da recuperação física e cicatrização de ferimentos.

As teóricas Wanda Horta e Katharine Kolcaba contribuíram com a percepção de que o uso da aromaterapia favorecia o restabelecimento do equilíbrio mental.

Já outras teóricas como: Myra Levine, Hildegard Peplau e Callista Roy aprofundaram

a utilização da aromaterapia uma vez que vislumbraram a atuação dos óleos essenciais como auxílio na recuperação dos indivíduos por apresentar efeitos contra a ansiedade e estresse e favorecer a interação social e adaptação ao ambiente.

A teorista Jean Watson trouxe a contribuição de que os efeitos da aromaterapia eram ainda mais importantes se aplicadas conjuntamente com outras terapias integrativas como: o toque, o banho, entre outras.

Os artigos, em sua maioria apresentaram concordância com as teoristas que relataram que o uso dos óleos essenciais são favorecedores do equilíbrio mental, gerando atuação específica quanto a diminuição da ansiedade, situação que atua sobre a dor decorrente do trabalho de parto, visto ser uma experiência subjetiva que pode variar dependendo aos estímulos sensoriais gerados, sobretudo pela contração uterina.

Os OE's mais utilizados foram a Lavanda e o Jasmim. Paviani (2019) menciona que a Rosa Damascena, Citrus Aurantium e Camomila, também demonstram o efeito de reduzir ansiedade e dor das parturientes no processo de parto.

Segundo Romantsik (2014) a aromaterapia pode reduzir a dor e choro dos RN's durante a venopunção, através da utilização do odor de "Vanilla" ou "Baunilha".

Hamdaimian (2017) menciona e defende falando que a Rosa Damascena, tem o mesmo efeito dos outros óleos de reduzir a dor e a ansiedade durante o parto sem efeitos adversos e que esse óleo é comprovado ter efeito relaxante, antitussígeno, hipnótico, antioxidante, antibacteriano e anti-diabetogênico.

Já Arendt, Yazdkhasti e Mascarenhas (2013) são concordantes com a teorista Jean Watson e referem que a aromaterapia tem mais efetividade, quando utilizado com outras terapias complementares, por exemplo Massagem, Acupressão, Banho de Imersão entre outras, assim como é utilizada pela Medicina Antroposófica no cuidado durante o cuidado ao trabalho de parto.

## 6 | CONCLUSÃO

Chegou-se a conclusão que a aromaterapia tem o seu papel como uma das terapias alternativas à medicina tradicional para o alívio da dor e ansiedade que acometem as gestantes no final da gestação e as parturientes no decorrer do processo do trabalho de parto e pós parto, mas o seu efeito pode ser potencializado quando ela é utilizada em conjunto com outras terapias complementares como a: Acupuntura, Termalismo, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Ayurveda, Reiki, Quiropraxia, Reflexologia, Meditação, Musicoterapia entre outras.

O uso de certos OE's podem fazer a diferença nas terapias pelo fato de cada aroma induzir o corpo humano a produzir certas substâncias dependendo do tipo de tratamento abordado, se é para dor, ansiedade, depressão ou outros tipos de desconfortos.

Portanto, o objetivo geral de analisar as pesquisas publicadas sobre a aromaterapia



nas principais bases de dados bibliográficos de saúde e aplicadas durante o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto foi atingido.

Foram poucos os artigos encontrados e nenhum foi experimental, mas foi o suficiente para melhor poder caracterizar a questão e fazer emergir outras formas mais sutis de exercitar o cuidado em um momento de vida das mulheres que deve ser propiciada uma experiência positiva.

A aromaterapia nos dias de hoje não tem muita comprovação científica para a sua efetividade em campo,mas é um tema que está crescendo diariamente nas pesquisas científicas e espera-se futuramente que ela seja mais reconhecida na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

MELO JKG. Et al. Cuidados e métodos não-farmacológicos de alívio da dor nas gestantes em trabalho de parto. *Rev. Mult. Psic.* V.13, N. 44, p. 73-86, 2019. (Acessado em 17/02/20), disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1583/2349>

POSSATI AB. Et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras, Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses, Humanización del parto: significados y percepciones de enfermeiras,2019(Acessado em 17/02/20), disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf)

RONCONI APL. Et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra, Pain and satisfaction during primiparous labor: parturient and obstetrician view. *Rev Dor.* São Paulo, 2010 out-dez;11(4):277-281. (Acessado em 19/02/20), disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1647.pdf>

SCHVEITZER MC, ESPER MV, SILVA MJP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado, Integrative and Complementary Therapies in Primary Health Care: a way to humanize care,2012. (Acessado em 19/02/20), disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/praticas\\_integrativas\\_complementares\\_atencao\\_primaria.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/praticas_integrativas_complementares_atencao_primaria.pdf)

GNATTA JR. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica, Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception, Aromaterapia y enfermería: concepción histórico-teórica. *Rev Esc Enferm USP*, 2016. (Acessado em 21/02/20), disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/112702/110628>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, (Acessado 12/05/20), disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)

ANDREI P, COMUNE APD. Aromatertapia e suas aplicações, (Acessado 15/05/20), disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07\\_aromaterapia.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf)

# CAPÍTULO 11

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE MISTA DE SAÚDE

*Data de aceite: 01/03/2022*

*Data de submissão: 24/01/2022*

### **George Washington Xavier Cavalcanti**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão  
(UNIVISA)  
Vitória de Santo Antão – PE  
<https://orcid.org/0000-0002-0553-8964>

### **Diana Ramos Cavalcanti**

Faculdade Integrada Tiradentes (FITS)  
Jaboatão dos Guararapes – PE  
<https://orcid.org/0000-0002-3208-374X>

### **Julyana Viegas Campos**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão  
(UNIVISA)  
Vitória de Santo Antão – PE  
<https://orcid.org/0000-0001-7663-8893>

### **Daniilo Ramos Cavalcanti**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão  
(UNIVISA)  
Vitória de Santo Antão – PE  
<https://orcid.org/0000-0002-5577-2708>

**RESUMO:** O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das práticas integrativas realizadas em uma unidade mista de saúde do interior de Pernambuco. Para isso, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa com 43 profissionais da área da Enfermagem (incluindo técnicos, enfermeiros e estudantes de graduação). Os

dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado contendo doze perguntas. Os dados mostraram que houve prevalência dos profissionais do sexo feminino. Percebendo também a prevalência de profissionais com ensino médio completo, casados, com renda de até um salário e residência própria. Observando os resultados das pesquisas, percebem-se que os enfermeiros ainda são a minoria no uso das práticas integrativas e complementares em saúde, alguns por ainda desconhecerem o seu significado, outros por passar despercebido no dia-a-dia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Saúde; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

### INTEGRATIVE PRACTICES: KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS IN A MIXED HEALTH UNIT

**ABSTRACT:** The present study aimed to identify the knowledge of nursing professionals about integrative practices carried out in a mixed health unit in the interior of Pernambuco. For this, a descriptive, exploratory study was carried out, with a qualitative and quantitative approach, with 43 professionals in the field of Nursing (including technicians, nurses and undergraduate students). Data were collected through a semi-structured questionnaire containing twelve questions. The data showed that there was a prevalence of female professionals. Also realizing the prevalence of professionals with complete high school, married, with income of up to one salary

and own residence. Observing the results of the research, it can be seen that nurses are still the minority in the use of integrative and complementary health practices, some because they are still unaware of their meaning, others because they go unnoticed in their daily lives.

**KEYWORDS:** Nursing; Health; Integrative and Complementary Practices in Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, vem se verificando nos últimos anos um crescente interesse pela utilização das terapias alternativas complementares como métodos naturais para o reestabelecimento do equilíbrio do organismo humano e para o controle de doenças. Ao passar do tempo, percebe-se o aumento de estudos sobre procedimentos terapêuticos complementares na enfermagem.

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta pela primeira vez a introdução das práticas alternativas de assistência à saúde, proporcionando ao cliente o direito de escolher o tratamento preferido (GAVIN; OLIVEIRA; GHERARDI-DONA, 2010).

As terapias integrativas são procedimentos que visam à assistência à saúde do paciente tanto na cura quanto na prevenção e no tratamento, considerando um conjunto entre o corpo, o espírito e a mente, e não como partes isoladas. Como a enfermagem está em contato prolongado e direto com a comunidade, as oportunidades de elucidação e educação quanto ao uso das técnicas integrativas são maiores, sejam em centros de saúde ou em hospitais, pois tais profissionais desempenham papel essencial nesse contexto (CANTANHEDE, 2013).

Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu as Terapias Alternativas Complementares (TACs) em unidades de saúde, tendo como objetivo garantir promoção, recuperação da saúde e prevenção de agravos. O destaque ocorreu na atenção básica por meio da proposta de assistência humanizada, integral e continuada em saúde, colaborando para o aumento da resolutividade do sistema (SILVA; CREPSCHI; MILAGRES, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu e reconheceu as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, através da Resolução COFEN-197/1997 (SILVA; LIMA; BASTOS, 2015).

Nota-se que houve crescimento da utilização das medicinas complementares e alternativas (MAC), sobretudo em países ocidentais desenvolvidos. Já nos países em desenvolvimento, a utilização da medicina não convencional tem crescido como um elemento significativo nos tratamentos. Portanto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sua implicação e relação na atuação e formação dos profissionais de enfermagem, deve ser vista como instrumento de capacitação e grande alcance da resolutividade das ações de cidadania e ações em saúde ao usuário do serviço de saúde pública (CALADO *et al.*, 2019).

O SUS passou por diversas transformações nas constituições jurídica, organizacional

e política, com significativa expansão da assistência oferecida à população (ALVIM *et al.*, 2013). A pouca efetividade e o baixo custo no tratamento da medicina tradicional têm sido um dos principais motivos da progressiva introdução das práticas alternativas nos serviços públicos de saúde. Dentre as práticas, a que obteve maior destaque foi homeopatia.

Devido ao grande crescimento da utilização das práticas complementares e alternativas, é necessária a capacitação dos profissionais para reconhecimento dos efeitos colaterais, atendimento e informação aos pacientes por meio das práticas medicinais complementares e interações medicamentosas. Desta forma, existe a necessidade de novos estudos e investigações que auxiliem a análise da relação entre a prática e a formação do enfermeiro (PENNAFORT *et al.*, 2012).

A relação entre a enfermagem e as terapias cativa crescente interesse no campo da saúde no mundo. Fundamentando na formação da enfermagem, compreende-se que ainda existe uma brecha com relação às novas condutas, centradas no paciente, prestando cuidados e proporcionando saúde, entendendo a cultura e valorizando os saberes (GAVIN; OLIVEIRA; GHERARDI-DONA, 2010).

É necessário investir no exercício reflexivo-crítico para alterar mitos, conservadorismo e práticas, através do conhecimento arrojado da participação coletiva, utilizando prática profissional e desenvolvendo autonomia nos lugares em que os profissionais estão inseridos. Logo, compreende-se que são necessárias pesquisas para melhorar essas iniciativas e, da mesma forma, para descobrir intensamente a relação entre as práticas de enfermagem e as terapias complementares e alternativas (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Por isso, faz-se relevante responder à pergunta da pesquisa: qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem da Unidade sobre as terapias integrativas? Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo foi realizado em uma unidade mista no município de Glória do Goitá – PE, o qual está inserido na área de abrangência da I Regional de Saúde, encontrando-se na mesorregião da Zona da Mata pernambucana. A amostra foi composta por profissionais da Enfermagem e trabalhadores da Unidade Hospitalar. O presente estudo teve uma amostra não probabilística intencional, não sendo selecionados de forma aleatória, portanto não sendo possível generalizar os resultados, refletindo a realidade dos profissionais da Enfermagem do local.

Foram incluídos na pesquisa, profissionais que atuam na unidade por um período igual ou superior a um ano; não participaram da pesquisa, profissionais de férias ou afastados.

Os indivíduos foram informados previamente a respeito das características do estudo e de sua participação por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declarando aceitar participar do projeto voluntariamente, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com CAAE: 45330921.7.0000.9227 e tendo sido aprovado com parecer de nº 4.638.297.

Foi utilizado instrumento organizado pelos pesquisadores para coleta de dados com base no instrumento desenvolvido por Milhomem; Lima; Vargas (2018), contendo questões objetivas, distribuídas em três partes: I – Idade, gênero, estado civil e escolaridade; II - Dados socioeconômicos do profissional; II – Conhecimento sobre Práticas integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

A análise estatística foi realizada a partir das respostas contidas nos questionários e dos resultados das avaliações, com a utilização do software Excel e Graph Pad Prism versão 8, através de técnicas descritivas, tais como: tabelas, gráficos e percentuais.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 43 profissionais de saúde entrevistados, 37 dos participantes da entrevista do sexo feminino (86%). A mediana das idades foi de 32,5. Quanto ao estado civil, a prevalência foi de indivíduos casados (44,2%). A escolaridade prevalente no estudo foi de pessoas com ensino médio completo (48,8%), com renda de um salário mínimo (53,55) e residência própria (60,5%) (Tabela 1).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	19	44,2
Solteiro(a)	20	46,5
Separado(a)	01	2,3
União Simples	03	07
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	22	51
Ensino Superior Incompleto	11	25,5
Ensino Superior Completo	10	23,5
<b>Renda familiar</b>		
Até um salário mínimo	23	53,5
Até dois salários mínimos	12	27,9
Acima de dois salários mínimos	08	18,6
<b>Situação Domiciliar</b>		
Própria	26	60,5

Cedida	02	4,6
Alugada	14	32,6
Invasão	01	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Tabela 1. Perfis social, econômico e demográfico dos entrevistados da Unidade Mista do município de Glória do Goitá – PE.

Fonte: Autores.

Andres *et al.* (2020) observou, em um trabalho realizado com 508 enfermeiros de 19 estados brasileiros, que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (85,4%), corroborando com os resultados de Carvalho e Nóbrega (2017), onde 86% dos entrevistados foram mulheres. Além disso, Andres *et al.* (2020) mostrou que houve prevalência de idade entre 31 a 40 anos (42,1%) e de profissionais que trabalham em hospitais (51%), corroborando nossos resultados.

No estudo de Machado *et al.* (2016) verificou-se que 80% dos profissionais tem ensino superior completo e a maioria já estão fazendo pós-graduação à nível de especialização, tais resultados mostraram-se diferentes dos nossos, visto que a prevalência de profissionais enfermeiros entrevistados em Glória do Goitá, apenas 23,5% tinham nível superior completo.

Quanto ao tempo de serviço, 23,2% trabalham há um ano na unidade, 46,5% há mais de um ano e 30,2% há mais de cinco anos. Com relação ao município de residência dos entrevistados, a maioria é de Glória do Goitá (86,1%). Os demais participantes pertencem a cidades circunvizinhas, 9,3% de Feira Nova, 2,3% de Vitória ou Santo Antônio e 2,3% de Chã de Alegria (Figura 1).

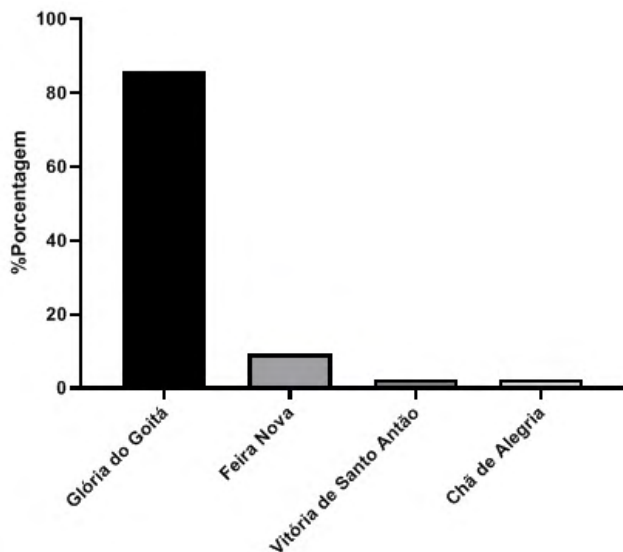


Figura 1. Percentual de participantes de acordo com o município de residência.

Fonte: Autores.

Andres *et al.* (2020) observou que o tempo de atuação na área foi prevalente de 01 a 05 anos (43,5%), dados condizentes com os observados em nosso estudo, nos quais os profissionais (46,5%) tinham vivência na área no mesmo período.

Quanto ao conhecimento sobre PICS, 72,1% afirmaram ter conhecimento, 95,3% acreditam que estas trazem benefícios, 95,3% acreditam que as práticas integrativas influenciam na rotina profissional, contudo 65,1% não utilizam PICS em suas rotinas na unidade de saúde (Tabela 2).

Variáveis	n	%
<b>Você sabe o que são Práticas Integrativas em Saúde?</b>		
Sim	31	72,1
Não	12	27,9
<b>As Práticas Integrativas trazem benefícios à saúde dos profissionais?</b>		
Sim	41	95,3
Não	02	4,7
<b>Na sua rotina de trabalho, você aplica práticas integrativas?</b>		
Sim	15	38,9
Não	28	65,1
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
<b>Você acredita que as práticas integrativas influenciam na rotina profissional?</b>		

Sim	17	100
Não	00	0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais quanto às PICS.

Fonte: Autores.

Gontijo (2017) afirma que os profissionais alegaram ter algum tipo de conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares em saúde, seja por meio da leitura ou com experiências familiares. Dacal (2018) diz que a utilização das PICS é benéfica para o controle de complicações de certas patologias, colocando as práticas utilizadas em um lugar de terapia complementar, que pode aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Isso justifica os resultados nos quais 100% acreditam que as PICS influenciam na rotina profissional e 95,3% acreditam que tais práticas trazem benefícios à saúde.

No tocante às orientações de aplicação de PICS apenas 48,8% (n=21) afirmaram que tiveram. Destas, 38,1% informaram que tiveram instruções na faculdade, 28,6% em cursos profissionalizantes, 19% receberam instruções de outros profissionais da saúde e 14,3% tiveram capacitação hospitalar. Dos 43 entrevistados, 55,8% não se sentem aptos em pôr em prática as PICS. No estudo de Milhomem; Lima; Vargas (2018) verificou-se que 60% dos entrevistados não tiveram orientações na faculdade, não corroborando nossos dados, nos quais a faculdade foi a resposta prevalente.

Dentre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros ainda representam uma pequena parcela dos profissionais que utilizam as PIC em sua prática. Segundo dados do Sistema Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), em 2015, foram realizados 928.436 procedimentos de acupuntura, destes 45% foram feitos por médicos, 40% por fisioterapeutas, 6% por psicólogos e apenas 4% por enfermeiros (BRASIL, 2018).

Barbosa *et al.* (2011) diz que é essencial que o enfermeiro se aproprie das PICS e as ponha em prática não apenas na sua vida, mas em prol da sociedade, uma vez que este profissional tem bastante proximidade da prática terapêutica.

Quando questionados sobre o significado das PICS, apenas 26 participantes responderam. As respostas foram compiladas de acordo com as similaridades (Quadro 1).



n	%	Respostas Compiladas
08	18,6	São práticas realizadas em conjunto, para melhor qualidade dos pacientes que precisam de cuidados especiais.
12	27,9	São tratamentos terapêuticos, que se baseiam em procedimentos não convencionais, buscando a promoção, prevenção e recuperação do corpo, mente e alma. Exemplos: aromaterapia, podologia e arteterapia
06	14	Atividades multidisciplinares dos profissionais de saúde que visam atender e dar assistência aos pacientes, contribuindo para melhoria do paciente.
17	39,5	Não souberam responder.

Quadro 1. Informações compiladas das respostas dos participantes acerca do conceito de PICS.

Fonte: Autores.

Com as respostas apresentadas no Quadro I é relevante a consideração de Paranaçuá; Bezerra (2008) ao afirmar que o gerenciamento das PICS, deve haver estímulo à discussão dessa temática com os setores acadêmicos, da atenção primária à saúde e demais setores, de forma a expandir a proposta. Isso porque muitos têm o conhecimento dos conceitos, contudo não os põe em sua rotina com frequência.

## 4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi percebido que a aplicação das práticas integrativas em uma Unidade de Saúde Hospitalar é essencial, pois, além de ajudar na melhoria do quadro clínico dos pacientes, traz benefícios para os próprios profissionais atuantes no local.

Destaca-se ainda que seja necessária a capacitação profissional para reorganização do cuidado, abrangendo o treinamento e a capacitação da equipe nos aspectos técnicos e educativos que necessitem ser abordados durante a execução das práticas complementares em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T. **Práticas integrativas e complementares no cuidado: aplicabilidade e implicações para a enfermagem.** In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Natal, RN, 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0070pr.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0070pr.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ANDRES, F. C. *et al.* **Conhecimento de enfermeiros acerca das práticas integrativas e complementares em saúde.** Research, Society and Development, v. 9, n. 7, e969975171, 2020.

AZEVEDO, C. *et al.* **Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial.** Escola Anna Nery, v. 23, n. 2, p. e20180389, 2019.

BARBOSA, A. M. *et al.* **Práticas Alternativas e complementares: ampliando o cuidado em atenção básica,** 2011. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/extensao-cultura/trabalhos-extensao-cultura/extensao-cultura-angelica-marques.pdf> >. Acesso em: 12 jun. 2021.

CALADO, R. S. F. *et al.* **Ensino das práticas integrativas e complementares na formação em enfermagem.** Revista de enfermagem UFPE online, v. 13, n. 1, p. 261-267, 2019.

GAVIN, R. O. S.; OLIVEIRA, M. H. P.; GHERARDI-DONA, E. C. S. **Terapias alternativas complementares: uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, n. 4, p. 760-765, 2 jul. 2011.

MACHADO, M. H. *et al.* **Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares.** Enfermagem em Foco, v. 6, n. 2/4, p.15-34, 2016.

MILHOMEM, L. R.; LIMA, M. M.; VARGAS, D. R. M. **Conhecimento dos enfermeiros inseridos na atenção básica sobre as práticas integrativas e complementares em saúde no município de Araguaína – TO.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.11, n.1, p. 21-34, 2018.

PENNAFORT, V. P. S. *et al.* **Práticas Integrativas e o Empoderamento da Enfermagem.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 289-295, 2012.

SILVA, L. B.; LIMA, I. C.; BASTOS, R. A. **Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública.** Revista de saúde pública da UEFS, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p. 40-45, 2015.

SILVA, T. B.; CREPSCHI, J. L. B.; MILAGRES, C. S. **O conhecimento de docentes de enfermagem sobre as terapias integrativas e complementares no sistema único de saúde.** Revista Científica da FHOIUNIARARAS, v. 5, n. 1, 2017.

## BENEFÍCIO DA ACUPUNTURA COMO PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/03/2022

### Nataline Pontes Rodrigues Alves

Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente em Saúde Coletiva- IMIP. Pós-Graduada em Saúde do Trabalhador

**RESUMO: Objetivo:** Identificar fragilidades e potencialidades na atuação do enfermeiro frente a utilização da acupuntura. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica integrativa, que abrangeu publicações nacionais em enfermagem, de 2006 a 2019, encontradas nas bases de dados LILACS, BVS, BVS MTCTI e SCIELO, sendo utilizados 30 artigos para compor a amostra do estudo. **Resultados:** Após a análise dos artigos, 7 (47%) deles traziam a acupuntura como realidade da prática do enfermeiro em contextos de patologias diferentes entre si; 4 (26%) consideram a acupuntura uma possibilidade viável para diagnósticos e intervenções de Enfermagem, assim como ferramenta de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças; e por fim, 4 (26%) artigos elencam aspectos ético-legais e históricos da acupuntura como especialidade da Enfermagem, como aparato de ensino e como instrumento de empoderamento da classe. **Conclusão:** Conclui-se portanto, a atualização técnico-científica, a empatia com as PIC's, junto às implicações éticas-legais que circundam a profissão, o enfermeiro será conhecedor, estará apto caso queira exercer alguma prática e respaldado para

adotar efetivamente essa nova perspectiva de atuação profissional. Considerando o ambiente hospitalar, a Atenção Primária à Saúde e/ou até mesmo em seu próprio consultório de enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acupuntura, Cuidados de enfermagem, Terapia coadjuvante.

### BENEFIT OF ACUPUNCTURE AS INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY IN NURSING CARE

**ABSTRACT: Objective:** To identify weaknesses and potentialities in the performance of nurses regarding the use of acupuncture. **Methods:** This is an integrative literature review research, which covered national nursing publications from 2006 to 2019, found in the LILACS, VHL, VHL MTCTI and SCIELO databases, and 30 articles were used to compose the study sample. **Results:** Supporting the analysis of the articles, 7 (47%) of them brought acupuncture as a reality of nursing practice in contexts of different pathologies; 4 (26%) consider acupuncture a viable possibility for nursing diagnoses and interventions, as well as a tool for health promotion, disease prevention and treatment; Finally, 4 (26%) articles list ethical-legal and historical aspects of acupuncture as a Nursing specialty, as a teaching apparatus and as an instrument of class empowerment. **Conclusion:** It is concluded, therefore, the technical-scientific update, the empathy with the ICPs, along with the ethical-legal implications surrounding the profession, the nurse will be knowledgeable, will be whistle if they want to practice and supported to effectively adopt this

new perspective of action. professional. Considering the hospital environment, Primary Health Care and / or even in your own nursing office.

**KEYWORDS:** Acupuncture, Nursing care, Supporting therapy.

## BENEFICIO DE LA ACUPUNTURA COMO INTEGRATIVA Y COMPLEMENTARIO EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**RESUMEN: Objetivo:** Identificar las debilidades y potencialidades en el desempeño de las enfermeras con respecto al uso de la acupuntura. **Métodos:** Esta es una investigación de revisión de literatura integradora, que cubrió las publicaciones nacionales de enfermería de 2006 a 2019, encontradas en las bases de datos LILACS, VHL, VHL MTCI y SCIELO, y se usaron 30 artículos para componer la muestra del estudio. **Resultados:** apoyando el análisis de los artículos, 7 (47%) de ellos trajeron la acupuntura como una realidad de la práctica de enfermería en contextos de diferentes patologías; 4 (26%) consideran que la acupuntura es una posibilidad viable para diagnósticos e intervenciones de enfermería, así como una herramienta para la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades; Finalmente, 4 (26%) artículos enumeran aspectos ético-legales e históricos de la acupuntura como una especialidad de enfermería, como un aparato de enseñanza y como un instrumento de empoderamiento de clase. **Conclusión:** Se concluye, por lo tanto, que la actualización técnico-científica, la empatía con los ICP, junto con las implicaciones ético-legales que rodean la profesión, la enfermera estará bien informada, será un silbato si quieren practicar y apoyados para adoptar efectivamente esta nueva perspectiva de acción. Profesional Teniendo en cuenta el entorno hospitalario, la atención primaria de salud y / o incluso en su propia oficina de enfermería

**PALABRAS CLAVE:** Acupuntura, cuidados de enfermería, terapia de apoyo.

## INTRODUÇÃO

Partindo do contexto global, onde o modelo biomédico deixa de ser o único protagonista do cenário clínico de assistência dando espaço para novas concepções de cuidado integral, práticas de saúde holísticas e, integralidade do cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem ao longo dos anos fazendo relevante e incentivando seus estados membros a integrarem políticas que racionalizem as Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), como ramos que solidificarão um cuidado amplo à saúde<sup>1</sup>.

A OMS então, concede aval e encoraja o uso das PIC's pelos países membros, tendo sido criado um documento intitulado Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MT) 2002-2005, com vistas ao desenvolvimento de políticas para a implantação de MT, estabelecendo requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso<sup>1</sup>.

Baseando-se na perspectiva da OMS, em 2005, no Brasil, criou-se a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares no Sus, sendo esta perpassada em 2006, pela Portaria de nº 971/2006 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que ratificou a promoção do exercício

multiprofissional de algumas modalidades terapêuticas, e dentre elas a acupuntura<sup>2</sup>.

A acupuntura, hoje praticada em muitos países ocidentais, teve sua origem na antiga China, há milênios, chegando ao Brasil através dos imigrantes chineses que se estabeleceram em sua maior parte no sudeste do país e do professor Frederico Spaeth, que na década de 1950 chegou ao país trazendo consigo arcabouço científico e prático da acupuntura. Desde então, essa terapia destacável da Medicina Tradicional Chinesa toma curiosos acerca de seus métodos, resultados e aplicabilidade pelo mundo, fazendo cerca de 129 países reconhecedores da sua utilização<sup>3</sup>.

A palavra acupuntura deriva do latim *acus* (agulha) e *puntura* (punção), significando punção com agulhas, mas que ainda pode ser aplicada com outros recursos. Essa técnica promove estímulos em pontos energéticos do corpo humano com agulhas finas e metálicas que podem recorrer a manipulação manual, térmica elétrica e/ou por meio de irradiação. E tem como principais resultados o equilíbrio energético, o bem-estar físico, mental, emocional e espiritual, efeitos analgésico, calmante e estimulante<sup>2,4</sup>.

A regulamentação desta prática está ocorrendo em muitos países, porém, varia o perfil do profissional a quem se permite tal prática, sendo muitas vezes condição primeira que o profissional tenha formação em medicina ocidental como principal requisito. No Brasil, a acupuntura tem sido defendida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, entretanto, foi aceita como especialidade no âmbito dos Conselhos de outras categorias profissionais de saúde, desde a década de 1970<sup>5</sup>.

E a Enfermagem como a área de saúde que tem o cuidado como pilar e como principal objetivo assistencial o bem-estar do cliente/paciente, assistência técnico-científica, responsável e humanizada do cuidar estabelece estreita relação com a filosofia que edificou a acupuntura e a medicina chinesa<sup>5</sup>.

Vindo assim a considerar, a enfermagem se inseriu neste contexto e ao longo das últimas décadas vem adotando a acupuntura enquanto especialidade e está alicerçada atualmente pela Resolução do COFEN nº585/2018, que reconhece a acupuntura como especialidade/qualificação do enfermeiro. Diante desta conjuntura, muitos enfermeiros utilizam-se da acupuntura como intervenção, enquanto tantos outros identificam nesta prática uma via alternativa para promoção da saúde (no contexto da saúde pública e privada), prevenção e tratamento de doenças/síndromes, dentre outras aplicabilidades, que permitem esta terapia ser incluída no desenvolvimento do plano de cuidados de Enfermagem<sup>3</sup>.

A Enfermagem brasileira vem alimentando reflexões críticas acerca dos valores, da liberdade de ação, da consciência e da atualização de conhecimento científico enquanto fundamentos e princípios profissionais, envolvendo juízos, crenças e convicções<sup>5</sup>. Nessa ótica, há questionamentos Éticos e legais na Enfermagem sobre a prática da acupuntura, onde se requer maior participação no processo de inserção da acupuntura e de sua prática como especialidade, sob pena de se verem aleijados da possibilidade de exercê-la e

explorar suas vantagens <sup>(5,6, 10)</sup>.

Assim, esse trabalho justifica-se com a necessidade de analisar, através de uma revisão integrativa de literatura, o cenário de atuação do enfermeiro na acupuntura, buscando compreender a ciência deste profissional em aplicar essa terapia para o cuidado integral ao paciente. Assim como, identificar pontos relevantes dentro da realidade da Enfermagem sobre essa prática. Sendo assim, surge o seguinte questionamento: Qual o cenário de atuação do enfermeiro na prática de acupuntura?

Logo, o objetivo desse estudo é: identificar fragilidades e potencialidades na atuação do enfermeiro frente à utilização da acupuntura como ferramenta de ações da Enfermagem.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre o tema acupuntura e enfermagem, entre 2006 e 2019. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes<sup>7</sup>.

A revisão integrativa da literatura propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado<sup>7,8</sup>.

Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) formulação do problema/questão norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada, apresentar a revisão<sup>7</sup>.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Medline* (Literatura Internacional em Saúde), SCIELO, BVS e BVS MTCL (Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas). Os descritores utilizados foram: Acupuntura, Práticas integrativas e complementares, Terapias complementares, Medicina Tradicional Chinesa e Enfermagem holística, havendo cruzamento entre eles.

Os critérios de inclusão foram artigos na língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados a partir de 2006 até 2019, que apresentassem compatibilidade com a questão norteadora da pesquisa. Como critérios de exclusão foram relacionados os seguintes itens: artigos com o tema abordado, porém sem concordância com a proposta temática, artigos que não estivessem publicados em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol e os artigos que não estivessem com acesso gratuito na íntegra.

De forma independente, foram aplicados testes de relevância, elaborados conforme

os critérios de inclusão, aos títulos e, em seguida, aos resumos. A pesquisa incluiu artigos originais, artigos de revisão e editoriais escritos na língua inglesa e portuguesa. A amostra para leitura na íntegra constituiu-se por 30 artigos; deste quantitativo apenas 15 atendiam à proposta da pesquisa.

As informações extraídas dos estudos selecionados foram organizadas por meio de um instrumento, validado pela URSI em 2005<sup>8</sup>. Assim, realizou-se a avaliação/leitura crítica dos estudos incluídos a partir das informações coletadas.

O período de coleta dos dados foi de julho a agosto de 2019. Do material obtido, 30 artigos procederam-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Seguindo os critérios de inclusão, 15 estudos foram selecionados para análise, sendo três na base de dados LILACS, oito na SCIELO, um na base BVS MTCI e três MEDLINE. A data de publicação dos artigos variou entre 2006 a 2019, sendo 2016 o ano de maior publicação com três artigos (20%), os quais são referenciados no presente texto. Foi construído um esquema que representou o fluxograma de pesquisa em base de dados, contemplando quantitativo de artigos científicos encontrados, testes de relevância aplicados (1 e 2) e seus aspectos, seguindo as etapas de identificação dos artigos, triagem, elegibilidade e aqueles estudos incluídos.

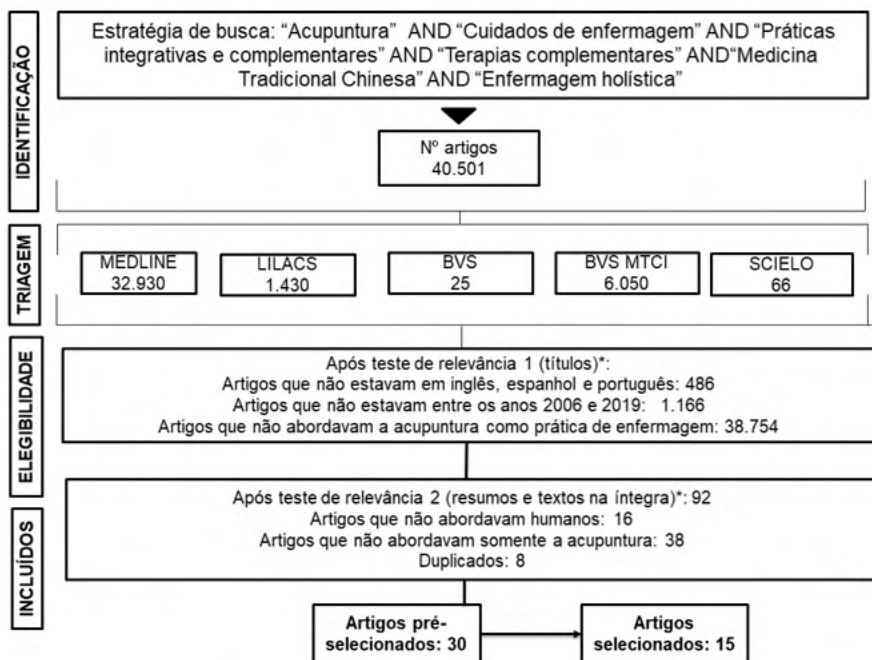


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão dos estudos

Fonte: elaboração própria.

## RESULTADOS

O fluxograma contido na Figura 1 apresenta os descritores utilizados na estratégia de busca bem como o processo de seleção dos artigos. Foram encontradas 40.051 referências nas bases de dados. A seleção por título resultou em 92 artigos, dos quais 30 artigos foram pré-selecionados para leitura e, destes, apenas 15 compuseram a presente revisão, após a aplicação do teste de relevância 2 aos resumos e aos textos na íntegra.

Considerando a amostra total de estudos selecionados 15, obtiveram-se os seguintes resultados: 15 (100%) possuíam no mínimo dois autores enfermeiros e, deste quantitativo, 13 (86%) artigos possuíam autores enfermeiros acupunturista; dos estudos escolhidos entre 2006 e 2019, o ano de 2016 apresentou maior incidência, com 3 (20%) artigos publicados.

De acordo com o tipo dos estudos desta pesquisa obtiveram-se os seguintes tipos: descritivos e exploratórios, com 6 (40%), revisões da literatura integrativas e sistemáticas, com 5 (33%) artigos, 2 (13%) estudos reflexivos, 1 (7%) estudo quase-experimental e mais 1 (7%) relato de experiência, totalizando assim 15 estudos.

Acerca do idioma de publicação dos estudos, 2 (13%) estavam em língua inglesa, porém com disponibilidade também em língua portuguesa, e os outros 13 (87%) artigos, todos publicados em português. Discutindo ainda as bases de dados onde os estudos selecionados foram buscados, tiveram-se: LILACS com um quantitativo de 3 (20%), SCIELO com 8 (53%) estudos, BVS MTCI dispondo de 1 (7%) artigo escolhido e base MEDLINE com 3 (20%) de todos os estudos.

No que diz respeito ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, 13 (87%) foram publicados em revistas de enfermagem geral e 2 (13%) em revistas médicas.

Tendo em vista que o período de publicação dos estudos foi entre 2006 e 2019, ou seja, 13 anos, foram quantitativos entre 2006 e 2009, 4 (27%) de estudos, entre 2010 e 2013, 4 (27%), de 2014 a 2017 tiveram 3 (20%) artigos e a seleção dos anos 2018 e 2019 resultaram em 4 (27%) de estudos incluídos nesta pesquisa.

Sendo relevante destacar o caráter que cada estudo apresenta em relação a atuação do enfermeiro frente a acupuntura. Dos estudos selecionados, 7 (47%) deles traziam a acupuntura como realidade da prática do enfermeiro em contextos de patologias diferentes entre si; 4 (26%) consideram a acupuntura uma possibilidade viável para diagnósticos e intervenções de Enfermagem, assim como ferramenta de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças; e por fim, 4 (26%) artigos elencam aspectos ético-legais e históricos da acupuntura como especialidade da Enfermagem, como aparato de ensino e como instrumento de empoderamento da classe.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra: duas revisões bibliográficas, um estudo analítico e prospectivo, uma revisão



integrativa, dois estudos exploratória, descritiva e com abordagem quantitativa, um caso assistencial, com caráter qualitativo e descritivo, uma investigação de natureza exploratória descritiva, um relato de experiência, com abordagem qualitativa, e, por fim um estudo de reflexão.

Após seleção dos artigos, ao total foram encontrados 30 artigos através dos seguintes descritores e a associação do operador booleano “AND” entre todos: Acupuntura, Cuidados de enfermagem, Práticas integrativas e complementares, Terapias complementares, Medicina Tradicional Chinesa e enfermagem holística. Dentre esses artigos, foram selecionados 15 estudos entre os anos de 2006 a 2019, que serão apresentados no quadro abaixo (Quadro 1), expondo um panorama geral dos artigos avaliados.

Nº do estudo	TÍTULO	AUTORES	LOCAL/ANO	TIPO	OBJETIVO(S)	RESULTADOS
1	Acupuntura e enfermagem no cuidado à pessoa obesa	Sebold, LF, Radunz, V, Rocha PK	Florianópolis/SC 2006	Relato de experiência, com abordagem qualitativa	Fazer uma reflexão sobre a eficiência e a eficácia da inter-relação entre o cuidado de enfermagem e a acupuntura, no tratamento à pessoa obesa.	Através do cuidado de enfermagem e da acupuntura realizada, conseguiu-se o restabelecimento energético, que possibilitou, além da diminuição do peso, o equilíbrio emocional.
2	Cuidados do enfermeiro acupunturista ao paciente com angina estável: uma relação rumo à integralidade	Villela MPC, Lemos, MÊS	Belo Horizonte/MG 2010	Revisão teórica	Identificar as relações da acupuntura com os cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente com angina estável.	Associar acupuntura aos cuidados do enfermeiro no campo da integralidade da atenção. A inserção da acupuntura nos cuidados do enfermeiro requer capacitação para sua aplicação
3	Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa	Goyatá SLT, Avelino CCV, Santos SVM	Brasília/DF 2016	Revisão integrativa da literatura	Avaliar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade E a qualidade desses estudos	Os resultados mostram efeitos positivos e estatisticamente significativos do uso da Acupuntura para tratamento de indivíduos com ansiedade.

4	Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura	Brasii VV, Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA	Goiânia/GO 2008	Descritivo-analítico	Analisar a QV dos Portadores de dor crônica que utilizam Acupuntura. Estudo descritivo-analítico realizado Em uma clínica de acupuntura em Goiânia – GO, Entre janeiro e fevereiro de 2006.	Todos afirmaram que houve mudanças na QV após início da acupuntura, com o alívio da dor. A despeito da dor crônica, as pessoas Consideraram-se bem de saúde.
5	Protocolo de laser-acupuntura para hipertensão arterial sistêmica primária: ensaio clínico randomizado	Pereira RDM, Alvim NAT, Pereira CD, Junior SCSG	Ribeirão Preto/ 2018	Ensaio clínico randomizado	Avaliar a eficácia de um protocolo para laser-acupuntura, desenvolvido e aplicado por enfermeiros em pacientes com hipertensão arterial.	Observou-se redução significativa da pressão arterial sistólica ( $p<0,001$ ) e diastólica ( $p<0,001$ ) dos participantes do braço intervenção, evento não verificado no braço simulado; pelos resultados constatou-se eficácia do protocolo.
6	Acupuntura na hipertensão arterial sistêmica e suas contribuições sobre diagnósticos de enfermagem	Pereira RDM, Alvim NAT, Pereira CD, Junior SCG	Rio de Janeiro/RJ 2017	Reflexão teórica/ revisão integrativa da literatura	Realizar uma análise reflexiva sobre o conhecimento produzido acerca da utilização da acupuntura como tratamento complementar à saúde de pessoas com hipertensão.	Os achados foram organizados e discutidos em duas categorias que apresentam as principais evidências da prática como tratamento complementar à saúde de pessoas hipertensas e suas contribuições para o cuidado a partir da intervenção sobre diagnósticos de enfermagem.
7	Acupuntura em adultos com neuropatia periférica induzida por quimioterapia: uma revisão sistemática	Baviera AF, Paula KOJM, Toneti BF, Sawada NO	Ribeirão Preto/ SP 2019	Revisão sistemática da literatura	Analisar e sintetizar o conhecimento sobre o efeito da acupuntura nos sintomas Da neuropatia periférica induzida por quimioterapia em adultos com câncer	Dos cinco artigos incluídos, quatro eram estudos de corte e um era um estudo quase experimental. Todos os artigos mostraram que a acupuntura estava associada a uma melhora na neuropatia periférica, mas o tipo de protocolo, o uso de medicamentos, o tempo de tratamento e as diferenças entre as medidas de desfecho dificultaram a comparação entre os estudos.

8	Tratamento com acupuntura: avaliação multidimensional da dor lombar em gestantes	Martins ES, Tavares TMCL, Lessa PRA, Aquino PS, Castro RCMB, Pinheiro AKB	São Paulo/SP 2018	Estudo quase-experimental	Avaliar os efeitos Da acupuntura no tratamento da dor lombar em gestantes No segundo e terceiro trimestre de gravidez.	A técnica de acupuntura realizada em até seis sessões, em 56 gestantes com dor lombar referida, proporcionou efeitos positivos favoráveis à saúde das participantes. Segundo a avaliação de mensuração da dor, houve redução estatisticamente significativa na dor lombar das gestantes logo a partir da segunda sessão e diminuição gradativa com os avançar do número de sessões. Não houve eventos adversos graves relacionados à acupuntura.
9	Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto	Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FNS, Santos JDM, Moura MAP, Gouveia MTO	São Paulo/SP 2019	Revisão integrativa da literatura	Identificar na literatura nacional e internacional, estudos sobre a eficácia de métodos não farmacológicos na redução da dor do parto.	Foram selecionados 19 artigos. Dentre os métodos não farmacológicos encontrados, destacamos: a acupuntura e suas principais variações (acupressão e auriculoterapia) (29,17%), hidroterapia (25%), exercícios perineais com a bola suíça (16,67%), terapias térmicas (8,33%) E os demais métodos (20,83%).
10	Acupuntura para intervenção de diagnósticos de enfermagem: avaliação de experts e especialistas de enfermagem	Pereira RDM, Alvim NAT	Rio de Janeiro/RJ 2016	Descritivo-exploratório e qualitativo	Apresentar consenso de expertises em diagnósticos de enfermagem e especialistas em acupuntura acerca da aplicação da técnica na intervenção de diagnósticos de enfermagem	O consenso formulado permitiu concluir que os diagnósticos de enfermagem podem sofrer intervenções por meio da acupuntura, podendo tanto ser aplicada por enfermeiros especialistas quanto indicada por outros não especialistas, mas que reconheçam na acupuntura uma possibilidade interventiva.

11	Acupuntura como tecnologia para intervenção aos diagnósticos de enfermagem	Pereira RDM, Alvim NAT	Recife/PE 2016	Descritivo-exploratório, qualitativo	Identificar diagnósticos de enfermagem passíveis de intervenção por meio da acupuntura	Identificados 20 diagnósticos de enfermagem na perspectiva da Taxionomia II da North American Nursing Diagnosis Association International, de diferentes classes e domínios
12	Enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura segundo a percepção de enfermeiras	Kurebayashi LFS, Freitas GF, Oguisso T	São Paulo/SP 2008	Exploratório	Identificar e analisar as percepções dos enfermeiros acerca das enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura.	A acupuntura foi mais utilizada para o tratamento de estresse (3/21, equivalente a 10,7%) e para ansiedade, enxaqueca, lombalgia, mioma e obesidade (2/21, correspondente a 7,1% cada uma). Foi mais sugerida para o tratamento de doenças músculo-esqueléticas (34/82, equivalente a 41,5%), e doenças crônico-degenerativas (8/82, equivalente a 10%).
13	Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem	Santos VP, Freitas PC, Bessa MS, Veraci JM, Clayre OQ, Aguiar AA	Fortaleza/CE 2012	Teórico-reflexivo/exploratória e sistemática	Analisar a possibilidade do empoderamento da enfermagem a proposta de insercao Das praticas integralizantes no ato de cuidar em enfermagem	As pesquisas demonstraram que o desconhecimento dos enfermeiros em relação a legislação e a falta de Capacitação específica são limitações para a atuação profissional nessa área.
14	A possibilidade de contribuição da acupuntura no ensino da simulação clínica em enfermagem	Santos MC, Leitec MCL, Heckd RM	Porto Alegre/RS 2011	Teórico-reflexivo	Dar início às discussões das Práticas pedagógicas inovadoras e ativas das simulações morfofuncionais e clínicas em enfermagem junto a referencias complementares em saúde, neste caso, a acupuntura.	Há a necessidade de desenvolver este recurso pedagógico (acupuntura no ensino da simulação clínica em enfermagem) com vistas a ampliar o ensino da simulação clínica em enfermagem

15	Terapias alternativas complementares; uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem	Gavin ROS, Oliveira MHP, Gherardi-Donato ECS	Ribeirão Preto/SP 2010	Descritivo-exploratório-prospectivo	Identificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o uso, Pelo enfermeiro, das Terapias Alternativas Complementares (tacs).	Os dados apontaram que as tacs são pouco abordadas no curso de graduação em enfermagem, que O conhecimento dos acadêmicos é obtido pelo senso comum e que a maioria desconhece o respaldo legal do Conselho Federal de Enfermagem.
----	--	--	------------------------	-------------------------------------	--	--

QUADRO 1- Artigos selecionados para a revisão, classificados por local e ano, tipo de pesquisa, e objetivo. João Pessoa – PB, 2019.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo principal a identificação da atuação do enfermeiro na utilização da acupuntura como ferramenta de suas ações e, suas fragilidades e potencialidades, sendo assim, observou-se nos artigos que compõem a amostra o uso da acupuntura por enfermeiros para tratamento de várias enfermidades e quadros dolorosos fisiológicos e crônicos, assim como artigos que trazem diagnósticos de enfermagem (DE) passíveis da intervenção da acupuntura como ação de enfermagem; além de estudos que trouxeram as Práticas Integrativas e Complementares ainda na graduação de Enfermagem, como aporte do processo de ensino, com enfoque na acupuntura.

A Enfermagem caracteriza-se por ser uma profissão com uma visão globalizada, que reconhece e compreende os indivíduos que vivem em diferentes lugares do planeta, em diferentes culturas e, portanto, os aspectos de cuidado são adaptados a cada realidade, de forma a perceber a transculturalidade dos indivíduos<sup>7</sup>. Integrando a esta abordagem, tem-se a Acupuntura como uma das formas de cuidar, legalmente reconhecida, que a enfermagem pode utilizar<sup>9</sup>.

O complexo de sistemas que forma o organismo humano, a partir da tradição oriental da acupuntura, é injetado por pontos superficiais e profundos onde os meridianos e canais orgânicos percorrem e possuem alta condutividade de potencial elétrico. Nestes canais percorrem o Qi carregado de informações neuroquímicas específicas e com alto poder de autorregulação quando adequadamente gatilhados em um circuito terapêutico<sup>9</sup>.

Para o cuidado de enfermagem, a acupuntura se apresenta como uma tecnologia de intervenção capaz de atender o homem em uma perspectiva mais integral e menos farmacológica. Além disto, pode representar uma atividade autônoma para os enfermeiros especialistas ou uma alternativa de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, prescrição/planejamento de cuidados por profissionais não especialistas, ao reconhecerem nesta prática uma possibilidade de diagnóstico e intervenção no cuidado de

seus pacientes<sup>9,11</sup>.

Segundo a Resolução n.º 197/97 do COFEN que estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, por meio da Resolução COFEN n.º 326/2008 autoriza o Enfermeiro a utilizar a Acupuntura em suas condutas profissionais, de forma autônoma, após comprovar sua formação técnica específica, perante o COFEN<sup>10</sup>. Resultando assim no embasamento e no empoderamento da Enfermagem diante de sua autonomia no cuidado mais holístico<sup>15</sup>.

A acupuntura, bem como a enfermagem, baseia-se na proposta de integralização do cuidado à saúde, não tendo como foco a doença, mas sim as respostas humanas produzidas na relação do ser com o meio<sup>(5,14,15)</sup>. Essas respostas são avaliadas por meio da identificação de sinais e sintomas para que, então, se estabeleça um diagnóstico sindrômico, por padrões associativos, que no caso da AP são especificados na literatura como diagnósticos energéticos, e, na enfermagem, como diagnósticos de enfermagem (DE)<sup>4,13</sup>.

Foram postos nesta revisão quinze artigos (quadro 1), estudos estes que tratam a AP no tratamento complementar de obesidade (1), angina estável (2), ansiedade (3), dores crônicas (4), hipertensão arterial sistêmica (5 e 6) e neuropatia periférica (7); assim como condutas de acupuntura na enfermagem obstétrica (artigos 8 e 9), DE estudados e passíveis de terem a AP como intervenção (10 e 11), possíveis enfermidades curadas e curáveis com AP pela enfermagem (12) e, o empoderamento da enfermagem frente as práticas integrativas e complementares (13), a acupuntura como uma ferramenta de apoio para ensino clínico da enfermagem (14) e um estudo que traz a visão do acadêmicos de enfermagem (15) do interior Paulista.

De acordo com os sete primeiros estudos listados (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7) que tiveram a AP como prática auxiliar do tratamento de condições como obesidade, doenças crônicas e transtorno de ansiedade, a AP apresentou em todos os estudos resultados positivos, incidindo em absoluto sob o bem-estar dos pacientes, promovendo um equilíbrio energético no corpo humano que conseqüentemente permite ao indivíduo maior capacidade de clareza das ideias, refletindo também na percepção da autoimagem e autoestima. Características estas, indispensáveis ao aspecto psicológico para evolução positiva de qualquer quadro clínico<sup>11</sup>.

Estes resultados se deram expressivamente no estudo 1, que segundo relato da paciente, a perda de peso foi apenas uma consequência e, que os marcadores mais relevantes para o seu tratamento foram o equilíbrio emocional e reestabelecimento energético alcançados durante e após o tratamento. O que também se deu nos pacientes que possuíam hipertensão arterial sistêmica primária que foram submetidos às sessões de laser-acupuntura, e que além do controle e manutenção dos níveis pressóricos relataram sua melhora de autocontrole e tomada de decisões (estudo 5), corroborando assim as perspectivas de cuidado integralizado dentro da prática da Enfermagem.

Ainda seguindo a mesma linha de pensamento, os estudos 2, 3, 4, 6 e 7 desenvolveram vertentes de aplicabilidade da AP em casos que necessitavam uma abordagem integralizada e uma prática com visão holística do paciente, já que se tratava de patologias sistêmicas e que vêm a interferir na capacidade física e psicológica do indivíduo. Condições cardiovasculares e neuromusculares resultantes da HAS, da angina estável, transtorno de ansiedade e de quadros de dores crônicas (podendo citar dores de cabeça/enxaqueca, em membros superiores, de coluna, entre outras não citadas no estudo) são focos do tratamento da AP, porém os resultados expuseram uma resolubilidade mais ampla, atendendo também as esferas de estado geral e da saúde mental.

Os aspectos de ineficiência do sistema imunológico e quadros de dores proveniente da quimioterapia que incidem em neuropatia periférica induzida por quimioterapia (NRIQ) e as dores são apostas motivadoras para o uso da acupuntura como estimulante de neurotransmissores atuantes na produção de células imunes e com ação analgésica, sendo esta última a maior intenção clínica do estudo exposto. Este estudo (7) traz como a AP como alicerce para as demais intervenções de enfermagem previstas nas taxonomias dentro do diagnóstico dor aguda e crônica.

Outra área de utilização da acupuntura como recurso terapêutico é a obstetrícia. A técnica de acupuntura realizada em até seis sessões, em 56 gestantes com dor lombar referida, proporcionou efeitos positivos favoráveis à saúde das participantes (objeto de estudo do artigo 8) e as dores fisiológicas pélvicas e lombares no parto (estudo 9) são situações clínicas onde requerem intervenções pontuais do enfermeiro. É neste contexto que se inseriu a AP como prática auxiliar de tratamento destas dores, o que se evidenciou no estudo 8, um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, ocorrido no período de junho a outubro de 2016, na Universidade Federal do Ceará. Participaram todas as gestantes com queixas de dor lombar, com idade gestacional entre 14 e 37 semanas. A amostra em seu absoluto apresentou uma redução de mais de 50% na dor. Algumas mulheres tiveram sua dor cessada antes de completar as seis sessões e houve melhora nas atividades prejudicadas pela dor, depois do tratamento em todas as gestantes. Além da dor lombar, as gestantes referiam melhorias percebidas em outros aspectos, como: relaxamento, stress, cefaléia, ansiedade, humor e ânimo.

O estudo 9 trata-se de uma revisão integrativa da literatura, contribuindo com um levantamento que incidiu em ações não farmacológicas que foram aplicadas no parto. E os resultados encontrados foram; destacando-se a acupuntura e suas principais variações (acupressão e auriculoterapia, a hidroterapia, os exercícios perineais com a bola suíça, terapias térmicas e outros métodos. Sendo a acupuntura mais amplamente utilizada com alto nível de eficiência neste tipo de dor, com 29,17% de incidência de aplicabilidade.

Ambos os estudos apresentados acima verificaram a AP como um subsídio amplamente eficaz não somente atendendo ao caráter obstétrico, mas a cascatas de sintomas decorrentes do diagnóstico de dor. Ascendendo assim uma soma de recurso

terapêutico passíveis de inserção nas rotinas de intervenção de enfermagem.

Para mais dos estudos já apresentados, além de artigos sobre casos clínicos específicos, esta revisão da literatura também buscou mais diagnósticos de Enfermagem passíveis de terem a AP como recurso de intervenções. E esta busca obteve resultados a partir da leitura crítica dos estudos 6, 10, 11 e 12. O de número seis (6) abordou além da perspectiva hipertensão artéria sistêmica. Foram observados pelos enfermeiros-acupunturistas neste estudo outros diagnósticos que podiam ser associados a HAS e, que também poderiam estar dissociados desta, mas que seria cabível a intervenção com a acupuntura.

Os estudos (10, 11 e 12) tiveram como objetivo principal apenas pesquisa entre profissionais “experts” em diagnósticos de enfermagem e em acupuntura ou medicina tradicional chinesa, além de investigar entre as enfermeiras quais doenças elas já trataram enquanto pacientes com a acupuntura e enquanto profissionais quais possíveis enfermidades seria possível a aplicação da AP.

E o mais enriquecedor dos resultados das discussões entre os profissionais de Enfermagem do estudo 10 é que, foram identificados 20 diagnósticos de enfermagem sob a perspectiva da Taxionomia II da North American Nursing Diagnosis Association International, de diferentes classes e domínios (todos os diagnósticos listados pelos expertises tiveram como referência a classificação da taxionomia II da NANDA-I e foram verificados quanto aos seus domínios, classes e indicadores diagnósticos, isto é, as características definidoras, os fatores relacionados ou de risco).

E do artigo 11 do quadro, foram sinalizados como DE passíveis de intervenção por acupuntura: dor aguda, dor crônica, mobilidade física prejudicada, nutrição alterada, náuseas, diarreia, constipação, ansiedade, insônia, fadiga, eliminação urinária alterada, integridade cutânea prejudicada, intolerância a atividade, sofrimento espiritual, campo energético perturbado disfunção sexual, amamentação ineficaz. Os DE referidos encontram relações com a classificação da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), alguns inclusive já apontados na literatura como passíveis de intervenção, principalmente, os relacionados com o campo da promoção da saúde<sup>15</sup>. Devendo-se destacar que esta taxonomia é amplamente utilizada pela Enfermagem brasileira.

Ainda no mesmo direcionamento, o artigo 12 explorou o conhecimento sobre a acupuntura, trazendo que as enfermeiras fizeram uso da terapia por acupuntura para tratamento de estresse (em sua maior parcela), ansiedade, dores como lombalgia e cervicalgias, queixas ginecológicas e distúrbios metabólicos. Porém, estas indicavam dores musculoesqueléticas e crônico-degenerativas como aquelas que poderiam ser tratadas com a terapia por acupuntura.

Visto que já foram até aqui discutidos aspectos do emprego clínico da AP pela enfermagem (artigos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) e as possíveis dimensões diagnósticas



aplicáveis a acupuntura (10, 11 e 12), também torna-se considerável a pertinência da AP como aparato complementar do ensino clínico simulativo da enfermagem. Esse estudo (14) discutiu a possibilidade emergente da inserção dos conhecimentos oriundos da acupuntura como contribuição para as práticas pedagógicas do ensino clínico simulado da graduação em enfermagem. Afirmou-se neste estudo que há necessidade de desenvolver a AP como recurso pedagógico objetivando viabilizar uma ampliação do processo ensino-aprendizagem da simulação clínica em enfermagem.

No artigo 15, se também é explorada sapiência a respeito da acupuntura, contudo, a pesquisa foi feita com acadêmicos do curso de Enfermagem de uma universidade privada do interior Paulista em 2007. Estes explicitaram que PIC's são pouco abordadas no curso de graduação em enfermagem, que o conhecimento dos acadêmicos é obtido pelo senso comum e que a maioria desconhece o respaldo legal do Conselho Federal de Enfermagem. O que não condiz com a realidade fora da academia, já que as práticas integrativas e complementares são práticas emergentes e ofertadas pelos serviços de saúde. Esse cenário favorece assim a necessidade de absorção das PIC's nos campos de ensino-aprendizagem e de ações de saúde da enfermagem para que influencie positivamente o processo saúde-doença, prevenção e promoção da saúde.

O décimo terceiro estudo listado contextualiza e discute como a Enfermagem encontra-se “engessada” em suas práticas, atendo-se apenas ao modelo hospitalar e permitindo, em sua maioria, somente a este influência sob suas intervenções. Embora não combine com a busca por novas teorias e percepções, que caracteriza a Enfermagem.

Este artigo mostra por meio de um estudo teórico-reflexivo, construído com base na leitura crítica da PNPIC, no SUS e em estudos científicos atuais que a Enfermagem não se apropriou de sua capacidade inovadora de promover um cuidado humanizado, amplo e que faça ascender a autonomia dos indivíduos frente às novas perspectivas de uso das PIS's.

Outro aspecto relativamente negativo neste cenário é, a associação da prática da acupuntura à conduta médica por parte da população, o que vem a não ratificar a competência técnico-científica de outros profissionais que adotem a AP como recurso terapêutico<sup>4</sup>.

Admite-se assim, diversos caminhos possíveis a serem trilhados dentro da vastidão funcional da terapia por acupuntura. Fazer uso auxiliar das teorias diagnósticas e embasamento teórico-filosófico e científico da Medicina Tradicional Chinesa dentro da academia pode vir a ser uma cena futura do panorama de ensino da Enfermagem no Brasil. Assim como, a autonomia profissional da Enfermagem, a estabelecer mais consultórios de Enfermagem onde se oferte a AP como uma ação/intervenção desta profissional. Essas são perspectivas futuras, mas que ainda tem que transgredir as fragilidades da descrença, da ignorância, do modelo biomédico enraizado na cultura ocidental de saúde e da inércia das camadas profissionais na “mesmice” clínica.

## CONCLUSÃO

Frente ao já exposto, esta revisão traz evidências de que os estudos sobre acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa são muitos, porém, aqueles que associem estas à prática clínica da Enfermagem ainda possuem um número não tão expressivo.

Outras especialidades da Enfermagem que possuem maior ênfase no contexto profissional, detêm deste destaque por serem diretamente ou não associadas ao ambiente hospitalar ou da Atenção Primária à Saúde (APS), que historicamente são vistos como os “únicos” ambientes onde os profissionais da enfermagem trabalham e podem desenvolver suas atribuições. O que não contribui de maneira positiva para a visão do enfermeiro acupunturista<sup>16</sup>.

Contudo, compreende-se que o principal desafio que se coloca aos enfermeiros é sua participação na implementação da atividade da acupuntura, seja como profissão ou como especialidade da sua categoria profissional. A cultura profissional depende em grande parte do interesse daqueles que atuam em abertura de novos campos a serem explorados<sup>11</sup>.

Sendo assim, acredita-se que os enfermeiros devam ultrapassar essas barreiras e enfrentar a nova oportunidade que se abre para a profissão que se vislumbra nesse início de século, caminhando em busca do aperfeiçoamento tecnológico. Deste modo, este fato poderá contribuir, para que o profissional de enfermagem possa se inserir de modo participativo e consciente para identificar e conhecer outros problemas de saúde, talvez desconhecidos pelo próprio paciente colaborando desta maneira para aliviar os males do indivíduo<sup>5</sup>.

Diante do exposto, a formação acadêmica, a atualização técnicocientífica e a afinidade com as PIC's, junto às implicações éticas-legais que circundam a profissão, o enfermeiro será conhecedor, estará apto caso queira exercer alguma prática e respaldado para adotar efetivamente essa nova perspectiva de atuação profissional; com viabilidade ainda de exercer suas ações de maneira autônoma considerando o ambiente hospitalar, a Atenção Primária à Saúde e/ou até mesmo em seu próprio consultório. De maneira a estimular ainda o empreendedorismo possível a Enfermagem<sup>(4,15,16)</sup>.

Este presente estudo poderá contribuir para maior despertar da comunidade acadêmica acerca da utilização da acupuntura dentro das atividades do cuidar da Enfermagem, viabilizando ainda estudos futuros considerando a relevância da autonomia dos enfermeiros para com as PIC's.

## REFERÊNCIAS

1. Kawakita K, Okada K. Acupuncture therapy: mechanism of action, efficacy, and safety: a potential intervention for psychogenic disorders? *Biopsychosoc Med*. 2014; 8:4. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1751-0759-8-4>

2. Organização Mundial de Saúde. Novas Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para fomentar o uso adequado das Medicinas Tradicionais [Internet]. Genebra; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) [Internet]. Brasília (DF); 2015. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>
4. Salles LF, Ferreira MZJ, Silva MJP, Turrini RNT. Terapias Complementares na Enfermagem: levantamento bibliográfico. *Nursing* (São Paulo). 2007;9(105): 94-8.
5. Kurebayashi LFS, Oguisso T, Freitas GF. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):210-2.
6. Freitas GF. Conceituação sobre direito e normas Éticas e legais. In: Oguisso T, organizador. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. Barueri: Manole; 2015. p.159-72.
7. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. 9º Ed. Porto Alegre. Artmed; 2018.
8. Ursi ES. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
9. Ross J. *Combinações dos pontos de acupuntura: a chave para o êxito clínico*. São Paulo: Roca. 2015.
10. Resolução COFEN nº. 326/2008 - Regulamenta no Sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3262008\\_5414.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3262008_5414.html).
11. Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. *Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica*. 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. [documento da internet]. Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [acessado 2019 ago 25]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/npic.pdf>.
13. Organização Mundial de Saúde/Unicef. *Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978*. Brasília: Ministério da Saúde; 1979.
14. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
15. Salles LF, Ferreira MZJ, Silva MJP. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Paulo: Yendis, 2011.
16. Paranaquá TTB, Bezerra ALQ. *Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas*. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(2):261-7.

# CAPÍTULO 13

## A PROPOSTA DA “CLÍNICA AMPLIADA” COMO HUMANIZAÇÃO NA CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO DE CONDIÇÃO HUMANA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 02/12/2021

**Eliane Ramos Pereira**

Enfermeira. Psicóloga. Pós-Doutora em Enfermagem. Doutora em Enfermagem

Niterói- RJ- Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

**Laís Gomes Santuche Pontes**

Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação

Científica PIBIC-UFF

Niterói- RJ- Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-6540-4282>

**Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva**

Professora Titular da Universidade Federal Fluminense-EEAAC/UFF. Enfermeira.

Psicóloga. Pós-Doutora em Filosofia (UERJ/IFCH); Doutora em Psicologia Social (UERJ/IFCH) e Doutora em enfermagem (UFRJ/

EEAN)

Niterói- RJ- Brasil

<http://orcid.org/0000-0002-6403-2349>

**Sueli Maria Refrande**

Enfermeira. Pós-Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem

Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Niterói- RJ- Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-1862-3455>

**Vanessa Carine Gil de Alcantara**

Psicóloga. Pós-Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal

Fluminense-EEAAC. Professora e Supervisora de Psicologia nas Faculdades Integradas Maria

Thereza

Niterói- RJ- Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-8508-0163>

**RESUMO:** A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e tem como proposta o bem-estar físico, psicológico e social do paciente. Ademais, é válido ressaltar que a humanização na assistência de enfermagem é primordial para o enfermeiro e para o paciente, pois tem como objetivo um cuidado humanizado. Sendo assim, a junção da clínica ampliada e do tratamento humanizado dos profissionais enfermeiros acarreta para o bem do sujeito e dos próprios enfermeiros. Em consequência disso, se tem como o objetivo a necessidade da reflexão sobre a proposta da clínica ampliada como a humanização na concepção dos enfermeiros. A metodologia é teórico-reflexiva. Posto isso, é notório que os pacientes que recebem os cuidados através da clínica ampliada apresentam uma melhora significativa, visto que, recebem um atendimento individualizado. Diante disso, como contribuições potenciais, vislumbra-se a ampliação da discussão referente à Clínica Ampliada nos diversos serviços de saúde que, apesar de haver amparo legal para sua efetivação, ainda se mostra aquém do desejado. A proposta é fazer com que esse assunto seja amplamente debatido, com vistas a sensibilizar profissionais de saúde e gestores, para superar obstáculos impostos por desconhecimento da Clínica Ampliada, que há tanto tempo é

negligenciada, e assim, colocá-la em prática. Para tal fim, esta reflexão pode subsidiar novas temáticas para área de educação permanente em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização da Assistência; Cuidados de Enfermagem; Relações Enfermeiro-Paciente; Acolhimento; Qualidade da Assistência à Saúde.

## THE PROPOSAL OF THE “EXPANDED CLINIC” AS HUMANIZATION IN THE CONCEPTION OF NURSES: A QUESTION OF HUMAN CONDITION

**ABSTRACT:** The Expanded Clinic is one of the guidelines of the National Humanization Policy and aims at the physical, psychological and social well-being of the patient. Moreover, it is worth mentioning that humanization in nursing care is essential for nurses and patients, because it aims at humanized care. Thus, the combination of the expanded clinic and the humanized treatment of nursing professionals entails for the good of the subject and of the nurses themselves. Then, the objective is the need for reflection on the proposal of the expanded clinic as humanization in the nurses’ conception. The methodology is theoretical-reflexive. That said, it is notorious that patients who receive care through the expanded clinic present a significant improvement, since they receive individualized care. Therefore, as potential contributions, we can see the expansion of the discussion regarding the Expanded Clinic in the various health services, which, despite the fact that there is legal support for its implementation, is still below the desired. The proposal is to make this subject widely debated, with a view to sensitizing health professionals and managers, to overcome obstacles imposed by ignorance of the Expanded Clinic, which has been neglected for so long, and thus put it into practice. To this end, this reflection can support new themes for the area of continuing health education.

**KEYWORDS:** Humanization of Assistance; Nursing Care; Nurse-Patient Relationships; Reception; Quality of Health Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado é um dos objetivos centrais da enfermagem no Brasil e demais países. A humanização na assistência de enfermagem é primordial para o enfermeiro e para o paciente, pois traz consigo a capacidade de exercer um cuidado integral voltado para o indivíduo como um todo.

O cuidado profissional é um instrumento para ajudar o outro, é uma forma de se relacionar com o outro, o que implica uma responsabilidade da enfermagem com o paciente, o que favorece uma atenção individualizada, onde o técnico e o humano se complementam para uma assistência integral. (YÁÑEZ-DABDOUB, VARGAS-CELIS, 2018).

Para que a humanização seja colocada em prática, é necessária a utilização de metodologias que denotam o saber desses profissionais que carregam em si o cuidado como base profissional, logo, não permitindo que o cansaço, devido à jornada de trabalho exaustiva, os faça prestar uma assistência robotizada. Sendo assim, foi criada a Clínica Ampliada que tem como proposta o bem-estar físico, psicológico e social do paciente, não

focando somente na doença.

A Clínica Ampliada (CA) é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde pública. Está baseada em maior autonomia e responsabilidade do usuário sobre seu tratamento, na valorização da história pessoal do usuário, assim como no envolvimento da família e da comunidade. Também propõe que a atenção à saúde seja feita por uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas. (BRASIL, p.68, 2009 apud ROEHE; DOS PRAZERES, 2018).

O surgimento da clínica ampliada conceitua uma visão diferencial na condição humana, pois a mesma modifica a perspectiva do empenho que os profissionais enfermeiros possuem. Tendo em vista a importância da saúde do paciente e do profissional, lembrando que cada sujeito é diferente, desse modo, precisam de atenção, um cuidado completo e individualizado.

[...] “a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASIL, p.22, 2009 apud DAMIÃO, et al, 2021).

Compreender a necessidade da implementação da Clínica Ampliada como a humanização na concepção dos enfermeiros se retrata de um olhar holístico, ou seja, os enfermeiros passam a fazer os seus atendimentos abordando além do processo saúde-doença, mas também identificando os problemas mentais, espirituais ou físicos que ocorrem. Dessarte, os profissionais enfermeiros são capacitados a prestar um trabalho humanizado, utilizando a sua sensibilidade, empatia, zelo, comprometimento, ética e respeito.

Em consequência, é primordial entender que tal proposta é uma questão de condição humana para a realização de um melhor atendimento, sendo assim, é imprescindível prestar uma assistência na integralidade do indivíduo, almejando não colocar a doença como a única preocupação da vida, procurar entender o sujeito e buscar um tratamento que o ajude a superar os problemas acometidos pela doença, sendo ele físico ou não.

O artigo é realizado com o objetivo de refletir a proposta da Clínica Ampliada como a humanização na concepção dos enfermeiros, considerando a sua importância como uma questão de condição humana.

## 2 | METODOLOGIA

A reflexão presente neste artigo trata-se de uma revisão de literatura, acerca da abordagem documental em bases de dados científicos por meio de descritores, no qual, relatam a importância e a necessidade da clínica ampliada, a humanização na relação enfermeiro-paciente e a concepção dos enfermeiros como uma questão de condição humana. A pesquisa reflexiva é desenvolvida com fundamento em uma leitura crítica, comprovando a relevância de uma discussão nessa perspectiva. O conhecimento dos autores é de suma pertinência para a temática estudada, apesar de ser exclusivamente

reflexiva. Através das buscas realizadas com os descritores utilizados, foram encontrados poucos estudos a respeito desse tema, assim sendo, se faz necessária a realização dessa reflexão. A partir disso, pode-se identificar a falta do conhecimento sobre a Clínica Ampliada na vivência dos enfermeiros. As buscas realizadas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde procederam mediante as bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF, totalizando em nove artigos encontrados, no qual, foram incluídos apenas três textos que obtiveram relação com o estudo apresentado e como critérios de exclusão: artigos com redundâncias e indisponíveis para leitura. A busca se deu por meio do uso dos descritores de Humanização da Assistência, Cuidados de Enfermagem, Relações Enfermeiro-Paciente, Acolhimento e Qualidade da Assistência à Saúde. Ademais, obteve-se a aplicação de artigos retirados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) para pesquisa e aprimoramento do estudo, em conjunto, das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. O artigo proposto fez reflexões voltadas diretamente aos seres humanos, assim, não sendo necessária a submissão no Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3 | DISCUSSÃO

O estudo realizado nesse artigo propõe descrever sobre a proposta da Clínica Ampliada como a humanização na concepção dos enfermeiros, tendo em vista a sua importância para o campo da saúde e educação, adquirindo como foco o apontamento e explicação da necessidade de contemplar um cuidado mais humanizado, possibilitando assim estudos que esclarecem a indispensabilidade de uma educação humanizada que promovem uma saúde voltada para o tratamento físico e psicológico. Observa-se que é primordial estabelecer uma ligação de acolhimento com o paciente, buscando evidenciar todos os problemas que acarretam para a piora da doença.

O processo de cuidar está diretamente relacionado a uma ação que ocorre entre dois ou mais indivíduos, gerando, direta ou indiretamente, algum tipo de relação interpessoal. Ele abrange diversos aspectos cotidianos, tornando possível uma dinâmica de troca entre o cuidador e a pessoa que recebe o cuidado, estabelecendo assim uma experiência recíproca. (LIMA, et al, 2018).

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, no qual, sugere uma visão diferenciada do processo saúde-doença. Entender a necessidade da criação da Clínica Ampliada é compreender a singularidade de cada sujeito mediante a doença, buscando visar o bem-estar físico, mental e social. A Clínica Ampliada objetiva ajudar e acolher o sujeito de modo diferenciado, capacitando os profissionais de saúde a lidarem com a humanização em busca do tratamento adequado.

Ampliar a clínica significa ser capaz de reconhecer o que é necessário para cada pessoa e para cada coletivo em cada momento, de modo a ampliar as possibilidades de vida e de autonomia. (NASCIMENTO, et al, 2019).

Sendo assim, no momento do atendimento, deve-se escutar o sujeito para que

possa buscar os motivos que levaram o surgimento da doença, entender como ele se sente, a sua relação com a família e com o ambiente no qual vive, no intuito de alcançar a recuperação da sua saúde.

A proposta da Clínica Ampliada busca compreender alguns eixos fundamentais, tendo em vista a importância da saúde do paciente e do profissional, lembrando que cada sujeito é diferente, desse modo, precisa de atenção, um cuidado completo e individualizado. Os eixos propostos são:

[...] Compreensão ampliada do processo saúde-doença, [...] Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, [...] Ampliação do “objeto de trabalho”, [...] A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, [...] Suporte para os profissionais de saúde[...]. (NASCIMENTO, et al, 2019).

Ademais, um dos focos centrais é ensinar o profissional da saúde a trabalhar de maneira digna, empática, ética e decisiva utilizando o seu lado humano para prestar um serviço de qualidade, outro detalhe, é que tal proposta procura atender-se também com a saúde do profissional, entendendo que não adianta servir um atendimento singularizado se o mesmo não se encontra em boas condições físicas ou psicológicas para realizá-lo.

É válido enfatizar que ao abordar a indispensabilidade da Clínica Ampliada no contexto de promover uma saúde digna e de valor é pensado em humanização. A humanização na saúde é a soma de técnicas, ações, ética, entre outros, que promovem a qualidade para a realização de um melhor atendimento para os usuários e oportunidade melhor de trabalho para o profissional. A humanização é à base de uma assistência digna empenhando-se para melhores relações entre o paciente e o profissional, alcançando assim um diagnóstico preciso.

Outrossim, ao refletir sobre humanização interligamos a assistência de enfermagem. A enfermagem é baseada no cuidado tendo a humanização como fator primordial para uma assistência de qualidade, não focando apenas na doença do paciente, mas entendendo todas as complexidades até o surgimento da mesma.

[...] o enfermeiro se destaca como protagonista do cuidado [...] evidenciar tal protagonismo profissional mostra condições de possibilidade de contribuição para o cuidado de enfermagem, uma vez que na oportunidade do atendimento de um dos dispositivos da PNH no exercício de sua função na prática cotidiana, o enfermeiro pode colocar em evidência o seu trabalho na interlocução com os usuários do sistema de saúde. (SOUZA, et al, 2019)

A visão holística trabalhada pelos enfermeiros favorece o encadeamento da humanização, pois utiliza um tratamento individualizado identificando os problemas mentais, espirituais ou físicos que ocorrem. Trabalhar de maneira humanizada é acolher o paciente, dar atenção e dedicação.

Com o desenvolvimento do conhecimento humano sobre o processo saúde-doença, alguns aspectos da prática clínica ganharam uma importância demasiada, de modo a interferir na eficácia e na qualidade desta prática.



(NASCIMENTO, et al, 2019).

Ao descrever a importância da utilização do cuidado humanizado exercido pelo profissional de enfermagem na Clínica Ampliada, é essencial destacar que os mesmos aplicam o seu saber científico para prestar uma melhor assistência e muitas vezes lidam com o cansaço, tentando não permitir que os faça trabalhar de forma robotizada, pois visam como principal objetivo proporcionar um atendimento adequado ao sujeito.

Essa situação é ocasionada por dificuldades de ordem socioeconômicas, uma vez que tal atividade profissional é subvalorizada socialmente e apresenta remuneração insatisfatória, o que termina por obrigar os indivíduos a aumentar a carga horária, fazer mais plantões e trabalhar em jornadas extenuantes, conciliando muitas vezes o trabalho com a dedicação aos estudos, em função das mesmas dificuldades socioeconômicas, o que pode favorecer o desgaste físico e mental. (MURASSAKI, MELO & MATSUDA, 2013 apud MELLO, et al, 2018).

À vista disso, um dos eixos abordados pela Clínica Ampliada em que se refere ao “suporte para os profissionais de saúde” demonstra que não é possível trabalhar em situações que os mesmos se encontram vulneráveis.

É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades perante identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. (NASCIMENTO, et al, 2019).

A proposta da Clínica Ampliada traz em si o repensar na maneira de se fazer saúde, sendo importante para a humanização na concepção dos enfermeiros, pois como já foi relatada, a enfermagem utiliza de um saber científico, além disso, são capacitados a aplicarem a empatia, zelo, atenção, acolhimento, ética, comprometimento e respeito para que possa acarretar na recuperação do sujeito.

Ao refletir sobre tal questão, nota-se a imprescindibilidade da humanização pontuada pela Clínica Ampliada e a utilização da mesma na assistência de enfermagem, pois devido a isso, os pacientes que recebem esses cuidados humanizados conseguem lidar com a doença de forma diferenciada, ajudando inclusive no seu prognóstico. Por essa razão, a Clínica Ampliada muda não só o método utilizado no tratamento do doente, mas também na maneira que os profissionais enfermeiros lidam com as situações, conseqüentemente, concedendo cada vez mais um atendimento de qualidade para todos.

Na assistência em saúde, a escuta ativa envolve interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda do paciente. (OLIVEIRA, et al, 2018).

Compreender que é essencial a humanização proposta pela Clínica Ampliada na concepção dos enfermeiros demonstra um olhar transformador para o cuidado, devido a maior sensibilidade que é utilizada no momento dessa assistência, buscando sempre

escutar o paciente e deixá-lo à vontade para falar, e logo após, tentar solucionar os seus problemas.

A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e a respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. (BORGES, et al, 2017).

Assim sendo, é válido ressaltar que o paciente precisa, algumas vezes, apenas ser escutado, e a proposta da Clínica Ampliada inclui exatamente isso, ou seja, modifica o trabalho do enfermeiro moldando nele o princípio fundamental da escuta, para que a mesma possa ser sempre realizada. Outra relevância é assistência por parte do profissional enfermeiro, pois utilizando a humanização como base, modifica o seu conhecimento ao realizar a prescrição do paciente, tendo como objetivo um cuidado singular e integral. Reflete-se, então, a necessidade da ampliação da clínica acerca da humanização que é atribuída aos enfermeiros no momento do cuidado, sendo essa, uma questão de condição humana tanto para o paciente quanto ao enfermeiro.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realizado teve em vista a importância da proposta da Clínica Ampliada e a sua relação com a humanização na assistência de enfermagem, visto que, o seu surgimento apresenta um diferencial na condição humana, em razão de aprimorar o trabalho dos profissionais enfermeiros e o cuidado para com o paciente. Tal proposta permite que os enfermeiros trabalhem a partir de uma visão holística, sendo de suma relevância no momento do atendimento para que ocorra um diagnóstico de qualidade.

Diante disso, como contribuições potenciais, vislumbra-se a ampliação da discussão referente à Clínica Ampliada nos diversos serviços de saúde que, apesar de haver amparo legal para sua efetivação, ainda se mostra aquém do desejado. Esse assunto deve ser amplamente debatido, com vistas a sensibilizar profissionais de saúde e gestores, para superar obstáculos impostos por desconhecimento da Clínica Ampliada, que há tanto tempo é negligenciada. A pandemia de COVID-19 reforçou o quão são urgentes pautas inclusivistas na saúde, para que possamos enfim acolher as pessoas com empatia, sensibilidade, comprometimento, ética, estabelecer vínculo intra humano e levá-las ao cuidado integral. Para tal fim, esta reflexão pode subsidiar novas temáticas para área de educação permanente em saúde.

Salienta-se que a escassez de artigos que tratem sobre a temática limita o debate a respeito do tema, ou seja, fazem-se necessárias pesquisas para uma avaliação que abranja outros cenários além de investigação qualitativa a respeito da Clínica Ampliada, para verificar a qualidade da capacitação dos profissionais e seu impacto para o atendimento.

Deve-se considerar também levantamento nos pontos de atenção à saúde de referência em instituições que pratiquem por longa data a Clínica Ampliada para sabermos a respeito do atendimento as pessoas, além de conhecer a experiência de quem prestou o cuidado e quem o recebeu sob a perspectiva da Clínica Ampliada.

## REFERÊNCIAS

BORGES, Addeline Pereira et al. **Acolhimento na atenção básica: caderno do aluno**. 2017. Disponível em: [https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1514/ItSab\\_MatDid\\_ETSUS-PI\\_AcolhimentoAtencaoBasicaCadernoAluno\\_FinalRepositorio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1514/ItSab_MatDid_ETSUS-PI_AcolhimentoAtencaoBasicaCadernoAluno_FinalRepositorio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CURVO, D. R. et al. **Integrality and clinic expanded in the promotion of the right to the right to health of people in street situation**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 10, n. 25, p. 58-82, 2018. Disponível em: <http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5025/5204>.

DAMIÃO, DOMINGOS BOMBO; FADEL, CRISTINA BERGER; ZAGO, MARIA CRISTINA. **Abordagens Teóricas e Empíricas**. [livro digital] 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-89826-65-1.pdf>

HENRIQUE, Francisca Clarice Rodrigues; DE FREITAS, Francisco Bruno Queiros; BARBOSA, Mariza Maria Alves. **Clínica Ampliada na Atenção Básica de um Município do Sertão Central do Ceará na Perspectiva da PNH**. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), v. 6, 2019. Disponível em: <http://reservas.fcrs.edu.br/index.php/eedic/article/view/3788>.

LIMA, Adeânio Almeida; JESUS, Daniele Santos de; SILVA, Tainara Leal. **Technological density and humanized care in nursing: the reality of two health services**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hyG95Z36vtmCP37Rp4SSBgH/abstract/?lang=pt>.

MELLO, Rita de Cassia Corrêa; REIS, Luciana Bicalho; RAMOS, Fabiana Pinheiro. **Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202018000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000200002)

MICHELAN, Vanessa Cecília de Azevedo; SPIRI, Wilza Carla. **Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva**. Revista brasileira de enfermagem, v. 71, p. 372-378, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dFvxZ3XkxhzxJLRGZF3xZyR/abstract/?lang=en>

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do et al. **Clínica Ampliada no Contexto da Atenção Primária em Saúde**. Fiocruz, 2019. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/18576/1/livro\\_CESF\\_U2M3.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/18576/1/livro_CESF_U2M3.pdf)

OLIVEIRA, Maria José Santos et al. **A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde**. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 6, n. 2, p. 33-38, 2018. Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/4732/pdf#](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4732/pdf#)

ROEHE, M. V.; DOS PRAZERES, D. R. **Concepção de homem na Clínica Ampliada: uma proposta de orientação fenomenológico-existencial**. II Simpósio de Produção Científica da UNIFESSPA, 2018. Disponível em: [https://spc.unifesspa.edu.br/images/SPC\\_2018/M.-V.-Roehe1--D.-R.-dos-Prazeres2-.pdf](https://spc.unifesspa.edu.br/images/SPC_2018/M.-V.-Roehe1--D.-R.-dos-Prazeres2-.pdf)

SANTOS, Bianca Marques dos, et al. **A percepção dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado humanizado: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2800-2807, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/P9GZPw3nNdF4wJxZ4qKMcDj/?format=pdf&lang=pt>

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa, et al. **Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/abstract/?format=html&lang=pt>

YÁÑEZ-DABDOUB, Macarena; VARGAS-CELIS, Ivonne. **Cuidado humanizado em pacientes con limitación del esfuerzo terapêutico en cuidados intensivos: desafios para enfermería.** Persona y Bioética, v. 22, n. 1, pág. 56-75, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/832/83257398005/83257398005.pdf>

## CUIDADO DE ENFERMAGEM EMERGENCIAL À PESSOA QUE SOFREU QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 06/01/2022

### Julia da Fonseca Krappe de Oliveira

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem  
Chapecó – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0002-0818-1112>

### Andressa de Paula

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem  
Chapecó – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0002-6263-1671>

### Elisama Pricila Matzembacher

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem  
Chapecó – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0001-9862-840X>

### Táisa Pereira da Cruz

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem  
Chapecó – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0002-3027-6433>

### Jaqueline Arboit

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem  
Palmeira das Missões– Rio Grande do Sul  
<http://orcid.org/0000-0002-6610-5900>

### William Campo Meschial

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem  
Chapecó – Santa Catarina  
<https://orcid.org/0000-0002-0678-6126>

**RESUMO: Introdução:** As queimaduras são consideradas um problema de saúde pública no Brasil. Nesse sentido, o enfermeiro que atua no atendimento de emergência as pessoas que sofrem queimaduras deve possuir conhecimentos e habilidades para uma assistência resolutiva e livre de riscos. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas sobre o cuidado de Enfermagem emergencial à pessoa que sofreu queimaduras. **Metodologia:** Revisão integrativa, cuja busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: *Cinahl*, *Medline/PubMed*, *Scopus* e *Embase*; em periódicos específicos da área de queimaduras e nos portais eletrônicos: Portal Regional da BVS e Portal Capes. Para a busca nas bases de dados e portais eletrônicos foram empregados Descritores em Ciências da Saúde e os respectivos *Medical Subject Headings*. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados de 2016 a 2021 e que respondessem à pergunta de revisão. Como critério de exclusão elencou-se artigos que abordassem a temática exclusivamente com a população pediátrica. **Resultados:** A amostra da revisão foi composta por cinco artigos. Os resultados foram agrupados em quatro categorias pré-definidas que correspondem ao Processo de Enfermagem: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem. **Conclusões:** O número reduzido de estudos da amostra revela uma lacuna na literatura científica quanto à assistência de enfermagem ao paciente com queimaduras na fase emergencial, utilizando-se o Processo de

Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Queimaduras, Enfermagem em Emergência, Processo de Enfermagem.

**ABSTRACT: Introduction:** Burns are considered a public health problem in Brazil. In this sense, the nurse who works in emergency care for people who suffer burns must have knowledge and skills for resolving and risk-free care. **Objective:** To identify scientific evidence on emergency nursing care for people who have suffered burns. **Methodology:** Integrative review, whose search for articles was performed in the following databases: Cinahl, Medline/ PubMed, Scopus and Embase; in specific periodicals in the area of burns and in the electronic portals: Portal Regional da VHL and Portal Capes. For the search in databases and electronic portals, Descriptors in Health Sciences and the respective Medical Subject Headings were used. The inclusion criteria adopted were: original articles available in Portuguese, English or Spanish, published from 2016 to 2021 and that answered the review question. As an exclusion criterion, articles that addressed the theme exclusively with the pediatric population were listed. **Results:** The review sample consisted of five articles. The results were grouped into four predefined categories that correspond to the Nursing Process: Nursing History, Nursing Diagnoses, Nursing Planning and Implementation, and Nursing Assessment. **Conclusions:** The small number of studies in the sample reveals a gap in the scientific literature regarding nursing care for patients with burns in the emergency phase, using the Nursing Process.

**KEYWORDS:** Burns, Emergency Nursing, Nursing Process.

## 11 INTRODUÇÃO

As queimaduras são consideradas um importante problema de saúde pública, com impacto relevante na morbimortalidade de crianças e adultos no Brasil, além de afetar substancialmente a qualidade de vida dos sobreviventes. São responsáveis por sequelas psicológicas e sociais que acometem tanto a pessoa que sofre o agravo, como também seus familiares (AIQUOC, et al., 2019).

Estimativas apontam que ocorrem aproximadamente 2 milhões de casos de queimaduras anualmente no Brasil, sendo que o Sistema Único de Saúde destina cerca de R\$ 55 milhões/ano para o tratamento desses pacientes. Somam-se à essa casuística as demais mortes em decorrência de queimaduras químicas, escaldaduras e elétricas (SANTOS, et. al., 2016).

Dados do inquérito Vigilância de Violências e Acidentes em Unidades Sentinelas de Urgência e Emergência, envolvendo 90 serviços de urgência e emergência brasileiros, verificou que predominaram as queimaduras em adultos, com idade entre 20 e 39 anos (40,7%); em homens (57%); ocorridas no domicílio (67,7%); ocasionadas pelo contato com substâncias quentes (52%). Os acidentes domésticos sobressaíram-se em crianças e adolescentes de 0 a 15 anos (92%) em idosos (84,4%) e em mulheres (81,6%). Acidentes ocupacionais acometeram indivíduos com idades entre 16 e 59 anos (73,6%). O encaminhamento das vítimas para internação hospitalar esteve relacionado aos casos envolvendo idosos, crianças e adolescentes. As injúrias ocorridas na população em idade

produtiva apresentaram associação com o uso de álcool e o local de trabalho. Entre as mulheres, encontra-se associação com o domicílio e substâncias quentes (MALTA et al, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), as queimaduras são definidas como feridas traumáticas que acometem o tecido epitelial e seus anexos, podendo atingir também outras estruturas como músculos, tendões e ossos. Os principais agentes causadores são: chama direta, líquidos e superfícies superaquecidos, agentes químicos, eletricidade, agentes radioativos, radiação solar, combustível, extremo frio e explosões (BRASIL, 2012).

Independente das circunstâncias em que ocorrem as lesões e do agente causal envolvido, é reconhecido pela literatura científica que quanto antes a vítima receber medidas de primeiros socorros e atendimento profissional de urgência e emergência, melhor será o seu prognóstico. Além disso, o atendimento inicial realizado de maneira precoce proporciona conforto ao paciente e minimiza seu sofrimento. Nesse sentido, o enfermeiro que atua no atendimento de emergência as pessoas que sofrem queimaduras deve possuir conhecimentos e habilidades adequadas para realizar uma assistência resolutiva e livres de riscos ao paciente, além de saber realizar uma comunicação efetiva com o paciente, familiares e toda equipe multidisciplinar envolvida no atendimento (MESCHIAL et al., 2021).

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE). Quanto ao PE, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009, estabelece que este deve ser implantado em todas as unidades de atendimento de saúde que forneçam assistência de enfermagem (COFEN, 2009). No entanto, a implantação do PE nos setores de emergência é apontada como problemática, por se tratar de um serviço dinâmico de resposta rápida, de curta permanência e, conseqüentemente, de alta rotatividade de pacientes. Essas características contribuem para a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que se deparam com dificuldades, como o registro de informações no prontuário do paciente e elaboração do PE (BARRETO, 2019).

Sabe-se que a implantação e implementação do processo de enfermagem, consiste em uma necessidade emergente em diferentes cenários de cuidado, especialmente em serviços de urgência e emergência. No entanto, observa-se na prática profissional dos enfermeiros diversas dificuldades na operacionalização dessa metodologia científica, principalmente no que tange a padronização da linguagem e qualificação dos registros de enfermagem.

Na área de queimaduras são escassas as publicações que abordam a realização das etapas do processo de enfermagem em pacientes que sofreram esse tipo de agravo, principalmente na fase aguda da queimadura, ou seja, nas primeiras 48 a 72 horas após a lesão. Desse modo, tem-se como objetivo identificar as evidências científicas sobre o cuidado de enfermagem emergencial a pessoa que sofreu queimaduras. Ressalta-se

que a realização de uma revisão integrativa da literatura contribuirá para o avanço do conhecimento em uma área que ainda é pouco explorada na prática profissional e nas pesquisas em enfermagem.

## 2 | MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um tipo de estudo com coleta de dados, a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. A revisão integrativa tem como objetivo sintetizar os resultados de múltiplos estudos que possuem uma questão ou tema em comum, de maneira sistematizada, ordenada e abrangente. Este delineamento metodológico tem potencial para sintetizar evidências para a qualificação da prática clínica da enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A partir do referencial teórico adotado para a presente revisão, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do problema, pesquisa na literatura, avaliação dos estudos primários, análise dos dados dos estudos primários e apresentação da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na primeira etapa, foi estabelecida a questão de revisão com base na estratégia PICO (JBI, 2014) - pessoa que sofreu queimaduras (P - População); cuidado de enfermagem (I - Fenômeno de Interesse); atendimento emergencial (Co - Contexto): quais as evidências científicas acerca do cuidado de enfermagem em situações emergenciais à pessoa que sofreu queimaduras?

O processo de busca dos artigos foi desenvolvido nas bases de dados *Cinahl* (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health*), *National Library of Medicine (Medline)* via portal *PubMed*, *Scopus* e *Embase*. Buscando ampliar o corpus do estudo, realizou-se também a busca em periódicos específicos da área de queimaduras: *Revista Brasileira de Queimaduras*, *Burns*, *Burns Open* e *Burns & Trauma*. O levantamento dos estudos também foi realizado nos portais eletrônicos: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

A realização da busca em diferentes bases de dados, portais eletrônicos e em periódicos, bem como o emprego de estratégias de busca distintas objetivou ampliar a possibilidade de captação de evidências que respondessem à questão de revisão e atender as especificidades de cada fonte da pesquisa. Destaca-se que esta busca foi realizada no mês de novembro de 2021.

Para a busca da literatura, foram empregados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e respectivos *Medical Subject Headings (MeSH)*: “queimaduras”, “processo de enfermagem”, “enfermagem em emergência”, “terminologia padronizada em enfermagem”, “cuidados de enfermagem”, “nursing”, “burns”, “burn injury”, “burns trauma”, “major burns”, e “burned limb”. Estes descritores controlados foram combinados utilizando os operadores booleanos AND e OR. As bases de dados, portais eletrônicos e as



respectivas estratégias de busca são apresentadas no Quadro 1.

Base de dados e Portais Eletrônicos	Estratégias de busca
<i>Cinahl</i>	nursing AND “burns” OR “burn injury” OR “burns trauma” OR “major burns” OR “burned limb”
<i>MedLine/PubMed</i>	“nursing AND “burns” OR “burn injury” OR “burns trauma” OR “major burns” OR “burned limb”
<i>Scopus</i>	nursing AND “burns” OR “burn injury” OR “burns trauma”
Portal de Periódicos da Capes	burns AND “nursing process” AND “emergency” AND “nursing burns”
Portal Regional da BVS	queimaduras AND “processo de enfermagem” AND “enfermagem em emergência” OR “terminologia padronizada em emergência” OR “cuidados de enfermagem”

Quadro 1 - Bases de dados, portais eletrônicos e estratégias de busca empregadas na revisão integrativa. 2021.

Fonte: os autores

Para a busca nos periódicos específicos da área de queimaduras não foi possível estabelecer o cruzamento entre os descritores. Desse modo cada descritor foi consultado isoladamente no campo de busca. O processo de busca e seleção foi realizado por dois pesquisadores de modo independente, visando minimizar viés de seleção dos estudos e interpretação dos resultados. Após este processo foi realizada uma reunião de consenso e quando necessário, foi contatado um terceiro revisor.

Na etapa de avaliação dos estudos primários, os artigos oriundos do processo de busca foram analisados quanto aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2016 a 2021 (últimos cinco anos) e que respondessem à pergunta de revisão. Em relação aos critérios de exclusão elencou-se artigos científicos que abordem a temática exclusivamente com a população pediátrica.

Após a definição da amostra do estudo de revisão, foi construída uma planilha no *Microsoft Excel*<sup>®</sup> para extração das informações visando a caracterização dos artigos selecionados, referente ao título, autores, país no qual o estudo foi realizado, ano de publicação, periódico, cenário em que o estudo foi desenvolvido, participantes, desenho do estudo, principais resultados e nível de evidência. Após a extração das informações relevantes de cada artigo, foram realizadas leituras profícuas e exaustivas da amostra, realizando a separação dos artigos em subgrupos, agrupamento dos resultados conforme semelhanças e construção de generalizações.

Para a apreciação crítica dos estudos incluídos na revisão, foi avaliado o nível de evidência considerando a classificação de Melnyk; Fineout-Overholt (2005): nível I –

metanálise de estudos controlados e randomizados; nível II – estudo experimental; nível III – estudo quase experimental; nível IV – estudo descritivo/não experimental ou com abordagem qualitativa; nível V – relato de caso ou experiência; nível VI – consenso e opinião de especialistas.

Para a apresentação dos resultados, elaborou-se o relatório final da revisão e discussão dos achados com a literatura. Foram apresentadas ainda as principais contribuições da revisão para o avanço do conhecimento na área abordada e suas implicações para prática profissional de enfermagem.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra dessa revisão integrativa foi composta por cinco artigos que atenderam aos critérios de inclusão preestabelecidos (Quadro 2). Três estudos foram conduzidos no Brasil e publicados no idioma português, os demais foram publicados no idioma inglês e realizados no Irã. Todos os artigos foram publicados em periódicos específicos da enfermagem, destacando-se a revista *Nursing Open*, que publicou dois artigos. No que tange ao cenário em que as pesquisas foram realizadas, destacaram-se os Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), sendo que todos os serviços eram referência para pessoas que sofreram queimaduras. Os participantes dos estudos da amostra variaram entre pacientes, enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem. Já em relação ao nível de evidência, a maioria dos estudos foram classificados como nível IV.

N.	Autoria/ Ano/País	Idioma	Periódico	Cenário	Participantes	Desenho	Nível de Evidência
1	SILVA, I.T.S et al. 2021/Brasil	Português	Revista Escola de Enfermagem – USP	CTQ	120 pacientes queimados 50 enfermeiros especialistas	Observacional Qualitativo	IV
2	COSTA, I.B et al. 2020/Brasil	Português	Revista Enfermagem Brasil	Complexo hospitalar, referência no atendimento às vítimas de queimaduras	144 pacientes vítimas de queimaduras	Observacional Quantitativo	IV
3	NETO, V.L.S et al. 2018/Brasil	Português	Revista Enfermagem-UERJ	CTQ	5 enfermeiros que prestam assistência ao paciente queimado	Estudo de caso	V
4	LOTFI, M et al. 2019/Irã	Inglês	<i>Nursing Open</i>	Enfermaria de queimados	66 estudantes de enfermagem	Longitudinal	IV
5	KHAJEEHGOODARI, M et al. 2020/Irã	Inglês	<i>Nursing Open</i>	CTQ	430 pacientes com queimaduras	Observacional Quantitativo	IV

Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos na amostra da revisão. 2021.

No Quadro 3, apresenta-se os objetivos dos artigos da amostra, o desenho metodológico adotado e os principais resultados e conclusões apresentados pelos autores. Verifica-se a predominância de estudos observacionais (60%), sendo dois de caráter quantitativo e um qualitativo. Um dos estudos era longitudinal e outro correspondia a um estudo de caso.

N.	Título	Objetivo	Principais resultados/ Conclusões
1	Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para pacientes hospitalizados por queimaduras	Elaborar uma proposta de um subconjunto terminológico da Internacional Classificação da prática de enfermagem para pacientes queimados.	Para o desenvolvimento da proposta, na primeira etapa empregou-se um roteiro de entrevista e exame físico estruturado a partir das necessidades humanas básicas de Horta. Identificaram-se 278 termos constantes na CIPE® e 49 não constantes. A partir dos termos identificados foi possível a elaboração de 40 diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais 36 foram validados. Desses, 26 foram classificados como necessidades psicobiológicas, nove psicossociais e apenas um como necessidade psicoespiritual. Para os enunciados de diagnósticos/resultados elaborados foram acordadas 132 intervenções de enfermagem, das quais 119 foram validadas. Os enunciados validados retratam as necessidades humanas básicas de pessoas com queimaduras, sendo as psicobiológicas as mais predominantes.
2	Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional	Caracterizar a assistência de enfermagem prestada às vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de emergência no nordeste brasileiro.	Foi necessário realizar abordagem cirúrgica em 41% dos pacientes; em 68,8% o tópicó utilizado no curativo foi Sulfadiazina de Prata 1%. A infecção esteve presente em 16%, o óbito em 2,8% e problemas psiquiátricos em 2,1%. As sequelas tiveram origem funcional (16%), estética (11,8%) e combinada (funcional e estética) em 4,2%. Encontraram-se 36 diagnósticos de enfermagem, dos quais 22 foram mais representativos, sendo 15 reais e sete de risco, conforme a Taxonomia II da NANDA. Foram mais frequentes: risco de infecção (68,8%), integridade da pele prejudicada (61,8%) e dor aguda (59%). A assistência pautou-se na intubação orotraqueal; oxigenoterapia suplementar; acesso venoso periférico para reposição volêmica; manejo da dor; desbridamento cirúrgico e realização de curativos.
3	Implementação do processo de enfermagem no paciente queimado: um estudo de caso	Implementar o processo de Enfermagem (PE) no contexto do cuidado de um paciente queimado assistido em instituição pública de saúde.	Foi desenvolvido um estudo de caso com paciente queimado a partir das etapas do processo de enfermagem e emprego das taxonomias NANDA I, NIC e NOC. Para a realização do histórico de enfermagem foram avaliadas características demográficas do paciente e suas condições clínicas, bem como as características do evento. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram volume de líquidos deficiente, risco de infecção e integridade da pele prejudicada. Os resultados esperados foram a hidratação, controle dos riscos e integridade da pele. As intervenções de enfermagem definidas para o atendimento ao paciente estavam voltadas ao controle hídrico, segurança do paciente e restauração da derme e epiderme. A avaliação foi desenvolvida em quatro momentos considerando escores baseados em indicadores validados por especialistas.

4	<i>Nursing process from theory to practice: Evidence from the implementation of "Coming back to existence caring model" in burn wards</i>	Desenvolver o modelo de cuidados e utilizar e avaliar o efeito do modelo no processo de aprendizagem do aluno de enfermagem em enfermarias de queimados.	Foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem de acordo com o "Coming back to existence caring model". Os componentes incluíram gerenciamento de feridas em termos de coloração e aspecto, sinais de infecção, cura, cuidados e documentação, mobilização precoce, planejamento de alta e educação do paciente sobre como as queimaduras afetam a função dos membros, o processo de cicatrização e o retorno às condições prévias à queimadura, problemas e complicações potenciais após a alta, uso de medicamentos em casa, nutrição, cuidados com feridas, comunicação com outras pessoas, movimento e limitações físicas e definição do tempo de encaminhamento para acompanhamento após alta. Após uma avaliação abrangente do paciente, o diagnóstico mais frequente no domínio Função da pele foi o diagnóstico risco para infecção. E no domínio Percepção/Cognição foi o diagnóstico conhecimento deficiente. De acordo com o diagnóstico de enfermagem, foi realizado e cadastrado um plano de cuidados. Posteriormente, as intervenções foram avaliadas para investigar o progresso do cliente em direção ao cumprimento das metas ou resultados desejados.
5	<i>Nursing diagnosis identification by nurses in burn wards: A descriptive cross-sectional study</i>	Descrever as necessidades de cuidados derivados dos registros de pacientes com queimaduras e avaliar se enfermeiros empregaram a classificação da Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem para formular as necessidades de cuidados aos pacientes.	Foram analisados os registros de 430 pacientes. O maior número médio de diagnósticos de enfermagem foi de 3,08 (Unidade de Terapia Intensiva) e o menor de 0,63 (enfermaria pediátrica). Foram encontrados 836 diagnósticos de enfermagem. O número médio de diagnósticos por registro foi de 1,94. Os diagnósticos mais frequentes correspondiam ao domínio Segurança/Proteção, sendo prevalentes risco de infecção ( $n=193$ ) e risco de quedas ( $n=174$ ). O número máximo de diagnósticos determinados foi 4, em 80 registros de enfermagem, e 65 registros não continham nenhum diagnóstico. Apenas 17,1% dos diagnósticos atendiam a taxonomia da NANDA-I. Todos os diagnósticos de enfermagem são identificados na avaliação de enfermagem inicial na admissão do paciente. Não houve relação entre as características descritivas, sinais e sintomas com todos os diagnósticos de enfermagem, ou seja, alguns diagnósticos de enfermagem documentados eram independentes dos problemas reais dos pacientes.

Quadro 3. Caracterização dos artigos da amostra segundo título, objetivo, desenho e principais resultados/conclusões. 2021.

Para a apresentação dos resultados e discussão optou-se pela criação de categorias pré-definidas que correspondem às cinco etapas do Processo de Enfermagem: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

### Histórico de Enfermagem

Para realizar o Histórico de Enfermagem de um paciente que sofreu queimaduras, o enfermeiro necessita obter informações gerais deste paciente de forma holística, avaliando seu estado atual e progresso e os dados relativos ao evento ocorrido. Para isso, utiliza-se de diversos métodos, como observação, entrevista abrangente e exame físico. Esses

dados processados e analisados, subsidiarão as etapas de diagnóstico e planejamento de enfermagem (LOTFI et al., 2021).

A avaliação inicial dos pacientes com queimaduras deve ser realizada mediante a coleta de informações sociodemográficas, clínicas e relacionadas à queimadura (SILVA et al., 2021; COSTA et al., 2020; NETO et al., 2018; LOTFI et al., 2021; KHAJEHGOODARI et al., 2020). Em relação às características sociodemográficas, foram levantadas as variáveis sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, procedência, número de filhos e profissão (COSTA et al., 2020; NETO et al., 2018).

No que tange as características clínicas, predominou a avaliação das seguintes condições: superfície corporal queimada, em percentual; profundidade e localização topográfica das lesões (LOTFI et al., 2021; KHAJEHGOODARI et al., 2020; COSTA et al., 2020; NETO et al., 2018). Estudos identificaram ainda presença de lesão inalatória, gravidade da queimadura (KHAJEHGOODARI et al., 2020), traumas associados, nível de consciência, estado respiratório e presença de pulsos centrais e periféricos (NETO et al., 2018).

Um estudo pautado em uma abordagem holística, avaliou também a percepção de saúde, estado nutricional, eliminação e trocas, atividade e mobilidade, sono e repouso, percepção e cognição, autopercepção/autoconceito, relacionamento, sexualidade, tolerância e enfrentamento ao estresse, e crenças e valores (LOTFI et al., 2021).

Outras informações pertinentes para o Histórico de Enfermagem, dizem respeito ao evento da queimadura, sendo elas: agente causal (chama direta, líquidos superaquecidos, substâncias químicas, etc) e natureza da queimadura (acidental, auto ou heteroinfligidas, ocupacional) (COSTA et al., 2020; NETO et al., 2018).

Destacou-se também a importância do emprego de um referencial teórico para nortear a etapa de coleta de dados. Estudo brasileiro utilizou o referencial das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (SILVA et al., 2021).

## Diagnóstico de Enfermagem

Após uma avaliação abrangente do paciente, são obtidos os diagnósticos de enfermagem relevantes. Para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem pode-se lançar mão de sistemas de linguagem padronizadas da área, como é o caso da taxonomia NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association – International*) (KHAJEHGOODARI et al., 2020; LOTFI et al., 2021; COSTA et al., 2020; NETO et al., 2018) e CIPE (*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*) (SILVA et al., 2021).

A partir da utilização dessas taxonomias o enfermeiro busca realizar um julgamento clínico sobre uma resposta humana às condições de saúde e processos de vida, ou a vulnerabilidade para essa resposta (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Estudo apontou que os pacientes com queimaduras receberam uma média de 1,94 diagnósticos de enfermagem. Ainda, identificou que todos os diagnósticos levantados pelos

enfermeiros foram registrados no atendimento de emergência da queimadura, ou seja, durante a fase aguda (KHAJEHGOODARI et al., 2020).

Para os estudos que utilizaram a NANDA-I, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram Risco para infecção e Conhecimento deficiente (LOTFI et al., 2021); Risco de Infecção e Risco de quedas (KHAJEHGOODARI et al., 2020); Risco de infecção, Integridade da pele prejudicada e Dor aguda (COSTA et al., 2020). Um estudo de caso com paciente com queimaduras identificou como os principais diagnósticos de enfermagem: Volume de líquidos deficiente; Risco de infecção; e Integridade da pele prejudicada (NETO et al., 2018).

Outros diagnósticos de enfermagem levantados com frequência foram: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (LOTFI et al., 2021; KHAJEHGOODARI et al., 2020); Padrão de sono prejudicado, Ansiedade (LOTFI et al., 2021; COSTA et al., 2020); mobilidade física prejudicada (LOTFI et al., 2021; COSTA et al., 2020); Padrão respiratório ineficaz, Volume de líquidos deficiente (COSTA et al., 2020).

Já o estudo de Silva et al., (2021) validou 36 diagnósticos de enfermagem, a partir da CIPE. Destes, 26 foram classificados como necessidades psicobiológicas (função do sistema respiratório prejudicada; volume de líquidos prejudicado; desequilíbrio de líquidos; desidratação; condição nutricional prejudicada; condição urinária prejudicada; comportamento de repouso prejudicado; fadiga; capacidade para andar (caminhar) prejudicada; amplitude de movimento ativa prejudicada; função do sistema musculoesquelético prejudicada; capacidade para executar o autocuidado prejudicada; integridade da pele prejudicada; ferida por queimadura; risco para aspiração; risco de infecção; infecção; termorregulação prejudicada; agitação; choque hipovolêmico; choque séptico; edema; frequência cardíaca alterada; risco de hemorragia; dor aguda; atitude em relação ao cuidado conflituosa; nove como necessidades psicossociais (ansiedade; medo; tristeza; resposta ao trauma; apoio familiar prejudicado; comunicação prejudicada; isolamento social; falta de privacidade; imagem corporal perturbada); e um como necessidade psicoespiritual (angústia espiritual).

Mediante a identificação dos diagnósticos prioritários de enfermagem relacionados a cada paciente queimado é possível desenvolver uma prática clínica pautada na cientificidade e na resolutividade, repercutindo na melhora do paciente após a implementação das atividades e na diminuição do tempo de internação (NETO et al., 2020).

## **Planejamento de Enfermagem e Implementação**

O planejamento da assistência de enfermagem às pessoas que sofreram queimaduras incluiu a avaliação de feridas (coloração, aspecto, sinais de infecção, evolução, cuidados e documentação), mobilização precoce, planejamento de alta e educação do paciente sobre as queimaduras (LOTFI et al., 2021).

Alguns resultados de enfermagem avaliados foram “Cicatrização de feridas por queimaduras” e “Estágio de cicatrização de feridas” (LOTFI et al., 2021). Outro estudo

apresentou resultados com base na *Nursing Outcomes Classification* (NOC): hidratação, controle dos riscos e integridade da pele (NETO et al., 2020). O estudo de Costa et al., (2020) não informa a utilização de uma taxonomia específica para avaliação de metas e resultados, porém verifica-se que houve registro no que tange à avaliação de sinais de infecção, presença de complicações e sequelas.

Quanto aos resultados validados com base na CIPE, foram estabelecidos os seguintes: função do sistema respiratório eficaz; volume de líquidos eficaz; equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico) nos limites normais; hidratação adequada; condição nutricional positiva; condição urinária eficaz; comportamento de repouso positivo; fadiga ausente; capacidade para andar (caminhar) eficaz; amplitude de movimento ativa; função do sistema musculoesquelético eficaz; capacidade para executar o autocuidado positiva; integridade da pele melhorada; cicatrização de ferida eficaz; risco ausente de aspiração; risco ausente de infecção; infecção ausente; termorregulação, eficaz; agitação reduzida; choque hipovolêmico ausente; choque séptico ausente; edema ausente; frequência cardíaca nos limites normais; risco ausente de hemorragia; dor ausente; atitude em relação ao cuidado positiva; ansiedade reduzida; medo reduzido; tristeza reduzida; resposta ao trauma melhorada; apoio familiar positivo; comunicação eficaz; isolamento social diminuído; privacidade melhorada; imagem corporal positiva; angústia espiritual diminuída (SILVA et al., (2021).

As intervenções de enfermagem abordadas pelos estudos da amostra foram agrupadas e estão apresentadas no Quadro 4. Estas intervenções seguiram, majoritariamente, as taxonomias da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e CIPE.

<b>Função respiratória/ Oxigenação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar cabeça e tórax (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar saturação de oxigênio sanguíneo usando oxímetro de pulso (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Auscultar o pulmão (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Medir (ou verificar) movimentos respiratórios (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar equilíbrio ácido-base (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar terapia respiratória (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre condição respiratória, usando dispositivo de monitoração (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Administração de oxigenoterapia suplementar (COSTA et al., 2020)</li> </ul>
<b>Ingestão/ Nutrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar nutrição (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Obter dados sobre ingestão de alimentos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Auxiliar na ingestão de alimentos ou líquidos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover condição nutricional positiva (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar peso (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Sondagem nasogástrica/enteral (COSTA et al., 2020)</li> </ul>
<b>Função urinária/ Eliminação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar condição geniturinária (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre condição urinária (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Cuidados com cateter urinário (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre condição urinária (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover eliminação urinária (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Sondagem vesical de demora (COSTA et al., 2020)</li> </ul>

<b>Sono e repouso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover comportamento de repouso (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Encorajar (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre sono (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Facilitar o sono positivo (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre fadiga (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre fadiga (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Gerenciar fadiga (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover comportamento de repouso (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre procedimento (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Atividade/Exercício Exercício e Atividades físicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre técnica de deambulação (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Preparar o paciente para o exercício (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover adesão ao regime de exercício físico (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre função motora fina (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre movimento corporal (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Executar amplitude de movimento passiva (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Reforçar técnica de exercício muscular ou articular (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover uso de técnica de relaxamento muscular progressivo (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre amplitude de movimento ativa (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar condição musculoesquelética (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Lesão física/ Integridade física/Integridade Cutânea-mucosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar paciente (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar saturação de oxigênio sanguíneo usando oxímetro de pulso (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Auscultar o pulmão (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Prevenir aspiração (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Manter vias aéreas permeáveis (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar resultado laboratorial (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre risco de hipertermia (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar risco de infecção após cirurgia (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar sinais e sintomas de infecção após cirurgia (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados/observar sobre sinais e sintomas de infecção (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Obter dados sobre suscetibilidade a infecção (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre prevenção de infecção cruzada (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar sinais e sintomas de infecção (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar cicatrização da ferida (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Higienização das mãos (NETO et al., 2020)</li> <li>- Avaliar a permeabilidade e presença de sinais flogísticos no acesso venoso (NETO et al., 2020)</li> <li>- Realizar procedimentos por meio de técnica asséptica (NETO et al., 2020)</li> <li>- Implementar regime de cuidados com a pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar a integridade da pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre a pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre integridade da pele antes de cirurgia (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Tratar condição da pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar cicatrização de ferida (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre ferida/analisar a ferida (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Orientar sobre troca de cobertura de ferida (ou curativo) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Colaborar com equipe interprofissional nos cuidados com ferida (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Cuidados com ferida aberta (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Realizar o curativo (NETO et al., 2020)</li> </ul>
<b>Autocuidado/ Cuidado corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre autocuidado (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre autocuidado (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover autocuidado (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre autocuidado com a pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre autocuidado com a pele (SILVA et al., 2021)</li> </ul>



<b>Hidratação/Resposta cardiovascular/ Regulação vascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar resposta à terapia com líquidos (ou hidratação) (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Monitorar débito de líquidos/controlar hidroeletrolítico (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Medir (ou verificar) débito de líquidos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Prevenir choque (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Medir (ou verificar) frequência cardíaca (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Relatar condição a equipe interprofissional (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar sinais e sintomas de infecção (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre edema (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Manter integridade da pele (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre perfusão tissular periférica (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório (NETO et al., 2020)</li> <li>- Monitorar pressão arterial (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar condição cardíaca (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre condição cardíaca, usando dispositivo de monitoração (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Gerenciar sangramento (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar resultado laboratorial (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre perfusão tissular (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Cuidados com local de dispositivo invasivo (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Identificar risco de hemorragia (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obtenção de acesso venoso periférico (COSTA et al., 2020)</li> <li>- Terapia endovenosa (NETO et al., 2020)</li> <li>- Monitorar sinais vitais (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Medir (ou verificar) débito de líquidos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover eliminação urinária eficaz (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre condição urinária (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Gerenciar/monitorizar condição hemodinâmica (SILVA et al., 2021; COSTA et al., 2020)</li> <li>- Gerenciar/monitorizar hidratação (SILVA et al., 2021; NETO et al., 2020)</li> <li>- Gerenciar terapia com líquidos (ou hidratação) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre terapia com líquidos (ou hidratação) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta à terapia com líquidos (ou hidratação) (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Termorregulação/ Regulação Térmica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre risco de termorregulação negativa (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover termorregulação positiva (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta à termorregulação (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Regulação Neurológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre ambiente (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Terapia de orientação para a realidade (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Diminuir barulho (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Entrar em acordo para comportamento positivo (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliação neurológica (COSTA et al., 2020)</li> <li>- Sedação (COSTA et al., 2020)</li> </ul>
<b>Percepção Dolorosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre manejo (controle) da dor (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Analgesia controlada por enfermeira(o) (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Terapêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar paciente (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre regime terapêutico (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados de conhecimento sobre regime terapêutico (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre atitude em relação ao regime terapêutico (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Reforçar comunicação (SILVA et al., 2021)</li> </ul>

<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar barreiras à comunicação (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Facilitar capacidade para comunicar necessidades (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Estabelecer confiança (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Facilitar acesso a tratamento (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Orientar sobre comunicação efetiva (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Gregária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Aconselhar sobre esperança (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Apoiar crenças (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar resposta psicossocial ao plano de cuidado (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Envolver-se no processo de tomada de decisão (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Segurança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre ansiedade (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Gerenciar ansiedade (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Apoiar condição psicológica (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Apoiar capacidade para gerenciar o regime (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Aconselhar sobre medos (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre medo (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre medo de representar um fardo para os outros (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre medo da morte (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre tristeza (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre humor deprimido (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Avaliar adesão ao regime terapêutico (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Facilitar adesão ao regime (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre negação (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover esperança (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Amor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar processo familiar de enfrentamento (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover apoio familiar (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Reforçar identidade pessoal (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Monitorar enfrentamento familiar prejudicado (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Autoimagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre imagem corporal (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Apoiar imagem corporal positiva (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Espaço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter dignidade e privacidade</li> <li>- Prover (proporcionar, fornecer) privacidade (SILVA et al., 2021)</li> </ul>
<b>Espiritualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre condição espiritual (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Obter dados sobre crenças espirituais (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover apoio espiritual (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Prover (proporcionar, fornecer) privacidade para comportamento espiritual (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Aconselhar sobre angústia espiritual (SILVA et al., 2021)</li> <li>- Promover enfrentamento eficaz (SILVA et al., 2021)</li> </ul>

Quadro 4. Intervenções de Enfermagem dos estudos da amostra. 2021.

## Avaliação

Um estudo identificou que a avaliação e os diagnósticos de enfermagem documentados nos registros de enfermagem foram realizados apenas no momento da admissão. Não houve documentação da avaliação realizada pelos enfermeiros. A maior

parte da documentação de enfermagem registrada nos prontuários relacionava-se aos procedimentos solicitados pelos médicos. Esses achados indicam que os enfermeiros não estão tão atentos às necessidades de cuidado do paciente (KHAJEHGOODARI et al., 2020). A realização do PE de forma fragmentada e não contínua certamente dificulta a realização da Avaliação de Enfermagem, não sendo possível identificar o impacto das intervenções propostas e se as metas foram atingidas ou não.

A revisão identificou que apenas um estudo brasileiro realizou a avaliação do paciente queimado de forma sistematizada. Esta avaliação ocorreu em quatro momentos: no primeiro contato, com 10 dias, com 15 dias e, por último, com 25 dias. Considerou indicadores analisados, sintetizados e validados, a partir da NOC e tornou possível identificar a melhora/piora do quadro clínico do paciente com queimadura (NETO et al., 2020).

Assim, merece destacar que os estudos da amostra dessa revisão não abordaram em profundidade a etapa de avaliação, uma vez que o foco estava principalmente nos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

## **4 | CONTRIBUIÇÕES DA REVISÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Esta revisão oferece subsídios para a qualificação da prática profissional de enfermagem ao sintetizar evidências científicas acerca de elementos que podem compor as etapas do processo de enfermagem, a ser implementado junto ao paciente com queimaduras, especialmente no que se refere ao atendimento emergencial.

Apartir das evidências sintetizadas fica explícita a necessidade de que os enfermeiros desenvolvam um cuidado pautado em todas as etapas do processo de enfermagem, empregando para isso os Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem. Nesse sentido, destaca-se a importância da abordagem do PE aplicado às situações de urgência e emergência, como é o caso das queimaduras, na formação acadêmica e em ações de educação permanente em saúde, com vistas ao desenvolvimento do raciocínio clínico e garantia de um cuidado de excelência.

## **5 | CONCLUSÃO**

O número reduzido de artigos que compuseram a amostra dessa revisão evidencia que existe uma lacuna na literatura científica no que se refere à assistência de enfermagem ao paciente com queimaduras na fase emergencial, utilizando-se o Processo de Enfermagem, o qual é essencial para um cuidado científico, resolutivo e seguro.

O Histórico de Enfermagem ao paciente com queimaduras deve considerar aspectos sociodemográficos, clínicos e relacionados ao evento da queimadura. Para formulação de diagnósticos recomenda-se a utilização de taxonomias padronizadas, sendo

a mais utilizada nos estudos que compuseram essa revisão a NANDA-I. Os principais diagnósticos encontrados foram Risco de Infecção, Integridade da pele prejudicada, dor aguda, risco de quedas e conhecimento deficiente. Em relação às etapas de planejamento e implementação, verifica-se que as metas a serem atingidas e os resultados avaliados referem-se principalmente à cicatrização das feridas e avaliação de sinais de infecção. As intervenções de enfermagem foram abrangentes e abordaram aspectos biopsicossociais e espirituais, prevalecendo aquelas direcionadas à Lesão física/Integridade física/Integridade cutânea-mucosa e a Hidratação/Resposta cardiovascular/Regulação vascular.

Esta revisão apresentou como limitações a complexidade de combinar estudos com diferentes abordagens metodológicas, e que utilizaram diferentes Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem, bem como a restrição das buscas aos idiomas inglês, português e espanhol.

Ainda, aponta-se que embora os pacientes tenham sido avaliados na fase aguda, todos os estudos foram conduzidos em serviços especializados no tratamento de pacientes com queimaduras. Destarte, recomenda-se a realização de novos estudos conduzidos em cenários de urgência e emergência de serviços não especializados.

## REFERÊNCIAS

AIQUOC, K.M. et AL. Avaliação da satisfação com a imagem corporal dos pacientes queimados.

**Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, nº 4, p. 952-959, 2019. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revista/revistaenfermagem/article/view/237579>>. Acesso em 26, set. 2021.

BARRETO, M.S et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**. 2015; v.16, n. 6, p.833-844. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324043261011.pdf>>. Acesso em: 26 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** [Internet]. 2012 [Acessado 22 set 2021]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 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**. Rio de Janeiro: COFEN; 2009. Disponível em:< [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_n%C2%BA358-2009.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf)>. Acesso em 26, set.2021.

COSTA, I.B. et al. Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional. **Enfermagem Brasil**. 2020. v.19, n. 4, p.317-328.

HERDMAN, T.H; KAMITSURU S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. Disponível em:< <http://www.podiatria.com.br/uploads/trabalho/149.pdf>>. Acesso em: 26, set. 2021.

KHAJEHGOODARI, M et al. Nursing diagnosis identification by nurses in burn wards: A descriptive cross-sectional study. **Nursing Open**. 2020. v.7, n. 4, p. 980-987.

LOTFI, M. et al. Nursing process from theory to practice: Evidence from the implementation of “Coming back to existence caring model” in burn wards. **Nursing Open**. 2021, v. 8, n. 5, p. 2794-2800.

MALTA, D.C. et al. Perfil dos casos de queimadura atendidos em serviços hospitalares de urgência e emergência nas capitais brasileiras em 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2020, v. 23, n. Suppl 01 [Acessado 30 set 2021], e200005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200005.supl.1>>.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, H. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

MESCHIAL, W.C et al. Active teaching strategies improve nursing knowledge and skills to assist burn victims. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2021, v. 74, n. Suppl 5 [Acessado 22 set 2021], e20200235. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0235>>.

NETO, M.S, et al. Implementação do processo de enfermagem no paciente queimado: um estudo de caso. **Revista enfermagem UERJ**. 2018 [online]. 2018, v. 26, sn [Acessado 30 set 2021], e30962. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30962>>.

SANTOS, R.A.J. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.15, n 4, p.251-255, 2016. Disponível em:< <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/453/pt-BR/perfilepidemiologico-de-vitimas-de-queimaduras-internadas-em-uma-unidade-no-distrifederal-do-brasil>>. Acesso em: 30, set. 2021.

SILVA, L.T.S et al. Terminological subset of the International Classification for Nursing Practice for patients hospitalized due to burns. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2021, v. 55 [Accessed 22 Sep 2021] , e20200502. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0502>>.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2014 edition**. [Internet] Adelaiade: JBI; 2014. Available from: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>

WHITTEMORE, R; KNAF, K. The integrative review: **updated methodology**. **Journal of Advanced Nursing**. v.52, n 5, p.546– 553, 2005. Acessado em: 30, set. 2021.

## O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES SURDOS COM TRANSTORNO MENTAIS

*Data de aceite: 01/03/2022*

### **Maria Aparecida de Almeida Araújo**

Graduada em Enfermagem pela Estácio.  
Mestra em Políticas Públicas pela UFMA,  
Doutora em Direito pela UNLZ(Argentina),  
Pós doutora em Direito pela Università di  
Messina(Itália), Especialista em Saúde Mental  
e Atenção Psicossocial pela Estácio  
ORCID: 0000-0002-3107-9829

Artigo apresentado no 1º Congresso Brasileiro Saúde em Libras – UNIVASF, Juazeiro – BA, 2018.

**RESUMO:** A pesquisa reflete a análise do atendimento de Enfermagem aos pacientes surdos com transtorno mentais, A comunicação é um processo social básico e essencial em todas as áreas da vida humana. Objetivou se a conhecer as dificuldades de comunicação que as pessoas surdas e os profissionais de saúde. Se trata de um estudo transversal, descritivo exploratório com abordagem quantitativa. A população foi composta de 10 profissionais de saúde e 30 pessoas surdas em São Luís – MA, no período de 01 a 30 de abril de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário padronizado, sendo as perguntas referentes aos serviços de saúde em que os participantes da pesquisa já foram atendidos. Os critérios de inclusão foram pessoas surdas a partir de 18 anos, que saibam língua de sinais. A

dificuldade na comunicação ainda é um entrave na assistência em saúde nos atendimento o que gerar a ineficácia das ações de atendimento e aumenta o numero de caso de doenças mentais, demonstrando o abalamento da reforma psiquiátrica. Os resultados revelam que dos 30 entrevistados 95% apresentavam surdez profunda, 25% já ficaram internados e 80,5% utilizam hospital público, 90% encontraram dificuldades no atendimento à saúde, 62% dos profissionais não conhecem a língua de sinais e 72% teme a possibilidade de atender um surdo em crises psiquiátricas. Constatou-se que a realização deste estudo foi importante e oportuna, pois conhecer as dificuldades no atendimento à saúde dos pacientes surdos com transtorno mentais é imprescindível para garantir a qualidade do tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Surdos. Assistência de Enfermagem. Transtornos Mentais.

### THE NURSING CARE TO PATIENTS WHO ARE DEAF WITH MENTAL DISORDER

**ABSTRACT:** The survey reflects the analysis of nursing care to patients who are deaf with mental disorder, communication is A basic and essential social process in all areas of human life. Aimed to forward the communication difficulties that deaf people and health professionals. This is a cross-sectional study, exploratory descriptive quantitative approach. The population was composed of 10 health professionals and 30 deaf people in São Luís-MA, during the period from 01 to 30 April 2017. The data were collected through a standardized questionnaire and the questions

pertaining to the health services research participants have been met. Inclusion criteria were deaf people from 18-year-old who know sign language. The difficulty in communication is still a barrier in health assistance in the service to generate the ineffectiveness of the stock and increases the number of cases of mental diseases, demonstrating the abalamento of the psychiatric reform. The results show that of the 30 interviewed 95% had profound deafness, 25% were admitted and 80.5% use public hospital, 90% have found difficulties in health care, 62% of professionals do not know sign language and 72 percent fear possibility to meet a deaf in psychiatric crisis. It was noted that this study was timely and important, because knowing the difficulties in meeting the health of deaf patients with mental disorder is essential to ensure the quality of the treatment.

**KEYWORDS:** Deaf. Nursing care. Mental Disorder.

## 1 | INTRODUÇÃO

A comunicação é importante em todas às áreas profissionais, porém, na área da saúde este elemento se configura como um instrumento de trabalho essencial e pode implicar em danos à integridade do indivíduo ocasionando uma assistência deficiente. Falhas de comunicação estão passíveis em todos os tipos de comunicação, porém, existe um grupo de indivíduos mais vulneráveis à essas falhas, dentre estes pode-se mencionar as pessoas com algum tipo de deficiência cognitiva ou sensorial <sup>1</sup>

Com este princípio, a comunicação torna-se fator de humanização na atenção à saúde por favorecer o entendimento e a reciprocidade dos conteúdos que envolvem o significado da doença e as atitudes coerentes perante o tratamento e a promoção da saúde e da vida.

O tipo de comunicação mais usada na vida contemporânea é a comunicação verbal, portanto, deve-se levar em consideração que a população com deficiência auditiva ou surda se constitui enquanto um público vulnerável aos ruídos de comunicação, necessitando de auxílio para que a mensagem seja recebida do modo correto <sup>2</sup>.

Segundo o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de surdos no Brasil chega a 344.206 casos. Aproximadamente 1.798.867 pessoas declaram ter grande dificuldade permanente de ouvir. Sendo em São Luís- MA cerca de 23.063 com essas mesmas características. <sup>3</sup>

A Lei n.º 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a LIBRAS, reconhecendo-a como língua oficial da comunidade surda. Em seu art. 3º, evidencia a necessidade das instituições de assistência à saúde utilizá-la para a prestação de um atendimento com qualidade. Sendo assim os profissionais da saúde tem o direito e o dever de realizar um curso de formação de libras a fim de prestar uma assistência de qualidade aos pacientes surdos. <sup>4</sup>

No decreto n.º 5.626 de 22 de Dezembro de 2005, em seu art. 25º determina que a partir de um ano de sua publicação, o sistema único de saúde- SUS e as empresas que detém concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, visando uma

inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social devem garantir a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas <sup>5</sup>.

Na área de saúde, habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência a qualquer paciente, e as ações dos profissionais da saúde são pautadas pela comunicação, independente da sua formação acadêmica. Este profissional tem como ferramenta-base de seu trabalho as relações humanas. Portanto, compreender o relacionamento entre o profissional da saúde e a pessoa surda é condição necessária para qualificar os serviços prestados à população surda.

O encontro clínico entre o profissional da saúde e a pessoa surda normalmente acontece fora dos padrões esperados na rotina de qualquer profissional; indivíduos surdos e profissionais se veem diante de limitações que dificultam o vínculo a ser estabelecido entre eles. Esse aspecto se agrava se for considerado o fato de que a LS quase sempre é desconhecida pelos profissionais de saúde. (6). Uma proposta de atendimento inclusivo na área da saúde envolve, portanto, um sistema que identifique-se com princípios humanistas e cujos profissionais tenham um perfil que seja compatível com esses princípios. <sup>7</sup>

É preciso não descuidar que a exclusão comunicacional, em qualquer circunstância, é fato de sofrimento e injustiça um desrespeito autonomia e capacidade da dos surdos de decidir livremente conforme suas sua cultura e sua língua materna escolhido para desenvolver sua vida.

Dito isto, é impossível desconsidera que a o desconhecimento da língua brasileira de sinais se agrava sensivelmente em relação as classe sociais menos favorecidas, essas pessoas ficam sujeitas às piores formas de atendimento medico, ou seja, com desprezo, abuso e segregação. Seus direitos são sistematicamente negados e violados, acarretado em vários traumas que poderá chegar a doenças depressivas. Logo fez-se necessário investigar qual o conhecimento dos profissionais da atenção básica no atendimento integral à saúde da pessoa com deficiência nos hospitais psiquiátrico.

Justifica-se a realização a pesquisa pelo que de relevante representa a Avaliação de Políticas de Saúde para a Consolidação do SUS, no fortalecimento da atenção com desenvolvimento de tecnologias educativas inovadoras, com profissionais mais comprometidos que busquem melhorar a qualidade dos serviços, a resolutividade e satisfação do usuário.

A organização e sistematização das ações de programas e serviços da saúde geram resultados eficientes no trabalho pela grande transformação que a prevenção e promoção à saúde mental é capaz de operar, tanto individual quanto coletivamente, na transformação do processo de produção do cuidado em saúde.

Tudo isto, instigou a refletir sobre: como a equipe de saúde, em especial do Hospital Estadual Nina Rodrigues atende os pacientes surdos, Inquietação que ainda permitiram indagar:



- 1) Quais os riscos do agravamento do paciente surdo na em tratamento psicossocial em virtude da assistência deficiente da equipe de saúde?
- 2) É possível dizer que os processos de exclusão impregnaram o atendimento desumanizado?
- 3) Com os hospitais psiquiátricos administram as dificuldades na reabilitação dos surdos geradas pelo desconhecimento da comunicação na relação língua de sinais pelos profissionais da saúde?

Desse modo, identificar a concepção de atenção humanizada, de forma a atender o que preconiza a Declaração de Direito Humanos, a Constituição da República Federativa do Brasil e a Lei Brasileira de Inclusão.

Bem, primeiramente, é preciso compreender, por meio das atividades investigativas da Educação continuada dos profissionais da saúde, como a língua brasileira de sinais- Libras interfere na atenção básica de saúde e evoluir com o agravamento do paciente que resultará em internações permanentes e por fim ocasionará o isolamento.

O atendimento em Libras pelos profissionais da Psiquiatria na aplicabilidade dos sinais para compreender os sinais e sintomas relevantes para proporcionar cuidados adequados aos surdos em relação à evolução clínica no processo de atenção humanizada dos profissionais da saúde aos pacientes surdos com transtorno mentais.

Na atenção básica à saúde, devem ocorrer mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. visto que, atenção Básica é um espaço privilegiado para o desenvolvimento Permanente em Saúde, pois esse modelo articula a promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, bem como realiza referência a serviços de saúde de maior complexidade, considerando as necessidades da população.

O Ministério da Saúde adota o conceito de Educação Permanente para dimensionar a tarefa de tornar a rede pública de saúde uma rede de referência no atendimento à saúde preventiva que são promovidas pela educação em saúde. A define como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho. A Educação Permanente em saúde, é educar no e para o trabalho, por meio da análise do seu cotidiano, tendo em vista que no SUS os lugares de produção do cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de inclusão, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários.

O programa de atendimento para ser reconhecido como centro de prevenção e promoção da saúde, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos serviços, deve ser dirigida a equipes multiprofissionais e ter como objetivo a transformação das práticas utilizando metodologia problematizadora em um processo permanente, levando em consideração conhecimentos e experiências de todos os atores envolvidos para entender como a equipe de saúde desempenha suas atividades quando o paciente surdo encontra-

se em crise mentais.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, desenvolvido junto a profissionais de saúde mental da rede pública do município de São Luís - MA.

As instituições de saúde serão selecionadas a partir de sorteio prévio e se restringirá aos turnos matutinos e vespertinos, por conveniência dos horários.

A pesquisa aconteceu no HNR, em São Luís – MA, com 10 profissionais de saúde e 30 pessoas surdas no período de 01 a 30 de abril de 2017.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário padronizado, sendo as perguntas referentes aos serviços de saúde em que os participantes da pesquisa já foram atendidos.

Os profissionais de saúde dos diferentes níveis responderam a um questionário semi-estruturado e autopreenchível organizado em três momentos. A assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. O segundo momento as informações sobre o perfil econômico, o conhecimento, uso e importância da Libras no serviço de saúde.

Foram utilizados como critérios de inclusão ser profissional da área da saúde em seus diferentes níveis de conhecimento, que estejam atuantes em suas ocupações, no momento da aplicação dos questionários, e os que preencherem corretamente o questionário em sua totalidade, os pacientes com conhecimento de língua de sinais e que façam o tratamento e acompanhamento psicológico na rede pública.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde e será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil. Todos os participantes receberam informações dos objetivos do estudo e só participarão da pesquisa após concordância e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, sendo garantidos a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os entrevistados.

Os dados foram computados e analisados no programa Microsoft Excel®, utilizou-se da estatística descritiva sob a forma de porcentagem simples e frequência, apresentadas sobre forma de gráficos e tabelas.

## 3 | RESULTADOS

A dificuldade na comunicação ainda é um entrave na assistência em saúde nos atendimentos o que gerar a ineficácia das ações de atendimento e aumenta o numero de caso de doenças mentais, demonstrando o abalamento da reforma psiquiátrica. Os resultados revelam que dos 30 entrevistados 95% apresentavam surdez profunda, 25% já ficaram internados e 80,5% utilizam hospital público, 90% encontraram dificuldades no

atendimento à saúde, 62% dos profissionais não conhecem a língua de sinais e 72% teme a possibilidade de atender um surdo em crises psiquiátricas.

## 4 | CONCLUSÕES

Constatou-se que a realização deste estudo foi importante e oportuna, pois conhecer as dificuldades no atendimento à saúde dos pacientes surdos com transtorno mentais é imprescindível para garantir a qualidade do tratamento.

Assim, foi possível vislumbrar que a crescente violência comunicacional está associada a uma percepção negativa que interfere no conceito amplo do termo saúde, ocasionando sérios prejuízos, social e financeiro, desse modo o “mal do século, assim como é conhecida a depressão, que trata-se de uma doença que afeta o psicológico humano e de difícil cura levando ao suicídio, tornou-se um fator evidente no grupo dos deficientes, logo é um problema social e de saúde pública, que consiste num fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade, além de constituir grave problema de violação de direitos. Sabe-se que há vários tipos de violência, logo não seria diferente suscitar que a ausência de atendimento digno na atenção básica de saúde dos surdos por desconhecimento ou retaliação a língua materna dessa comunidade somente alimenta os transtornos psicológicos, pois, ao buscar o atendimento de saúde e não poder ser entendida e encaminhada ao setor que deveria promover sua reabilitação psicológica, fomenta-se a continuação da violência iniciada no âmbito familiar. Sendo que a chance dos surdos serem agredidos pelos estabelecimentos hospitalares “ manicômios” , é muitas das vezes maior do que dos ouvintes.

Ademais sabemos que a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição , insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica torna o atendimento básico de saúde fragilizado.

As doenças mentais tais como medo, dependência emocional, sentimentos de culpa e quadros depressivos que muitas das vezes tem o final trágico de suicídio, em especial nas mulheres surdas adultas e idosas, visto que o isolamento comunicacional as afastam do atendimento de reabilitação mental, deixando-as mais propensas aos estagios mais graves da depressão, exprimindo sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, autoestima e autoconfiança rebaixada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus criador de todas as coisas, cuja presença e proteção são constantes em minha vida para supera tantos desafios. A minha mãe que por ela reinventei a vida baseando-me nos pilares de amor, dedicação, fé e por tudo que ela me ensinou.

À minha família, cujo amor e dedicação têm contribuído para minha vitória agradeço em particular ao meu grande amor cuja dedicação singular foi fundamental para que eu pudesse concluir este trabalho. Aos deficientes auditivos e Surdos, principalmente os da minha convivência fonte de motivação para o desenvolvimento deste estudo e dos que ainda viram para que possamos conseguir nosso espaço nos âmbitos educacionais.

## REFERÊNCIAS

1 Novaes EC. Surdos: educação, direito e cidadania. Rio de Janeiro: Wak, 2010.

2 Cardoso AHA., RODRIGUES KG, Bachion MM. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2006;14(4). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000400013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400013>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 de mar. 2015.

4 Brasil. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2002. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm)>. Acesso em: 27 nov.2015.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

6 Chaveiro N. et al. Atendimento pessoa que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. Cogitare Enfermagem – Revista da Universidade Federal do Paraná (Paraná) 2010;15(4):639 – 645.

7 Chaveiro N, BARBOSA MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), REEUSP (São Paulo).2005;39(4):417-422.

## SÍNDROME DE EVANS E A TEORIA DAS NHB: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Data de aceite: 01/03/2022*

**Maria do Perpétuo Socorro Sampaio  
Medeiros**

**Hugo Vinicius Rodrigues da Silva**

**Larissa Ribeiro de Souza**

**Neiva Maria dos Santos Soares**

**RESUMO:** A “Síndrome de Evans,” também estudada como síndrome anti-fosfolípide, é uma doença autoimune rara, em que o corpo produz anticorpos que destroem o sangue. Arthur Frazão (2019), afirma que alguns pacientes com esta doença podem ter apenas as células brancas destruídas ou apenas as células vermelhas, mas toda a estrutura do sangue pode ficar danificada, quando se trata da Síndrome de Evans. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico correto desta síndrome, mais fácil se controla os sintomas e assim o paciente tem uma melhor qualidade de vida. Este estudo objetiva fornecer subsídios para os profissionais de Enfermagem no reconhecimento da Síndrome de Evans para uma intervenção imediata relacionando as Necessidades Humanas Básicas - NHB afetadas, através de uma revisão integrativa da literatura. **Metodologia:** buscou-se publicações sobre o assunto no período de 2008 a 2019, nas bases de dados: Scielo, Lilacs, biblioteca virtual, google acadêmico e Bireme nos idiomas inglês, espanhol e português. **Resultados e discussão:** A amostra deste estudo foi composta por 19

publicações. A análise aponta que os meios de divulgação que mais publicam estudos a respeito da Síndrome de Evans foram os que possuem uma maior trajetória histórica, como a Revista Latino Americana de Enfermagem, primeiro periódico de enfermagem nacional indexado no Scielo. Toda via, percebe-se a inexistência de periódicos específicos de enfermagem voltados para essa temática, visto que se trata de uma síndrome que comumente se desenvolve de forma secundária a outras patologias, uma vez que foram publicadas menos de 100 casos unicamente da síndrome com dados clínicos consistentes e acompanhamento a longo prazo nos últimos 30 anos. **Considerações Finais:** Por se tratar de uma doença atípica, torna-se complexo o diagnóstico médico da Síndrome de Evans, necessitando de elevada percepção para o reconhecimento clínico e laboratorial. Porém esta síndrome não deixa de afetar as necessidades básicas do cliente, sendo a Enfermagem essencial na prestação de cuidados é imprescindível a aplicação da teoria Necessidades Humanas Básicas - NHB, para que todos os cuidados sejam implementados e assim prestando uma assistência de qualidade e capaz de reestabelecer todas as dimensões envolvidas nos conceitos modernos de saúde, que enxergam o ser humano de forma holística e, portanto, assim deve ser tratado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome, Evans, NHB.

**ABSTRACT:** "Evans Syndrome," also studied as anti-phospholipid syndrome, is a rare autoimmune disease in which the body produces antibodies that destroy the blood. Arthur Frazão (2019), states

that some patients with this disease may have only their white cells destroyed or only their red cells, but the entire blood structure can be damaged when it comes to Evans Syndrome. The sooner the correct diagnosis of this syndrome is made, the easier it is to control the symptoms and thus the patient has a better quality of life. This study aims to provide support for nursing professionals in the recognition of Evans Syndrome for an immediate intervention relating the Basic Human Needs - NHB affected, through an integrative literature review. Methodology: publications on the subject were sought from 2008 to 2019, in databases: Scielo, Lilacs, virtual library, academic google and Bireme in English, Spanish and Portuguese. Results and discussion: The sample of this study consisted of 19 publications. The analysis points out that the means of dissemination that most publish studies on Evans Syndrome were those with a longer historical trajectory, such as the Revista Latino Americana de Enfermagem, the first national nursing journal indexed in Scielo. However, there is a clear lack of specific nursing journals focused on this theme, as it is a syndrome that commonly develops secondary to other pathologies, since less than 100 cases of the syndrome alone were published with data consistent clinical trials and long-term follow-up over the past 30 years. Final Considerations: As it is an atypical disease, the medical diagnosis of Evans Syndrome is complex, requiring a high level of perception for clinical and laboratory recognition. However, this syndrome still affects the client's basic needs, and Nursing is essential in the provision of care. It is essential to apply the Basic Human Needs - NHB theory, so that all care is implemented and thus providing quality care capable of reestablish all dimensions involved in modern concepts of health, which see the human being in a holistic way and, therefore, should be treated as such. **KEYWORDS:** Syndrome, Evans, NHB.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A base teórica da pesquisa na enfermagem edifica-se em um avançar atento, que tende a emergir da prática e que se reproduz por meio de conhecimentos, principalmente da análise e do desenvolvimento de conceitos e teorias. Visto que cada campo científico possui um conhecimento específico que vai caracterizar e dar uma identidade social a este a enfermagem vem ao longo dos anos empenhada no desenvolvimento de sua base própria e exclusiva de conhecimentos e na educação dos profissionais em formação a respeito dela. Ao identificar essa base, vários conceitos, modelos e teorias específicas a enfermagem têm sido reconhecidas, definidas e desenvolvidas. (SCHAURICH, 2010).

As teorias de enfermagem têm como objetivo proporcionar esse conhecimento específico do campo científico da enfermagem, pois torna objetiva a linguagem dos profissionais da área sendo entre outros elementos, as teorias de enfermagem cujo objetivo maior é definir, caracterizar e explicar a partir da seleção e interrelação conceitual, os fenômenos que configuram domínios de interesse da profissão. (SCHAURICH, 2010).

Os teóricos da enfermagem concordam ao definir a teoria, como um conjunto de conceitos interrelacionados, definições e preposições que vão apresentar uma forma sistemática de visualizar fatos e eventos pela especificação faz relações entre as variáveis, afim de explicar e prever esses fatos e eventos (NEPI,2019).

As teorias de enfermagem conforme Chinn e Kramer (1991) é uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma solução e uma visão sistemática dos fenômenos. Segundo Meleis (1991) a teoria de enfermagem é "... uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem". Já segundo Barnum (1994) afirma que a teoria de enfermagem é completa e que possui contexto sendo o ambiente no qual o ato de enfermagem tem lugar, conteúdo, que seria o resumo da teoria e processo este sendo o método pelo qual o enfermeiro age ao usar a teoria (NEPI, 2019).

A Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas - NHB, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta (1979), visa mostrar a enfermagem como ciência aplicada, transitando da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia, como uma ciência independente.

Segundo Horta (1979), assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Horta inspira-se no desenvolvimento de seus estudos, na Teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas.

Maslow elaborou sua teoria sobre a motivação humana, fundamentado nas necessidades humanas básicas que são as necessidades fisiológicas, segurança, sociais, de estima e de autorrealização. (MASLOW,2000). Segundo Maslow (1993), o indivíduo passa a buscar sempre satisfazer um nível superior ao que se encontra, onde se situa o permanente estado de motivação por esta busca, nunca existindo satisfação completa, pois se assim fosse não existiria mais motivação. Na enfermagem, segundo Horta, busca-se utilizar a denominação de João Mohana: Necessidade de nível psicológico; psicossocial e psicoespiritual. Horta considera a enfermagem como um serviço prestado ao ser humano, parte integrante da equipe de saúde.

A teoria NHB independe de qualquer processo de adoecimento para ser aplicada, por holística atende tanto as necessidades físicas como emocionais do indivíduo, família e comunidade.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A síndrome de Fisher-Evans foi descrita pela primeira vez por Robert Evans em 1951. É uma doença autoimune que se apresenta entre os 4 aos 12 anos de idade sendo caracterizada por anemia hemolítica seguida de trombocitopenia além da presença de anticorpos que destroem os antígenos de membrana dos eritrócitos e plaquetas o que causa uma diminuição na sobrevivência destas células sanguíneas. Essa patologia pode vir

a ocorrer por causa primária ou secundária (ROMERO; et al, 2014; COMET et al.,2008). Além disso, pode estar ligada, também, a predisposição genética como fator de risco onde segundo pesquisa já realizada constatou-se que 22% dos doentes tem um ou mais familiares com manifestações imunes (SANTOS, 2017).

A causa primária é desconhecida (idiopática) sendo comum em 50% dos casos. Já a causa secundária ocorre em decorrência do paciente apresentar uma doença que pode, conseqüentemente, acarretar na Síndrome de Evans (CIMÁ; et al,2016). Essa causa ocorre em 41% dos casos sendo mais comum a associação da Síndrome com o Lúpus eritematoso, imunodeficiência variável comum, linfoma não – Hodgkin, Síndrome de anticorpos anti-fosfolipídicos primário, Síndrome de Sjogren e Leucemia Linfocítica crônica (SANTOS, 2017). Há também a incidência em crianças que se caracteriza em 30% como forma idiopática, 10% forma secundária e 60% apresentam diversas manifestações auto-imune não apresentando diagnóstico existente. Segundo MONTE et al., 2017 a síndrome é responsável por 10% de mortes e 37% de incidência.

Ademais, os níveis de incidência são maiores em mulheres do que em homens, tendo uma proporção de 2:1. Ela também se apresenta em níveis mais elevados na fase pediátrica, sendo que ela ocorre raramente em mulheres grávidas, nesta situação, o tratamento torna-se dificultoso e os resultados são insatisfatórios. Os efeitos dessa síndrome no feto são desconhecidos (SANTIAGO, 2015).

A síndrome ainda é pouco conhecida, acredita-se que nela há uma diminuição no número de células T4 e um aumento das células T8 e na síntese das células IL-10 e INF- gama sendo uma possível explicação para as reações auto-reativas na produção de anticorpos pelas células B além de associação com infecções virais (CIMÁ, M.A, 2016).

As manifestações clínicas dessa síndrome é características da anemia hemolítica: palidez, icterícia, insuficiência cardíaca, hematomas, sangramentos muco cutâneo e letargia. Além disso, o paciente pode apresentar linfadenopatias, hepatomegalia e esplenomegalia. A intensidade desses sintomas vai variar conforme o nível de anemia e do curso do tratamento, ou seja, se o paciente está seguindo o tratamento na íntegra. Vale ressaltar que cada paciente reage de forma diferente a doença, fazendo com que alguns sinais e sintomas apareçam em uns e outros não (CIMÁ-CASTAÑEDA 2016). O risco de desenvolver uma neoplasia são desconhecidos, devido aos baixos níveis de registros dessa doença e sua raridade (SANTOS, 2017).

O diagnóstico clínico se dá pela realização de um hemograma feito através de esfregaço sanguíneo em uma lâmina para a identificação de achados laboratoriais, há também, o teste de antiglobulina e mielograma para avaliação do paciente. (SANTOS, 2017). Porém, a identificação desta síndrome é difícil, devido ela ter sintomas semelhantes a outras alterações patológicas, por essa razão o diagnóstico é feito pela exclusão de outras patologias, inclusive processos contagiosos e doenças malignas e autoimunes. Apresenta-se com a citopenia, que pode coincidir ou ocorrer de forma separada ou sequencial. Após



o aparecimento da primeira citopenia, a segunda pode ocorrer meses a anos mais tarde, o que pode atrasar o diagnóstico. (JAIME-PÉREZ, 2015).

O diagnóstico pode ser dificultado em casos secundários, principalmente quando está relacionado com púrpura trombocitopenia imunológica (PTI), devido ao aparecimento de esferócitos no sangue periférico. Pode-se realizar o teste de Coombs, que é o meio mais eficiente e utilizado neste caso. (COMET et al., 2008).

O tratamento realizado como primeira linha é feito com corticosteroides acompanhado de metilprednisolona. Esse tipo de tratamento normalmente tem caráter transitório sendo responsável pela maioria dos casos onde segundo séries estudadas por SANTOS (2017) com 42 pacientes, somente 09 tiveram respostas completas enquanto o restante teve respostas passageiras necessitando da terapêutica de segunda linha. Na segunda linha são usados a ciclosporina, azatioprina, ciclofosfamida. Danasci (CIMÁ-CASTAÑEDA 2016) sendo este último utilizado aos corticosteroides em menor dose. Devido a união desses medicamentos torna-se difícil a utilidade terapêutica e a comparação de cada um. Há ainda terapias alternativas como transplante de células estaminais (TCE) hematopoiética, que estão sendo relativamente eficiente, porém, com efeitos adversos. (SANTOS, 2017).

## OBJETIVO GERAL

Frente ao que foi apresentado acima, este estudo tem como objetivo fornecer subsídios para os profissionais de enfermagem no reconhecimento da Síndrome de Evans para uma intervenção imediata, relacionando as Necessidades Humanas Básicas - NHB afetadas, através de uma revisão integrativa da literatura.

## PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Para o alcance do objetivo geral, escolheu-se o método da revisão integrativa da literatura (RIL), visto que este método possibilita sintetizar os estudos já completados e obter conclusões a partir de um assunto de interesse. Uma revisão integrativa bem realizada requer os mesmos padrões de firmeza, clareza e replicação utilizada nos estudos primários.

A RIL consiste na síntese de conhecimentos já existentes buscando aplicar na prática os resultados abordados. Para elaboração do presente trabalho foram utilizados aos bancos de dados: Google acadêmico, Lilacs, Bireme, Biblioteca virtual e Scielo.

Os critérios de inclusão consistem em textos em forma de artigos, teses ou dissertações com os descritores: Síndrome, Evans e NHB disponíveis na íntegra gratuitamente em meio eletrônico no idioma português, espanhol e inglês publicados no período de 2008 a 2019.

## LOCAL DE ESTUDO

O local da construção do artigo foi predominantemente na Universidade Estadual do Pará (UEPA), Campus IV. Ademais, os acadêmicos fizeram pesquisas em seus domicílios e biblioteca da universidade referida anteriormente.

## FONTES DE INFORMAÇÃO

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, nas plataformas Bireme, Lilacs, Biblioteca Virtual e Scielo, disponíveis nas modalidades de pesquisa de artigos, teses, livros e relatos de casos, que estavam disponíveis na língua portuguesa, espanhola e inglesa.

## COLETA DE DADOS

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais; artigos que abordem a temática Evans dentro de todas as áreas de interesse da enfermagem; periódicos indexados nos bancos de dados Lilacs e BDNF; artigos publicados até o ano de 2019.

Foram identificados 24 artigos. No entanto, após termos realizado a leitura dos artigos, a amostra final foi composta por 19 artigos científicos produzidos pela enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observa-se que o periódico que publicou o maior número de artigos sobre Síndrome de Evans pelos enfermeiros brasileiros, foi a (Revista, tese, Artigo etc.) (89%) esse fato se explica por tratar -se de um periódico específico da Síndrome de Evans, com impacto nas diferentes disciplinas que atuam na área. Periódicos como a Revista Latino- Americana de Enfermagem (primeiro periódico de enfermagem nacional indexado no Scielo) e a Revista Brasileira de Enfermagem (primeiro periódico de enfermagem nacional e órgão oficial de divulgação da Associação brasileira de Enfermagem- ABEn), apresentam um percentual maior de publicações na nossa área de interesse, com (60%) cada sobre esta temática.

Ao se analisar o conjunto da amostra, verificamos que a inexistência de um periódico específico da enfermagem voltado para a Síndrome de Evans pode estar impedindo a divulgação do conhecimento produzido. A maioria dos artigos foi publicado em 2015 na língua espanhola, o que compromete, também a atualização do conhecimento. Segundo Aladjidi et al. (2015) foram publicados menos de 100 casos unicamente da síndrome com dados clínicos consistentes e acompanhamento a longo prazo nos últimos 30 anos.

A incidência exata da Síndrome de Evans permanece desconhecida. Em uma revisão de pacientes adultos com imunocitopenia incluindo 766 pacientes com 399 casos de AIHA

e 367 casos de trombocitopenia e Síndrome de Evans foi diagnosticada em apenas 06 (0,78%) pacientes. A maior série relatada de Síndrome de Evans em pacientes pediátricos incluiu 164 casos de PTI e 15 de AIHA; apenas 07 (4,1%) crianças foram diagnosticadas com a síndrome. Em adultos, uma causa subjacente pode ser esperada em 70% dos casos, ou seja, esta síndrome tem mais incidência quando relacionada a outras doenças, causa secundária (JAIME-PÉREZ et al., 2015).

Estima-se que aproximadamente 50% tem origem idiopático e do grupo secundária, 41% está associada a doenças auto-imune (mais frequentemente lúpus sistêmicos), 17% está associado a imunodeficiências (geralmente devido à imunodeficiência comum variável). (CIMÁ-CASTAÑEDA, 2016).

A maioria dos casos da doença surge após os 04 anos de idade, porém, ainda que seja incomum, foram relatados dois casos em que a doença se apresentou entre 1 a 6 meses de idade tendo um alto nível de IgG para o citomegalovírus que é responsável por infectar pacientes imunodeprimidos com outros tipos de agentes como o herpes vírus, sarampo, *chlamydia pneumoniae* sendo imprescindível um estudo infeccioso completo tendo em vista que o citomegalovírus é um dos agentes que mais se associam a trombocitopenia.

Outro caso raro é a doença na gravidez principalmente em adolescentes. No entanto, foi relatado por Carrenõ e Banõs (2016) esses tipos de casos onde a paciente já portava a doença desde os 12 anos tendo duas recaídas sendo tratadas posteriormente. Na gestação foi suspenso o uso da medicação devido a constatação da normalidade clínica após a realização de diversos exames. Nas primeiras semanas a gravidez teve seu curso normal, porém na 35 semana surgiram petéquias e diminuição na contagem de plaquetas o que ocasionou o uso de prednisolona voltando o quadro a regularidade até o segundo mês pós-parto no término da pesquisa. Quando houver casos em que necessite de tratamento, esse deve ser feito levando em consideração a segurança da mãe e da criança e não, somente, da eficácia da terapêutica (FLORES-MONTES et al., 2017).

Na França foi criado um banco de dados pediátrico que contém informações sobre pacientes com essa patologia, com isso foi realizado um estudo com 156 crianças por 26 centros regionais cobrindo um período de 30 anos (1981 a 2014) e abrangendo 1002 pacientes-anos. Os resultados desta pesquisa constataram que 85 pacientes tiveram os primeiros episódios anemia hemolítica autoimune e púrpura trombocitopênica imunológica 2,4 anos após o diagnóstico. Além disso, a predisposição genética familiar foi identificada em 25% das crianças e um possível fundo imune em 70% delas (ALADJIDI et al., 2015).

Ademais 69% das crianças necessitam de um ou mais tratamento imunológico de segunda linha e 15 pacientes (10%) morreram com 14,3 anos de vida. Este é o primeiro estudo de longo prazo com essa doença, por isso a relevância do seu resultado (ALADJIDI et al., 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela caracterização das publicações analisadas, consideramos que os artigos científicos na temática Síndrome de Evans demonstram que são escassos, isso se deve a raridade da enfermidade.

Devido a essa raridade se faz necessário o diagnóstico precoce pelo teste de antiglobulina direto positivo, anemia e trombocitopenia para que o tratamento seja realizado o mais rápido possível.

A demais visto que a Síndrome de Evans é uma doença crônica que acomete um número significativo de pessoas que, na maioria das vezes, se manifesta ainda na infância perpetuando ao longo de toda a vida, se apresenta de forma aguda com manifestações variadas que dependem de fatores genéticos, biológicos e da qualidade de vida de cada paciente o que dificulta no tratamento que várias vezes tem que ser mudado em razão da ineficácia dos resultados esperados causando efeitos adversos e que, ainda, tem difícil diagnóstico devido a semelhança dos sintomas de outras patologias. Levando em consideração a complexidade e a longitudinalidade dessa doença faz-se necessário garantir aplicabilidade da teoria das necessidades humana básicas para garantir uma assistência que leve em consideração aos aspectos biopsicossociais de cada paciente.

Com essa teoria em prática, o paciente tem a possibilidade de ser autônomo no seu auto cuidado, proporcionando uma melhora na sua autoestima e, conseqüentemente, no seu bem-estar. Ela também possibilita a unicidade e a individualidade no tratamento da pessoa, respeitando sua crença e costume. Horta, afirma que a enfermagem deve reconhecer o paciente/cliente como um ser que participa de uma comunidade e família por isso a enfermagem deve preservar sua participação ativa no meio social, possibilitando na sua reabilitação e no retorno ao contexto social.

## CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que atua diretamente e indiretamente com o paciente, ela busca primordialmente prestar assistência humanizada, ela partiu do princípio de que o cuidar do ser humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial. Segundo a enfermeira Wanda Horta, enfermagem é “a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas”. Ou seja, a (o) enfermeira (o) assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões.

Diante dessa abrangente importância, entendo a enfermagem como a norteadora de um processo de cuidado consistente e organizado. Entende-se, ainda, a enfermagem como protagonista do sistema de saúde, e, dessa forma, percebe-se a necessidade de

mais pesquisas voltadas para as síndromes raras, principalmente a Síndrome de Evans, pois assim a (o) enfermeira(o) atuara de forma eficaz, haja vista que quando se possibilita mais informações para este profissional a sua atuação melhora, elevando o nível de seu trabalho com o paciente e agilizando a melhora do mesmo.

Diante disso, este trabalho visou beneficiar, principalmente as (os) enfermeiras(ros), dando-lhes suporte teórico diante dessa patologia tão pouco conhecida, mas que acomete um número significativo de pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALADJIDI, Nathalie et al. Evans Syndrome in Children: Long-Term Outcome in a Prospective French National Observational Cohort. **Frontiers In Pediatrics**, França, v.3, p. 1-7, 29 set. 2015. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2015.00079/full>. Acesso em: 24 maio 2019.

BARNUN, B. J. S. **Nursing Theory: analysis, application, evaluation**. 4. ed., Philadelphia. J.B. Lippincott, 1994.

CHINN, PL. KRAMER, M K.. **Theory and nursing: a systematic approach**. St Louis: Mosby; 1991.

CARRENO, David Andrés Viveros. BAÑOS, Arturo José Parada. **Síndrome de Evans y Embarazo em la adolescência**: reporte de um caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, v. 67, n. 2, p. 147-152, 30 jun. 2016. Federacion Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v.67n2/v67n2a06>. Pdf. Acesso em: 24 maio 2019.

CIMÁ-CASTAÑEDA, Maria de los Ángeles et al. **Síndrome de Fisher-Evans o de Evans**. Revista de Hematología, v. 17, n. 2, p. 144-149, 2016.

COMET, Dr. José Ignacio Larquin et al. **Síndrome de Evans. Reporte de un caso**. Revista Archivo Médico de Camaguey, Camaguey, v. 12, n. 1, p.1-3, fev. 2008. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000100014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000100014)>. Acesso em: 08 maio 2019.

FLORES-MONTES, Olivia Alejandra et al. **Síndrome de Evans en lactantes**. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, México, v. 74, n. 2, p.141-146, mar. 2017. Disponível em:<[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S166511462017000200141](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462017000200141)>. Acesso em: 08 maio 2019.

FRAZÃO, Arthur. **Síndrome de Evans**: o que é, sintomas, causas e tratamento. 2007 – 2021. Disponível em <https://www.tuasaude.com/sindrome-de-evans>. Acesso em 19 de setembro 2020.

Horta Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

JAIME-PÉREZ, José Carlos et al. **Experience with Evans syndrome in an academic referral center**. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia, v. 37, n. 4, p. 230-235, 2015.

SCHAURICH, Diego. CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Produção do Conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área**. 1998-2007. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Minas Gerais, v.14, n.1, p.88-182, jan. 2010.

MASLOW, Abraham H. **Metamotivation**. In: MASLOW, A.H. The farther reaches of human nature. New York: Penguin Books, 1993.

MASLOW A. H. **Maslow no Gerenciamento**. Rio de Janeiro, Quality mark, 2000.

MELEIS, A L. **Theoretical nursing development and progress**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 1991

Núcleo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinar. **Teoria de Enfermagem**. Minas Gerais. Disponível em: <http://www.fwb. Edu.br/nepi/teoria de enfermagem.html>. Acesso em: 16 maio 2019.

ROMERO, Adrian González et al. **Síndrome de Evans Fisher asociado con esclerodermia**. Revista Cubana de Hematología, La Habana, Cuba., v. 30, n. 1, p.81-88, maio 2014. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubheminmhem/rch-2014/rch141k.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SANTIAGO, Artucio. **Embarazo y Síndrome de Evans**: a propósito de un caso. Ver. Horiz Med 2015; 15 ( 4): 67-73, out e dez, 2015.

SANTOS, João Grade. **Síndrome de Evans e Lúpus Eritematoso Sistémico**: Estado da arte de uma associação incomum. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina Lisboa, 2017.

# CAPÍTULO 17

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS DRENOS DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 16/02/2022

### **Pamela Nery do Lago**

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

### **Carla de Oliveira Arcebispo**

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0001-5097-942X>

### **Aline da Silva Fernandes**

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-2833-1077>

### **Divina Elenice Cardoso Bessas**

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-2810-2311>

### **Carla Renata dos Santos**

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-4653-365X>

### **Maria Emília Lúcio Duarte**

HC-UFMG/EBSERH  
Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-7709-2674>

### **Ana Luiza Loiola Santos**

Unidade Básica de Saúde Novo Eldorado de Contagem-MG  
Contagem – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-9445-3881>

### **Edma Nogueira da Silva**

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH)  
Juiz de Fora – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-6029-5862>

### **Adriana de Cristo Sousa**

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)  
Aracaju – SE  
<https://orcid.org/0000-0003-2132-8438>

### **Camilla Greyce Santos Silva Fontes**

HU-UFS/EBSERH  
Aracaju – SE  
<https://orcid.org/0000-0003-4669-7408>

### **Danielle Freire dos Anjos**

HU-UFS/EBSERH  
Aracaju – SE  
<https://orcid.org/0000-0002-7377-9604>

### **Rosiana Lima Prado**

HU-UFS/EBSERH  
Aracaju – SE  
<https://orcid.org/0000-0003-0403-7188>

**RESUMO:** Este trabalho discute os tipos de drenos utilizados em pacientes pós-cirúrgico e permite debater, a partir de uma visão histórica, como os drenos são utilizados, qual a sua principal função aplicado no organismo humano

e quais são os procedimentos necessários para que o profissional de enfermagem possa cuidar desse paciente, com métodos e cuidados apropriados, protegendo-se a si mesmo e evitando com que o paciente adquira infecção oportunista. Drenos, apesar de sua visão um tanto desconcertante são fundamentais para o esgotamento de secreção, fluidos, sangue e qualquer material contaminante do organismo e contendo-o em reservatório até o seu descarte adequado. Para isso, foi necessária uma pesquisa histórica, além dos tipos de drenos e materiais utilizados para a confecção do dreno. Ressalta-se que há diversos tipos de drenos feitos de mais diversos materiais. Para a realização deste trabalho foi feita uma pesquisa de literatura envolvendo escritos publicados entre os anos de 1990 e do presente século, principalmente os seus momentos histórico. Metodologicamente, este trabalho de revisão de literatura proporcionou um conhecimento mais avançado sobre drenos e seu uso. Conclui-se, portanto que, apesar de haver um procedimento unificado para os diferentes tipos de drenos e de cirurgias, foi possível estabelecer uma série de passos que envolve a ação do profissional da enfermagem consigo mesmo e com paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dreno. Paciente. Enfermagem. Segurança.

## NURSING CARE WITH THE DRAINS OF POST-SURGICAL PATIENTS

**ABSTRACT:** This course conclusion paper discusses the types of drains used in post-surgical patients and allows us to discuss, from a historical viewpoint, how the drains are used, what their main function is in the human body, and what procedures are necessary to That the nursing professional can take care of this patient, with appropriate methods and care, protecting himself and avoiding the patient to acquire opportunistic infection. Drains, despite their somewhat disconcerting outlook, are critical to the depletion of secretion, fluids, blood and any contaminating material from the body and containing it in the reservoir until its proper disposal. For this, it was necessary a historical research, besides the types of drains and materials used to make the drain. It goes without saying that there are several types of drains made from a variety of materials. For the accomplishment of this work was done a research of literature involving writings published between the years of 1990 and of the present century, mainly its historical moments. Methodologically, this work of literature review provided a more advanced knowledge about drains and their use. It was concluded that, although there was a unified procedure for the different types of drains and surgery, it was possible to establish a series of steps that involves the action of the nursing professional with himself and with the patient.

**KEYWORDS:** Drain. Patient. Nursing. Safety.

## 1 | INTRODUÇÃO

A recuperação do paciente no pós-operatório em que há a necessidade de colocação de drenos exige, por parte do profissional da enfermagem, cuidados específicos, visando sobretudo evitar a ocorrência de sepsis que colocaria em risco a vida do paciente.

Drenos são cânulas colocadas em partes específicas do corpo cuja função é a captação e eliminação de fluidos e secreções que não deveriam estar na cavidade corporal.



A palavra dreno, o inglês *drain*, ou esgotamento, tem sua origem grega, cuja etimologia tem a ver com a palavra “esgoto”, ou seja, a drenagem é, em sua essência o esgotamento de líquidos nocivos ao corpo humano (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A colocação de drenos em pacientes é um procedimento realizado pelo médico, mas os cuidados com higienização, curativos e retirada cabe ao profissional da enfermagem, seja este enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem.

A recuperação do paciente no pós-cirúrgico exige cuidados especiais haja vista haver uma porta aberta para a ocorrência de infecções e/ou infecções cruzadas, daí porque existir uma normatização para os cuidados do profissional da enfermagem com esses pacientes.

Este trabalho objetiva discutir os cuidados do profissional da enfermagem com paciente pós-cirúrgico portador de drenos em qualquer parte do corpo e que se relaciona com o esgotamento de líquidos, fluidos, ou secreções oriundas dessa intervenção. Bem como, identificar os diversos tipos de drenos existentes; caracterizar as funções dos drenos pós-cirúrgicos e ainda, perceber o papel do profissional de enfermagem frente aos cuidados com os drenos.

Metodologicamente este trabalho de revisão bibliográfica busca apresentar os tipos de drenos, sua aplicabilidade, materiais utilizados na confecção desses drenos e os procedimentos, e os cuidados dos profissionais da enfermagem com o paciente que está com dreno no período pós-operatório.

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos, analisados entre os meses de outubro de 2021 e janeiro de 2022, no site Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os seguintes descritores: dreno, paciente, enfermagem, segurança e bem-estar. As publicações estudadas foram escolhidas conforme os seguintes critérios de inclusão: ser publicado em periódico indexado, disponível online, idioma português, publicados no período de 2002 a 2021, estar em texto completo e abordar assuntos acerca da temática estudada.

## 2 | HISTÓRIA DOS DRENOS

É importante fazer uma distinção entre drenos e sondas para que a leitura possa ser clara. Sondas são cânulas, como os drenos, cuja diferença essencial é que estas se utilizam os orifícios naturais do organismo humano, enquanto os drenos são colocados em intervenções, ou orifícios criados para que se possa colocar o dreno.

Os primeiros registros sobre o uso de drenos em atividades médicas, segundo Cesaretti e Saad (2001) datam do ano 450 a. C. descrito por Hipócrates, considerado o pai da medicina, com a utilização de cânulas para o esgotamento de secreção purulenta em abscessos, pústulas e furúnculos.

Posteriormente, no século III e IV da era Cristã, Celsus descreveu novamente o

uso de drenos, recuperando as anotações de Hipócrates o século IV a.C. e aplicando em drenagem de secreções de abscessos. Apesar de haver uma recuperação de conhecimento, os efeitos, de acordo com Cesaretti e Saad (2001) foram de menor impacto, já que os índices de infecções decorrentes e a mortalidade ocasionada por septicemia era alta.

Os registros mais atualizados sobre a utilização de drenos data do século XIX nos Estados Unidos com Chassignac (1859), depois com Kehrer, e por fim com Kellogg (1895) e Yates (1899), com a utilização de tubos de borracha com a função de drenos (CESARETTI; SAAD, 2001).

Foi justamente, nos Estados Unidos em que o uso de drenos em procedimentos cirúrgicos foram inicialmente utilizados, assim como também foi o país em que foram desenvolvidos os principais tipos de drenos e a experimentação de materiais como o PVC, o teflon e mais recentemente o silicone na fabricação.

Todavia, Santos (2010) aponta que essa mortalidade decorrente do uso do dreno entre os séculos III e XIX estava mais ligada aos procedimentos de higiene de quem manipulava esses drenos, do que do procedimento, propriamente dito.

O uso de drenos, de acordo com Witzel (2014), tem como objetivo: evitar infecções profundas no interior das cavidades onde foi feita a intervenção cirúrgica; possibilitar a saída do interior do organismo de ar, sangue, secreções, fluidos e linfa; e, prevenir acúmulo de líquidos no organismo.

Note-se que, de acordo com Witzel (2014) há uma tripla função para o dreno, sendo que a principal é evitar infecções no interior do organismo humano, intensas e de difícil combate. Neste caso, o dreno, utilizado após um procedimento cirúrgico tem a objetividade de fazer o esgotamento de líquidos e fluidos que ocorrem quando da intervenção, principalmente as cirurgias gástricas, torácicas e renais.

Santos (2010), comentando a colocação de drenos em cirurgias bariátricas pontua a sua necessidade, pois:

Apesar de a cirurgia bariátrica ser bem tolerada, podem ocorrer complicações no intra ou pós-operatório imediato, principalmente complicações respiratórias, pois com a obesidade, a função dos músculos respiratórios e a movimentação diafragmática estão prejudicadas. Isto ocorre devido à restrição da expansão da caixa torácica e pelo depósito de gordura central. Essas alterações pulmonares podem ser acentuadas por fatores como idade, tempo cirúrgico, anestesia e posição do paciente durante a cirurgia.

Essas complicações podem evoluir para o acúmulo de secreção na cavidade torácica que levaria a uma complicação do quadro geral do paciente que poderia evoluir para insuficiência respiratória. Apesar desse quadro, Santos (2010) pontua que esse procedimento com dreno só é utilizado em casos raros e específicos a depender da morbidade do paciente de complicações no pós-operatório.

A drenagem, de acordo com Witzel (2014) levando em consideração a sua função básica de retirada de fluidos deve ser observada com cuidado pelo profissional de

enfermagem a fim de que se possa atingir seu objetivo, por isso ela deve ser:

- a) Observada e registrada diariamente na ficha médica do paciente como forma de acompanhamento e evolução do uso do dreno no paciente;
- b) Registrada a cor, o aspecto e a quantidade de líquidos drenados. Essa observação leva o profissional a ter um histórico evolutivo da saúde e recuperação do paciente;
- c) Observado o tempo de uso do dreno, pois este pode ficar por semanas no corpo do paciente até a sua recuperação total e a não eliminação de fluidos e secreções;
- d) Analisada as obstruções no dreno, pois isso pode causar o refluxo dos líquidos e provocar infecções graves.

Zilberstein *et al.* (1994) pontuam em seu texto que a eficácia do dreno, apesar das vantagens é limitada diante do tipo de intervenção, do tipo de abscesso, ou mesmo do tempo de uso. Os autores já pontuavam que a questão tempo em relação ao uso do dreno deve ser limitada a no máximo quinze dias, haja vista após esse período os riscos de obstrução da cânula do dreno ser grande e aumentar os riscos de infecções.

Zilberstein *et al.* (1994) ainda pontuam que o uso do dreno deve ser avaliado em relação à quantidade de secreção que deve estar entre 50 a 100 ml/dia. Abaixo desse valor, os autores pontuam que cuidados com limpeza e soro fisiológico asséptico são suficientes para se manter a sanidade da ferida pós cirúrgica.

### 3 | TIPOS DE DRENOS E SUAS FUNÇÕES

A literatura especializada demonstra haver uma variedade grande de drenos e de materiais utilizados para a confecção destes. Esta discussão é pertinente em qualquer situação, pois esclarece ao profissional o tipo de dreno e sua indicação de uso mais apropriado, bem como os cuidados de higienização no pós-operatório.

De acordo com Wingert (2013) os drenos podem ser classificados em cinco categorias:

**Quanto à estrutura básica** – indicam a morfologia do dreno: laminares e tubulares;

**Quanto ao material de confecção** – pode ser de diversos tipos, como o dreno de borracha natural, o dreno de polivinil (PVC), o dreno de polietileno, ou polímero, o dreno de politetrafluoretileno (teflon), dreno de poliuretano e dreno de silicone;

**Quanto a sua forma de ação**, podem ser:

Pela gravidade: drenos de grosso calibre colocados na cavidade e conectados a bolsas coletoras ou borrachas de látex;

Pela capilaridade: a saída das secreções se dá através da superfície externa do dreno;

Pela sucção: utilizados em circunstâncias que se prevê o acúmulo de líquidos em grande quantidade ou por períodos prolongados.

**Quanto ao sistema de drenagem:**

Aberto: possui interação com o meio, ou seja, necessária a entrada de ar para o bom funcionamento do sistema, risco aumentado de infecção dependendo da cavidade a que se destina a drenagem;

Fechado: não requer elementos externos adicionais para o seu perfeito funcionamento, utiliza-se de um sistema vedado, estéril, conectado a extremidade do dreno, pode ser um frasco ou uma bolsa.

**Quanto ao uso** pode ser: vias biliares, cavidade abdominal, tórax.

Os drenos mais comuns utilizados em procedimentos pós-cirúrgicos são:

### 3.1 Dreno de Penrose

Dreno de sistema de drenagem aberta de borracha do tipo látex utilizado em procedimentos pós-cirúrgicos em locais de possível acúmulo de líquidos infectados.



Imagem 1 – Dreno Penrose.

Fonte: [www.googleimagens.com.br](http://www.googleimagens.com.br).

O dreno Penrose mais se parece com uma fita alongada, mas é um tubo unido nas extremidades cuja utilização é mais indicada em cirurgias abdominais, de vesícula, ou mesmo do pâncreas e do baço. Por ser bastante flexível, Manzano (2008) pontua que esse tipo de dreno é mais confortável para o paciente e permite uma mobilidade maior, bem como um processo de cuidado e higienização mais rápido.

Obviamente não se quer dizer que a higienização do dreno deva ser negligente, mas em relação aos outros tipos de drenos, Manzano (2008) o aponta como o mais fácil de ser cuidado.

### 3.2 Dreno de Kher

O dreno de Kher consitui-se em um sistema de drenagem fechada e é comumente utilizado em cirurgias biliares e anastomose biliar, ou na desobstrução das vias hepáticas. Em outras palavras, é um dreno indicado em cirurgias do fígado e da vesícula biliar.

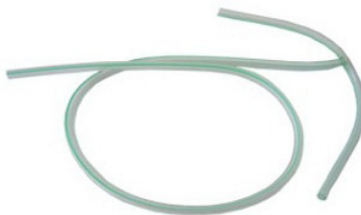


Imagem 2: Dreno de Kher.

Fonte: [www.googleimagens.com.br](http://www.googleimagens.com.br).

Na anastomose biliar o dreno de Kher assume a função de prótese modeladora, haja vista sua parte interna possuir uma estrutura em T que garante essa função nos casos da cirurgia hepática.

### 3.3 Dreno de Schiller

Tipo de dreno ativo no qual se usa de sucção para a retirada de líquidos do interior do organismo.

O dreno de Schiller, de acordo com Jesus (2014) o dreno de Schiller é mais comum em cirurgias torácicas, ou cirurgias que envolvem o sistema respiratório, pois permite a sucção de secreção e muco que dificilmente é drenado através da gravidade.

### 3.4 Dreno Túbulo Laminar (dreno de Waterman)

É um dreno de capilaridade que, segundo Manzano (2008) preserva a integridade da pele.



Imagem 3. Dreno túbulo laminar.

Fonte: [www.googleimagens.com.br](http://www.googleimagens.com.br).

É indicado para procedimentos cirúrgicos abdominais e abdominoplastias com complicações pós-operatória com infecções e sepse do tecido abdominal e surgimento de secreção. Por ser um vaso com capilaridade, ou seja, possuir diversos “furos” ao longo da parte em que fica no interior do organismo, é um dreno adequado para coleta de grande

quantidade de secreção e líquidos. Aumentando assim, a eficácia da drenagem pela retificação do trajeto e oferece ainda, maior segurança de proteção às vísceras e vasos.

### 3.5 Dreno de Sucção (Portovac)

É um dreno similar ao dreno de Schiller indicado especificamente para cirurgias torácicas e aspiração de muco e sangue, haja vista independe da ação da gravidade para sua atuação.



Imagem 4. Dreno de sucção.

Fonte: [www.googleimagens.com.br](http://www.googleimagens.com.br).

Para Cesaretti e Saad (2001) o dreno de sucção deve receber uma atenção especial e o reservatório deve ser esvaziado constantemente, pois o processo de sucção pode ser feito pelo próprio paciente, ou por uma terceira pessoa.

### 3.6 Dreno Jackson Pratt

Funciona com pressão negativa e diferencia-se do dreno de sucção por possuir a forma de pera, sendo comumente utilizado para cirurgias abdominais. O principal cuidado com este tipo de dreno é a correta manutenção do vácuo, obtido com a compressão do reservatório. Caso contrário, a drenagem não será eficaz, podendo ocorrer acúmulo de secreção, o que provocaria no paciente dor, desconforto e alterações dos seus sinais vitais, entre outras intercorrências.



Imagem 5. Jackson Pratt.

Fonte: [http://moodle.posavm.com.br/pluginfile.php/920835/mod\\_resource/content/3/Enfermagem%20Cl%C3%ADnico-Cir%C3%BArgica.pdf](http://moodle.posavm.com.br/pluginfile.php/920835/mod_resource/content/3/Enfermagem%20Cl%C3%ADnico-Cir%C3%BArgica.pdf).

### 3.7 Dreno Tubular

É um tipo de dreno específico para a drenagem de feridas cirúrgicas, que apresenta um sistema de drenagem exclusiva de aspiração (LUZ *et al.*, 2013).

### 3.8 Dreno de Tórax

É fundamental quando se faz necessária uma drenagem torácica para a reexpansão pulmonar em virtude de um colapso pulmonar, ou seja, quando o pulmão perde pressão negativa, por abertura do tórax devido à cirurgia, trauma ou por presença de ar, pus, ou sangue no tórax. Na cavidade torácica, a pressão é menor que a do ar atmosférico, o que possibilita a entrada de ar.



Imagem 6. Dreno de tórax.

Fonte: [www.googleimagens.com.br](http://www.googleimagens.com.br).

## 4 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS-CIRÚRGICO

Todos os tipos de drenos elencados neste trabalho exigem cuidados na sua manutenção, e estes são em sua maioria prestados pelos profissionais da enfermagem. Wingert (2013) aponta cuidados relativos aos drenos aplicados aos profissionais de enfermagem que preservam sua integridade e evitam complicações e sepse oriunda de infecção hospitalar:

- a) Checar a localização do dreno e os cuidados a serem ministrados pela equipe;
- b) Identificar a instalação de sistema de drenagem adequada: aberto ou fechado.
- c) Fixar à parte externa do dreno a pele para evitar tração exagerada e desposicionamento;
- d) Avaliar o aspecto do curativo externo. Caso necessário, realizar a troca;
- e) Quando da utilização de vários drenos, identificar a localização através de adesivo no frasco coletor ou na bolsa;
- f) Registrar separadamente o volume de cada dreno na folha de balanço hídrico, isto

possibilita avaliação da redução ou aumento anormal da drenagem;

g) Registrar de forma precisa o aspecto da secreção drenada;

h) Caso ocorra o uso de cateter Levin para drenagem gástrica, certificar-se da ausência de obstrução, mantendo o sistema de drenagem abaixo do nível do abdome;

i) Em caso de uso de dreno de Kher, conectar a um coletor estéril, sistema fechado, atentar para a coloração e aspecto;

j) Caso se utilize um dreno tubular juntamente com um Penrose, a opção mais adequada é a utilização de uma bolsa de colostomia.

Os cuidados relativos ao uso dos drenos no paciente pós-cirúrgico faz relação com o dreno em si, ou seja, não está relacionado com os cuidados do profissional de enfermagem com o paciente, mas apenas com o dreno utilizado.

Esses cuidados tendem a evitar infecções no paciente. Vale lembrar o alerta de Sávio e Ferreira (2011) relacionado a toda cirurgia que envolve o uso de dreno, isto é, estar atento para a autopreservação e para a preservação do paciente.

Além disto, Zilberstein *et al.* (2004, p. 09) pontua, que na manipulação com drenos:

Devem ser colocadas bolsas coletoras nos drenos ainda no centro cirúrgico, no momento da realização do curativo. Nos drenos de sistema fechado, há coletor específico, com sistema de aspiração ou a vácuo. Os coletores devem ser esvaziados periodicamente e o seu débito anotado na folha de controle, com o total de 24 horas. Deve-se anotar também a característica do líquido drenado, se houver alteração dessas características entre os períodos de observação. A manipulação dos drenos deve ser feita de maneira asséptica, principalmente nos sistemas fechados, que não devem ser abertos (manipulados com cuidado) para não levar a contaminação para dentro da cavidade. São recomendadas discretas trações diárias do dreno para evitar o bloqueio precoce e a formação de aderências que prejudicam a drenagem. Antes de sua retirada definitiva, é preciso ter certeza de que o objetivo da drenagem foi inteiramente cumprido e de que ele não é mais necessário. Os drenos laminares devem ser mantidos em bolsa de drenagem enquanto houver saída substancial de secreções (diária de 50 a 100 ml/dia). Quando a saída de secreções for pequena (inferior a 50 ml/dia), recomenda-se a limpeza do local de drenagem com água destilada ou soro fisiológico, essencialmente com antissepsia com povidine e oclusão com curativo de gaze, justamente para evitar sua contaminação até o momento da retirada. Os drenos de Portovac costumam acumular coágulos e fibrina em seu interior, entupindo e impedindo a drenagem. Malaxar o dreno diariamente e a manutenção de aspiração são procedimentos que evitam que isso aconteça.

Ou seja, é importante que se mantenha a assepsia do ponto de entrada do dreno no corpo humano, pois esta se configura como uma porta aberta para a entrada de bactérias que podem causar sérias infecções no organismo. Note-se que Zilberstein *et al.* (2004) centra seu discurso no cuidado com a manipulação, o que reforça a necessidade de uma adequada manipulação dos profissionais da enfermagem com os drenos, bem como



procedimentos adequados para a assepsia e curativos dos mesmos.

Falar em procedimentos genéricos para o tratamento de pacientes do pós-operatório com dreno é uma tarefa difícil, haja vista cada cirurgia possuir uma gama de procedimentos dos profissionais de enfermagem específicos. Todavia, em uma análise colateral dos estudos de Zilberstein *et al.* (2004), Dias (2006), Manzano (2008) e Silva (Org. 2009), é possível estabelecer um parâmetro mínimo de atenção que o profissional de enfermagem deve estabelecer para o tratamento de pacientes com dreno:

- 1) Promoção da limpeza e ordem de todo o ambiente;
- 2) Monitorar a drenagem dos drenos torácicos mediastinais e pleurais;
- 3) Monitorar quanto a complicações (hemorragias, choque, arritmias, febre);
- 4) Após a colocação de drenos a intervenção de enfermagem é especialmente dirigida para a manutenção da permeabilidade e esterilidade do circuito;
- 5) Realizar a correta fixação do dreno para evitar a saída acidental;
- 6) Evitar clampar o dreno durante o transporte do paciente (um dreno clampado pode provocar pneumotórax hipertensivo, com o balanço do mediastino e parada cardíaca);
- 7) Assegurar-se de que a sucção está funcionando e manter os tubos permeáveis;
- 8) Manter o tubo sem angulações que impeçam a drenagem ou a remoção de ar, o que interferiria com a regular reexpansão pulmonar;
- 9) Vigilância do sistema pode ocorrer borbulhamento inesperado, provocado pela fuga de ar do sistema;
- 10) Mobilizar o doente sempre que possível para facilitar a drenagem;
- 11) Quando necessário transportar o doente para outro local, colocar o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax de modo a impedir o refluxo do líquido.

Esses procedimentos, como podem ser observados são compilações lógicas que envolvem diversos tipos de drenos para pacientes com tipos diferentes de cirurgias que necessitam de drenagem. Não se pode aplicar a uma única situação, mas as direções básicas são dadas para que o profissional de enfermagem possa atuar de forma racional e com segurança, tanto para si, quanto para o paciente.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, o uso de drenos data de quatro séculos antes de Cristo, mas só foi retomado como um campo auxiliar dos processos cirúrgicos que necessitam da drenagem de líquidos, secreção, sangue e outros fluidos que possam causar infecção interna nos pacientes. O uso de dreno, apesar de sua importância para os procedimentos cirúrgicos modernos, envolve riscos que estão ligados diretamente aos cuidados que o profissional de

enfermagem tem na manipulação e higienização dos drenos, bem como o monitoramento de obstruções e tempo de uso.

O cuidado com o paciente envolve, as noções básicas de cuidado do profissional consigo mesmo, bem como o conhecimento, a manipulação, a higienização e o acompanhamento do uso do dreno pelo paciente pelo tempo recomendado pelo fabricante e pela literatura especializada sobre o assunto.

Também possibilitou reconhecer os diversos tipos de drenos, os materiais com que são feitos e a sua utilização. Ainda que a colocação e retirada de drenos seja uma atribuição médica, a higienização, limpeza, monitoramento e registros sobre a utilização do dreno são atribuições específicas do profissional da enfermagem, daí porque a necessidade desse conhecimento.

Por fim, permitiu com que se aumentasse, ao articulista uma pesquisa de revisão bibliográfica que o colocou diante de vasto material literário permitindo o seu enriquecimento teórico e a possibilidade de discussão desse conhecimento em foros adequados.

## REFERÊNCIAS

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. V. 1, n. 2. 11ed. Rio de Janeiro; Macgraw Hill, 2009.

CESARETTI, I. U. R.; SAAD, S.S. Drenos Laminares e Tubulares em Cirurgia Abdominal: fundamentos básicos e assistência. **Acta Paul. Enfer.**, v. 15, n. 03, 2002.

DIAS, E. **Enfermagem Clínica Cirúrgica**. Instituto Formação. Brasília. DF, 2014.

JESUS, D.C. **Enfermagem em Intercorrências Cirúrgicas**. Colégio Técnico São Bento. São Paulo. 2014.

LUZ, A. R.; DAMASCENO, K. C. F.; GAMA, L. S.; OLIVEIRA, L. L.; RIBEIRO, L. D. **Assistência de Enfermagem em Clínica Cirúrgica**. Araguaína/TO, 2013. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfv18AE/tipos-drenos>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PASSOS, B.B.; VASCONCELOS, T.B.; BASTOS, V. P. D.; SOUZA, C.T. Desatenção às Normas de Segurança por Profissionais de Saúde em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital na Cidade de Fortaleza/CE. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 35-49, 2013.

SALES, C.M.O. MARTINS, E.S. Biossegurança em Unidade de Terapia Intensiva: Atuação do Enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada**., v. 1, n. 1, 2008.

SANTOS, B.N. **Diagnósticos de Enfermagem Prevalente de Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UNESP. Botucatu. SP, 2010.

SAVIO, B.; FERREIRA, J.M. **Cuidados da Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgia Eletiva**. Monografia (Especialização em Enfermagem Cirúrgica). UFSC. Florianópolis. SC. 2011, p. 57.

SILVA, A.A. (Org.). **Caderno de Enfermagem**. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, v. 2. São Paulo. 2009.

VASCONCELOS, B.M.; REIS, A.L.R.M.; VIEIRA, M.S. Uso de Equipamento de Proteção Individual pela Equipe de Enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano/MG. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

WINGERT, M. **Drenos, Sondas e Cateteres**. Colégio Dom Feliciano. Belo Horizonte. MG. 2013.

WITZEL, C. **Drenos**. Aula EAD. Disponível em: <[www.youtube.com/drenos.php](http://www.youtube.com/drenos.php)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ZILBERSTEIN, B.; PAJECKI, D.; ESKENAZY, S.; JUREIDINI, R. **Drenos, Sondas e Curativos**. Apostilamento. 2004.

## NURSING CARE TO SURGICAL PATIENT- NEPHRECTOMY AND OUTPATIENT SURGERY

*Data de aceite: 01/03/2022*

### **Rodrigo Marques da Silva**

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

### **Camilla Cintia Curcio de Oliveira**

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/9665516484635477>

### **Laís Helena da Silva Aguiar**

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/4696056602329383>

### **Wanderlan Cabral Neves**

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

### **Lincoln Agudo Oliveira Benito**

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

### **Thais de Andrade Paula**

Universidade Unievangelica  
Anápolis-GO  
<http://lattes.cnpq.br/7537676316667114>

### **Kerlen Castilho Saab**

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

### **Osmar Pereira dos Santos**

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

**ABSTRACT: Objective:** to analyze the scientific production on pre- and postoperative care to patients submitted to nephrectomy and to patients undergoing outpatient surgery. **Method:** This is a bibliographic review carried out in books, manuals, theses, monographs and loose publications on digital bases. Data collection took place between August and September 2021 at Pubmed, Scientific Electronic Library Online and Google Scholar. Articles published from 1998 to 2020 were included, available in full free of charge in Portuguese, Spanish or English. Those without direct relation to the theme were excluded.

**Results:** For the present study, 43 materials were found, including articles, websites and reference manuals on the topics addressed (nephrectomy and outpatient surgery). Of the 43, 23 (twenty-three) were discarded for reasons of repetitive information or irrelevant to the development of the research. **Conclusion:** The care measures made by the nursing team bring greater benefit in the care, when providing information before surgery, restraining doubts, giving instructions about the surgery itself and the postoperative period, and acting in reducing anxiety, which is a recurrent factor in all those who are submitted to the surgical process.

**KEYWORDS:** Nursing Care, Outpatient, Pre-Operative, Post-Operative, Nephrectomy.

**RESUMO: Objetivo:** analisar a produção científica sobre a assistência pré e pós-operatória ao paciente submetido a nefrectomia e àquele submetido a cirurgia ambulatorial. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em livros, manuais, teses, monografias e publicações avulsas em bases digitais. A coleta de dados ocorreu entre agosto a setembro de 2021 no Pubmed, Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico. Incluíram-se artigos publicados no período de 1998 a 2020, disponíveis na íntegra gratuitamente em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos aqueles sem relação direta com a temática. **Resultados:** Para o presente trabalho, foram encontrados 43 materiais, incluindo artigos, sites e manuais de referência a respeito dos temas abordados (nefrectomia e cirurgia ambulatorial). Dos 43, foram descartados 23 (vinte e três), por motivos de informações repetitivas ou irrelevantes para o desenvolvimento da pesquisa. **Conclusão:** As medidas de cuidados feitos pela equipe de enfermagem trazem maior benefício no atendimento, ao prestar informações antes da cirurgia, sanando dúvidas, dando instruções a respeito da cirurgia em si e do pós-operatório, e atuando na diminuição da ansiedade, que é um fator recorrente em todo aquele que é submetido ao processo cirúrgico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Cirurgia Ambulatorial, Pré-Operatório, Pós-Operatório, Nefrectomia.

## INTRODUCTION

According to Figueiredo (2017) The nursing team is present in several categories within the operating room, among them is care, where the nurse monitors and supervises the attributions given to the team, schedules, assembly and disassembly of the operating room, the materials available for the procedure, performs the preoperative visit, makes the nursing diagnosis, working in the pre- and intraoperative period.

This team is also the one who introduces the care to the patient, receiving them, checking the documentation and identification. The nurse performs an examination of the vital signs before the procedure, takes the patient to the operating room, helps to move the patient from the stretcher to the table and aligns it in the necessary way for the surgery to be fair. After the procedure, the nurse helps to move the patient from the table to the stretcher, taking care of the probes and catheters, taking him to the recovery room where he passes all information to the nurse who is on duty on the day.

There is also, the nurse who coordinates the operating room, he is responsible for maintaining the functioning of the materials, surgical instruments to be used, the equipment, checking the operation, and if there is any defect they who request another, accompanies the elaborations of the standards to be followed and routines of the sector, teaches how the material should be used, to avoid errors and assists ccih (hospital infection control commission). The coordinators analyze the performance of the professionals and select those with profile for the operating room, make the planning of the training, follow the training of new employees. (FIGUEIREDO, 2017)

“The duties of the coordinating nurse can be divided with the care nurse being a

phononist or diarist.” (FIGUEIREDO, 2017, p. 9). The nurse who stays in the recovery room receives all the information about the patient, he should know about the reaction of anesthesia and analgesia, have skills to attend, if a cardiorespiratory emergency and cardiopulmonary resuscitation occurs, he should write down all the patient’s clinical developments, and pass all the information to the nurse in the ward before sending him discharge. This patient is examined on admission checking all his vital signs, saturation and movement. From this data one is made a care plan and monitor its implementation according to SAEP. Regarding the administrative part of the recovery room, the nurse participates together with the coordinator of the weekly and daily monthly scales, updates the routines and verifies the needs of the sector. (FIGUEIREDO, 2017)

We still have the nursing technicians who work in the operating room checking the materials, equipment and surgical instruments for each type of surgery, the cleaning of the rooms walls and floors if not clean is requested, and the exposed appliances and surfaces, monitor the operation of lighting, equipment and medicinal gases, do the maintenance of temperature, provide thermal blanket and adapt the temperature of the air conditioner. Technical procedures should be done according to the nurse’s instruction, take the patient to the recovery room and in the absence of a nurse to warn about their clinical conditions, disassembly the recovery room and send the materials for reprocessing or disposal. Keep the work environment clean and organized and ask for the concurrent and terminal cleaning according to the program of the sector. (FIGUEIREDO, 2017)

Thus, taking into account all the findings of the research, this study aimed to analyze the scientific production on pre- and postoperative care to patients submitted to nephrectomy and to those submitted to outpatient surgery.

## **METHOD**

This is a bibliographic review of the literature whose search was carried out in books, manuals, theses, monographs and single publications on digital bases. Data collection occurred between August and September 2021 at Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar through the descriptors: anxiety AND care in the operating room AND nephrectomy OR outpatient surgery. Articles published from 1998 to 2020 were included, available in full free of charge in Portuguese, Spanish or English. Those without direct relation to the theme were excluded.

Based on our research, the following guide questions were outlined: In which type of procedure can recovery have the least complications? Can the lack of preoperative evaluation interfere with recovery? Can the absence of information impair the perioperative procedure? What are the objectives of outpatient surgery? What is the importance of nursing care in the perioperative period? What are the responsibilities of nurses in outpatient surgery?

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 data gathering, the objective, method, results and conclusions of each study were typed into a spreadsheet in the Microsoft Excel program, and analyzed through thematic analysis method.

## RESULTS AND DISCUSSION

For the present study, 43 materials were found, including articles, websites and reference manuals on the topics covered (nephrectomy and outpatient surgery). Of the 43, 23 (twenty-three) were discarded for reasons of repetitive information or irrelevant to the development of the research.

### Perioperative Nursing

According to Turksal, et al (2020) before the surgical procedure patients make an evaluation of a transplant board with psychological and psychiatrist. Donors have anxiety before the procedure because of worry, emotional pressure for fear of what may happen to themselves or to the organ recipient. The patient who will make the organ donation receives all the information about the surgical procedure and the anesthetic.

The care nurse is the one who makes the preoperative visit and from his diagnoses we can plan the care. (FIGUEIREDO, 2017) Anxiety is the first to be treated, as people develop anxiety for fear of pre and postoperative time and high levels of anxiety impair recovery and sensitivity to pain. Anxiety control is done by the aid of a scale. (LUVISOTTO et al, 2007)

For Frias et al (2010) Anxiety is linked to several physiological changes such as xerostomia, sweating, palpitations, emesis, chill, blood pressure increases heart rate and respiratory rate can also undergo changes. All these signs and symptoms end up hindering surgery or recovery.

The preoperative visit follows a certain systematic pattern containing a script to be followed with the patient's data, and the nursing team informs the patient about the procedure, how it will be done, on the day of surgery and post-immediate in the post-anesthetic recovery room. (FRIAS et al, 2010)

“Anxiety is defined by the North American Association of Nursing Diagnoses as vague and uncomfortable feeling of discomfort or fear, accompanied by autonomic response (the source is often not specific or unknown to the individual); sense of apprehension caused by anticipation of danger. It is a warning sign that draws attention to an imminent danger and allows the individual to take action to deal with the threat.” (FRIAS et al, 2010, p. 347)

According to Gallegaro et al (2010), the main role of nursing is to care to relieve the patient's suffering, having favorable conditions for his well-being. The broad view of

the perioperative shows the quality of identifying how care should be done, according to those who receive it). Pointing out how the patient identifies care for the interaction of both, demonstrating what can change, referring to observed and reported information. Identifying the needs and the understandings they leave make the understanding of the art of care in the surgical site, with what is experienced throughout the perioperative phases.

### **Nursing care for patients undergoing Nephrectomy**

About 8% of the population suffers from kidney stone and this percentage is growing in men and women at various ages. This kidney disease is not malignant, but can cause loss of functioning, end-stage kidney problems until death. Care aims to preserve function and end calculations. However, the nephrectomy procedure may be useful in the occurrence of severe urinary infection or chronic pain in a renal area with difficulty in functioning. (DANILOVIC et al, 2013)

Chronic renal failure is defined as gradual and irreversible loss of renal function, renal therapies are used in the terminal scans or a transplant is performed. In Brazil, the first kidney transplant with a living donor was performed in 1964, and with a donor killed in 1967. In 1963, the first immunosuppressive regimen with the use of corticosteroids and azatropin was used, and cyclosporine was introduced in the early 1980s. This regimen with immunosuppressants decreased rejection, and had an increase in the life of the transplant recipient. This type of medication is very high, so therapeutic monitoring of this immunosuppressant should be monitored. Receptors must undergo immunological, laboratory, endoscopic tests. (LUVISOTTO et al, 2007)

The donation can be made by living donor or corpse, for living donors the legislation only accepts conjugues and relatives up to fourth degree other donors must request judicial authorization. The donation made by cadavers can only be made if the medical team is different and the death diagnosed as brain death. There are contraindications to the kidney transplant donor among them are chronic infections, severe extra renal pathology, psychiatric pathology. The recipient can also experience surgical complications, in which are wound infection, hemorrhage, coagulation in the graft, narrowing of the renal artery, urinary incontinence. (LUVISOTTO, 2007)

Nephrectomy is the removal of the kidneys, by failure or even by donation, this type of surgery can be done by total or partial removal of the kidneys, using laparoscopic surgery or open surgery. Nephrectomy can be done two hours in whole or in part, the total consists of removing the entire kidneys and in the partial is removed only a part. Before the procedure the patient should suspend fluid intake for a period before the surgical procedure, an open surgical procedure recovery is slower, and the patient has to be hospitalized for at least 1 week in the hospital. (YOUR HEALTH,2020)

As Gomes points out, et al (2014) apud Figueiredo, Leite e machado (2006) nurses are responsible for accompanying the patient in all phases of surgery: preoperative,



transoperative and postoperative. Avoiding errors and obtaining better results, the role of nurses is to manage, command training and continuous studies, monitor the functioning of the operating room to always be up to date with information. The role of nurses is fundamental even in the elaboration of the surgical map.

The surgical unit can be identified in three ways (CC) surgical center, (UC) surgical unit, (BC) surgical room, area within the hospital intended for low, moderate and high demand surgeries. However, without taking into account the degree, the CC is a complex place, which must have professionals prepared to be there, the best in their functions. In addition to the professionals the place must have technological resources. (GOMES et al, 2014)

The most important phase is the preoperative phase because at this moment the patient is anxious and needs psychological follow-up and the role of the nurse is very important, because at this moment he has the opportunity to know the patient and address the problems and needs, providing information that can minimize the concern. Meeting the physical and psychological needs of the patient. (COSTA, et al 2010)

Luvisotto et al (2007) states that the nursing team is the one that participates most in this process, then through the nursing diagnosis, it can identify the needs of the patient, making a clinical judgment according to the response of this patient and his/her family members. Through this diagnosis we can identify, and choose the intervention to be made. Interventions are a set of actions made by the nursing team in order to reduce or reverse a given diagnosis. These interventions are made according to the classifications of the (NIC) and the diagnoses are made with the taxonomy of (NANDA). Among them:

- Imbalance in the volume of liquids
- Prevent the Fall
- Protect against Infection
- Prevent Aspiration
- Skin integrates impaired
- Difficulty in bathing
- Impaired oral mucosa
- Hyperthermia / Hypothermia

For each diagnosis, an intervention to be made by the nursing team is designated:

- Fluid volume imbalance is regulated by monitoring the hydration of laboratory results, abnormal serum electrolyte levels, and should weigh daily and be aware of changes.
- To prevent the fall, the patient should be guided to call for help when necessary, insert his personal belongings next to the patient, use the bed grille at the appro-

priate time to prevent falls.

- Na Proteção contra infecções utilizar a verificação de sinais e sintomas e os locais de infecção, a contagem dos granulócitos, de glóbulos brancos, diminuir o número de visitas, examinar a lesão feita pela incisão cirúrgica.
- To prevent aspiration should check the return of sensory and motor function, level of consciousness, cough, seasickness, ability to swallow. After surgery, position the bed in fowler's position or higher possible.
- Mobility in the bed impaired bed care should be done so that the patient has adequate rest and recovers, among them is the position of the patient's body, change bed linen, should be clean dry and wrinkle-free, climb the side of the bed, change the position of the patient every 2 hours, check his skin.
- Impaired skin integrates should be observed the condition of the surgical lesion, have proper care at the incision site, examine flushing, hyperthermia or liquids coming out.
- The deficit for self-care check the patient's need to offer assistance to bathe if they dress, and make their needs intimate.

Postoperative pain control is performed with analgesics administered by nurses, with time and quantity stipulated by the doctor. (TURKSAL, et al, 2020)

Blaise et al (2008) Laparoscopy is done through an access technique using small incisions at the abdominal level. The peritoneal area is closed, to treat from the inside, must create an abdominal stretch (pneumoperitoneum) caused by a CO2 insufflation, it is used a technological equipment, which can provide light and image within the cavity. With the aid of a trocater, an incision is made at the umbilical level and others to insert the accessory exchangers to handle the surgical instruments.

Laparoscopy has less occurrence of respiratory complication compared to open surgery, leading the patient not to need respiratory physiotherapy. Taking into account according to the evaluation, the benefits, the most important laparoscopy surgeries reface the problems to breathe, feed and moisturize, sleep and rest, include the integrity of the skin and ends up avoiding dangers. The patient who undertook laparoscopy begins continuous fluid intake earlier and with a decrease in convergences. Complications can occur more in open procedure surgical lesions, it is worth remembering that it is necessary to monitor if hernias are forming and other complications. (BLAISE, E et al, 2008)

Prior to radical nephrectomy, it was a standard method for the treatment of localized kidney cancer. Now elective partial nephrectomy has become more common with the increased discovery of small adrenal masses and the partial procedure offers equal results and can conserve the mass of nephrons. (LEPPERT et al, 2018)

## **Nursing Care in Outpatient Surgery**

Outpatient surgery, in a historical context, arose thousands of years ago, with reports

of surgical procedures performed at home dating from 3,000 a.C. However, it became a reality in the 60s, twentieth century, due to the existing advances in the anesthetic and surgical area that made possible an agile recovery and with less complications of the surgical patient. (FLORIO et al, 2003)

In the early 1970s, two anesthesiologists, Dr. Wallace Reed and Dr. John Ford, opened a medical unit called Surgicenter in Phoenix (USA), intended to basically perform outpatient surgeries, a name that was not used in the decade. This achievement established many concepts and practices that influence the field of outpatient surgery to date, such as: patient selection criteria, types of anesthetic procedures and more appropriate surgical techniques, as well as concepts related to discharge and patient follow-up. (FLORIO et al, 2003)

Outpatient surgery aims at a low-cost operation, where the patient will arrive at the hospital, perform a procedure as safe as possible and provide him with a minimum stay, so that he/she returns to his/her family environment, without putting his physical integrity at risk. (FLORIO et al, 2003)

Taking into account the advantages mentioned above, it is observed that these come to meet the psychobiological, psychoemotional and psychosocial needs of the patient. These advantages aim to achieve better patient satisfaction, so considering the psychoemotional aspect, performing the surgery in an outpatient clinic alone already reduces the preoperative anxiety of the patient and his/her family members. Considering the social aspect, in addition to reducing the discomfort generated by the removal of friends and family brings the reduction of costs for the patient and the institution. (MORAES et al, 2003)

Hospitalization may occur, which rarely happens, because the patient is previously evaluated by the surgeon. In any case, it is understood that the implementation of nursing care and process provided to patients undergoing outpatient surgery is crucial. (GALVÃO, 1998)

Currently, due to the numerous advantages, there is a great demand for outpatient surgeries. However, despite the great advantages, there is a decrease in contact with health professionals, resulting in fears and anxieties to patients and family members. For this reason, it is important to consult nursing, with a face-to-face character, thus providing care directed to the needs of those involved. (LOPES, 2020)

According to Galvão et al (2003), the nursing process is understood as a method of humanized care, because it provides individualized and systematic care because it contains five distinct stages, including: data collection, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation.

Perioperative nursing, in the context of outpatient surgery, has an individualized approach, where care planning respects physical, psychological, social and spiritual issues of each patient. Nursing care should be logical, linked to the standards of perioperative nursing practice and should include family members and other people significant to the

process. (GOMES et al, 2012)

In some literature, it is recommended that the focus of nursing care in CCA is on patient well-being, safety and comfort. Thus, contributing to a satisfactory surgical experience, as evidenced in a study done by the Outpatient Surgical Center of a University Hospital in the state of São Paulo, where the patients said they felt good about the rapid progress of the clinical situation and with the confidence acquired in the medical and nursing team. (GALLANI et al, 2005). As recalled by Leal et al (2012), it should be taken into account that the nursing consultation is contemplated as a private activity of nurses in the Law of professional practice nº7,498/86, in its article 11, item I, point i:

*"The nursing consultation is routinely between the professional and the client, in face-to-face interaction, stating that one should consider the nursing consultation not as a simple technical procedure, but as a rich context of interpersonal relationships." (LEAL et al, 2012, p. 26)*

According to YAMASHITA (1996), the outpatient surgery service has the advantage of: reducing the number of hospitalizations, releasing hospital beds, reducing anxiety and offering greater comfort to patients and companions, allowing early return to home and work, reducing the risk of hospital infection.

As Maria Flório et al, (1998) quoted, the outpatient surgery service was created as Hospital Dia, referring to the fact that the patient performs the surgery and returns home on the same day. The repertory of outpatient surgeries consists of surgical procedures performed with local, regional anesthesia or sedation that require inintensive and short-term postoperative care.

The interventions performed in the outpatient environment include small and medium-sized surgeries, such as tonsillectomy, tenorrhaphy and myorrhaphy, correction of arteriovenous fistula, postectomy, rhinoseptoplasty, vasectomy, breast nodule excision, uterine curettage, hemorrhoidectomy, physsurectomy, removal of the gallbladder by mini laparotomy and biopsies. Pediatric surgeries such as herniorrhagillas, postectomy and orchidex can also be performed in these units. (ROMANO et al, 2012)

As Cristina Galvão et al (1998) points out, in Brazil, since the discovery of such a procedure, the number of outpatient procedures has occurred in an increasing way, mainly due to the factor of cost reduction, greater availability of beds and the reduction of negative aspects related to hospitalization.

The outpatient surgery service may or may not be connected to a hospital institution, and present itself as services: provided in the office; (although located within the hospital limits, it is self-sufficient); short-stay (independently funded and operated without hospital affiliation); and integrated (located within the hospital). Such activities, carried out independently of a hospital institution, are regulated by resolution no. 1409/94 of the Federal Council of Medicine. (CANDIDO et al, 2005)

To submit a patient to outpatient surgery, there is a careful selection, taking into

account some factors, such as age, physical and mental condition, attitudes towards outpatient surgery, anesthetic risk and socio-family situation. Candidates who have undergone anesthesia can be included in the American classification of anesthesiology, belonging to class I and class II. (LEAL et al, 2012). For Galvão (1998), the nurse's responsibility is the organizational structure and dynamics of operation of the outpatient surgery unit. Patient care is in the hands of these professionals, with their action directed to the development of administrative, care and educational activities.

The main functions performed by the nurse in the outpatient surgery service are: receiving the patient in the operating room, checking the data regarding the identification and preoperative preparation, meeting the patient's requests throughout his/her stay in the service, physical and emotional evaluation of the patient in the post-anesthetic period and conducting guidance regarding the necessary postoperative care for the patient and family members. (SAMPAIO et al, 2014)

This need is due because, regardless of the advantages obtained in outpatient procedures, the fact that it requires anesthesia and is still a surgical procedure remains a stressful factor in individuals, either by expectation, fear, pain or even because there is no hospitalization. The triggering of these physiological responses was called General Adaptation Syndrome. (PENICHE et al, 2003)

The preoperative nursing consultation is a very important tool to reduce the anxiety of both the patient and the companion. At this moment, the nurse will explain how the surgical procedure is performed, what care is needed before the surgery, know the patient's clinical history, as well as family history. (SILVA et al, 2014)

The nurse can encourage the companion to express their feelings and fears and, through dialogue, can identify the level of knowledge of the family member and clarify possible doubts in order to alleviate insecurity, fears, anxiety and anxieties. This process by the nursing team contributes to high quality individualized care in the trans and postoperative periods. (SILVA et al, 2014)

Anxiety is a physiological response of the human organism to several factors, it consists of phenomenological and physiological properties that differ in emotional states such as stress and fear. These reactions can cause anxiety, which ends up influencing recovery or even the entire perioperative process causing undesirable changes in clinical parameters, such as increased blood pressure. (NOSOW, 2007)

The reduction of anxiety in the preoperative period may be beneficial for both the patient and the team. Therefore, sometimes some techniques are applied that can contribute to the reduction of anxiety. There are several techniques used, from digital pressure to therapeutic touch, and massages are the best known representatives of this category. (SILVA et al, 2014)

Touch, done correctly and in pre-established locations, with or without instruments, can provoke several reactions in the body, such as sedation, agitation, excitability, emotional

relaxation, among other effects, focusing on psychoemotional. (SILVA et al, 2014)

One of the techniques to reduce anxiety by being calatonia, which is a relaxation technique, consisting of subtle touches on nine points of the body, taking one to three minutes at each point. According to the technique are considered points: nail regions of the toes, the plants of the feet, the ankles, the tendinous convergences of the sural triceps, the posterior regions of the legs (calves) and the posterior region of the neck. (SILVA et al, 2014)

These practices had been forgotten, due to the creation of more sophisticated drugs and potent drugs, but it has been recovered by nursing professionals who found in these techniques an important resource of interaction with the patient, creating bonds of empathy and assisting in the stabilization of the physical-emotional balance, besides contributing to the reduction of their anxiety in a natural way. (SILVA et al, 2014)

Nutritional follow-up is required, depending on the surgery done, where a diet should be followed for a rapid recovery, providing adequate post-surgical healing. It has been proven that companions who undergo preoperative nursing consultation reduce the level of anxiety by clarifying doubts and having individual follow-up throughout the perioperative process, for this reason and for many others that nursing care in the preoperative period of outpatient surgeries is essential. (COMINO et al, 2014)

## CONCLUSION

In view of the aspects studied, it was observed that in all the articles read mentioned the presence of the pre-surgical anxiety factor, which can cause damage to the surgical process. Not only does the patient have concerns about the surgery that will be performed, but also the family member who will be a companion, and carries doubts and fears about the procedure, so it was concluded that regardless of the surgery to be done, there will always be fears about the procedures.

For this reason, the presence of the nursing team is of paramount importance in the surgical environment, especially in the preoperative period, where the patient may be nervous, anxious and worried. The nurse will be there to, in addition to taking care of structural, organizational and dynamic issues of operation of the unit, clarify the doubts, explain necessary details, and give instructions about the postoperative period, where depending on the surgery, it can be more intense. We emphasized the importance of specialist professionals in the area of surgery done, for a better understanding of the processes to be done, and for the patient to feel confidence in the nurse who is providing support in their needs within the transoperative moment.

## REFERENCES

- Luisotto, M. M., Carvalho, R. G. L. E., & Galdeano, L. E. (2007). Transplante renal: **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato**. Transplante renal: Artigo original, *Einstein 2007* Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/441-einstein5-2\\_online\\_ao441\\_pg117-122.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/441-einstein5-2_online_ao441_pg117-122.pdf) Acesso em: 23 ago. 2021.
- Figueiredo, Ferreira. A. **Guia prático para atuação da enfermagem no centro cirurgico. Enfermagem perioperatória**. PRODUTO DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. 21 páginas.
- Frias, T. F. P.; Costa, C. M. A.; & Sampaio, C. E. P. (2010). **O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos**. Continuada, *Revista Mineira de Enfermagem*, 2010, vol.14 ed.3 Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/125> Acesso em: 24 de ago.2021
- Turksal, E.; Alper, I.; Sergin, D.; Yuksel, E.; Ulukaya, S. (2020). **Efeitos da ansiedade pré-operatória na recuperação anestésica e na dor pós-operatória em pacientes submetidos a nefrectomia para doação**. Estudos clínicos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2020, vol. 70 Ed. 3 Disponível em: <https://www.scielo.br/rba/a/mmdpKXNjvFFHwwps5pvdXhp/?lang=pt> Acesso em: 24 ago. 2021
- Costa, V. A. D. S. F.; Silva, S. C. F. D.; Lima, V. C. P. D. (2010). **O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo**. *Revista da SBPH*. 2010, vol. 2 Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010). Acesso em: 25 ago. 2021
- Danilovic, A.; Ferreira, T. A. C.; Vicentini, F. C.; Torricelli, F. C. M.; Marchini, G. S.; Mazzucchi, E.; Srougi, M. (2019). **Nefrectomia laparoscópica por nefrolitíase: quando é melhor evitar**. Artigo original, do *Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 2019 vol. 46, Ed. 3 Disponível em: <https://www.scielo.br/rbcba/MdrPc8kYxdGdMMbXsxBtSK/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021
- Blaise, E.; Franquet, A.; Fuenmayor, A.; González, M. C.; Pollán, M. J. **Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida**. *Enfuro*, 2008 pág. 15-20 Ed 105 Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2933337>. Acesso em: 19 ago. 2021
- Leppert, J. T.; Lamberts, R. W., Thomas, I. C.; Chung, B. I.; Sonn, G. A.; Skinner, E. C.; Brooks, J. D. (2018). **Incident CKD after radical or partial nephrectomy**. *Journal of the American Society of Nephrology*, JASN, 29 Ed 1 pág. 207-216 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5748903/>. Acesso em: 22 ago. 2021
- Callegaro, G. D; Baggio, M. A.; Nascimento, K. C.; Erdmann, A. L. (2010). **Cuidado ti perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico**. Sistema de informação científica, revista de enfermagem do nordeste, 2010, vol. 11 Ed, 3 pág 132-142. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027971014>. Acesso em: 22 ago. 2021
- GOMES, L. C; DUTRA, C.S; PEREIRA, A.L. **O enfermeiro no gerenciamento do Centro cirúrgico**. Curso de administração, Revista eletrônica da faculdade de granbery, 2014, Ed. 16 pág. 1/21 Disponível em: <http://re.granbery.edu.br/artigos/NTEy.pdf> Acesso em: 15/08/2021
- FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; LEITE, Joséte Luiza; MACHADO, William César Alves. **Centro cirúrgico: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

Nefrectomia: o que é e quais as indicações da cirurgia de remoção do rim. **tuasaúde**, 2020 Disponível em: Nefrectomia: o que é e quais as indicações da cirurgia de remoção do rim - Tua Saúde (tuasaude.com) Acesso em: 04/09/2021

THE EFFECT of calatonia on anxiety level of surgical outpatients: Paciente cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade. **The effect of calatonia on anxiety level of surgical outpatients**: Paciente cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade, Acta Paul Enferm ano 2003, v. 2, n. 167, ed. 2, p. 7-167, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4JGWbyZgfM8t47GWKqk3JPp/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 27 ago. 2021.

SAMPAIO, Carlos Eduardo *et al.* Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. **Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial**: contribuições da consulta de enfermagem, Revista Enfermagem Uerj, ano 2014, v. 22, n. 2, ed. 2, p. 233-238, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13612/10417> Acesso em: 26 ago. 2021.

DOS SANTOS, José Sebastião; SANKARANKUTTY, Ajith Kumar; SALGADO JR, Wilson; KEMP, Rafael; LEONEL, E.P; JR, O.C. Cirurgia ambulatorial: Do conceito à organização, serviços e seus resultados. **Cirurgia ambulatorial**: Do conceito à organização, serviços e seus resultados, fundamentos em clínica cirúrgica, ano 2008, v. 3, n. 3, ed. 41, p. 86-274, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/273/274> Acesso em: 26 ago. 2021.

PINTO, T.V; ARAÚJO, I.E; GALLANI, M.C. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: Clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. **Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola**: Clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais, Rev Latino-am Enfermagem, ano 2005, v. 13, n. 2, ed. 2, p. 208-215, março-abril 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TYG8bqBGdCysbL5SLj9ZkNb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 ago. 2021.

LOPES, E.C. ambulatória. **A consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória**: A consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória, Biblioteca virtual em saúde, ano 2020, v. 1, n. 1, ed. 1, p. 19-40, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1222548> Acesso em: 28 ago. 2021.

MORAES, L.O *et al.* Ansiedade e mecanismos de coping: utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Ansiedade e mecanismos de coping**: utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais, [s. l.], 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1222548> Acesso em: 28 ago. 2021.

SAMPAIO, C.E; OLIVEIRA, M.V; LEAL, V.M; COMINO, L.B; ROMANO, R.A; GOMES, A.M. Cirurgia ambulatorial pediátrica: Um estudo exploratório acerca do impacto da consulta de enfermagem. **Cirurgia ambulatorial pediátrica**: Um estudo exploratório acerca do impacto da consulta de enfermagem, Rev. Min. Enfermagem, ano 2012, v. 16, n. 1, ed. 1, p. 25-30, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v16n1a04.pdf> Acesso em: 27 ago. 2021.

PEREIRA, F.D *et al.* Caracterização dos serviços: de cirurgia ambulatorial no município de Ribeirão Preto. **Caracterização dos serviços**: de cirurgia ambulatorial no município de Ribeirão Preto, Rev. Latino-Am. Enfermagem, ano 1998, v. 6, n. 6, ed. 4, outubro 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HPtp5xqcktkJLBZCFMyGfJQ/?lang=pt> Acesso em: 27 ago. 2021.



FLÓRIO, M.C.S.; GALVÃO, C.M. Implantação de um serviço de cirurgia ambulatorial: Papel da enfermagem nesse cenário. **Implantação de um serviço de cirurgia ambulatorial**: Papel da enfermagem nesse cenário. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n 5, p. 83-88, dezembro 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HPtp5xqcktKjLBZCFMyGfJQ/?lang=pt> Acesso em: 28 ago. 2021

YAMASHITA, A. M. **Anestesia ambulatorial**. In: ORTENZI, A.V.; TARDELLI, M.A. Anestesiol. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 39, p. 631-639.

VIEIRA, K. A. Procedimento operacional padrão e manual de assistência nutricional para pacientes internados para procedimentos cirúrgicos. 2021, TCC. Especialização em Nutrição. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/219986/TCR%20para%20reposit%c3%b3rio.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 28 set. 2021

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PACIENTES IDOSOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/03/2022

### 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>

### Jonathan da Rosa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/8457056896253006>

### Angela Maria Rocha de Oliveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/8441954851577022>

**RESUMO:** Analisar através de revisão bibliográfica as estratégias de enfermagem na prevenção de quedas em pacientes idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral.

**Revisão bibliográfica:** Às quedas aumentam o tempo de permanência hospitalar e são um indicador de qualidade assistencial, podendo decorrer de um somatório de fatores como: problemas na mobilidade física, capacidade funcional, visual e cognitiva. Esses eventos causam repercussões individuais, sociais e institucionais na medida em que reduzem a autonomia do idoso, afastam do convívio social e geram altos custos aos sistemas de saúde

mundiais. **Considerações finais:** A partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem, os enfermeiros precisam realizar rotineiramente a avaliação do risco de queda e desenvolver um plano de prevenção para todos os pacientes que são atendidos no ambiente hospitalar. As instituições de assistência hospitalar têm o desafio de garantir sua não ocorrência através de programas de prevenção. Este estudo contribui com a temática na medida em que esclarece as principais causas e alerta para a importância da prevenção, demonstrando serem consideráveis os prejuízos associados à ocorrência das quedas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente. Idoso. Acidentes por Quedas. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Acidente Vascular cerebral.

### NURSING INTERVENTIONS IN THE PREVENTION OF FALLS IN ELDERLY PATIENTS AFFECTED BY STROKE: A LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** To analyze through a literature review the nursing strategies in the prevention of falls in elderly patients affected by stroke. **Bibliographic review:** Falls increase time in hospital and is an indicator of quality of care, stemming from a sum of factors such as: problems in physical mobility, functional, visual and cognitive capacity. These events cause individual, social and institutional repercussions as they reduce the autonomy of the elderly, distance them from their social life and generate high costs for the global health systems. **Final considerations:** Based on the Systematization of Nursing Care, nurses need

to routinely assess the risk of falling and develop a prevention plan for all patients who are treated in the hospital environment. Hospital care institutions face the challenge of ensuring their non-occurrence through prevention programs. This study contributes to the theme as it clarifies the main causes and alerts to the importance of prevention, demonstrating that the losses associated with the occurrence of falls are considerable.

**KEYWORDS:** Patient Safety. Elderly. Accidents from Falls. Systematization of Nursing Care. Stroke.

## 1 | INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, a população de idosos vem aumentando gradativamente nos últimos anos. No Brasil, a Política Nacional do Idoso define o indivíduo idoso aquele que possui 60 anos ou mais (ALVES; SOUZA, 2017). Calcula-se um número de 17,6 milhões de idosos atualmente, e a população idosa tende a crescer 16 vezes até 2025, totalizando mais de 33 milhões. Ficando em 6º lugar no *ranking* mundial em referência à população idosa (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A incorporação de novos idosos na população traz à tona as problemáticas de saúde que acompanham a maior parte deles, como as doenças crônicas e certas limitações funcionais. Embora a queda não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda. Portanto o Brasil hoje é um jovem país com tendência a fragilidades (GORREIS et al., 2021).

O processo de envelhecimento traz consigo o acréscimo da incidência de enfermidades, que associadas à maior frequência ambulatorial e períodos prolongados de internação, sobrecarregam o sistema de saúde e provocam forte impacto financeiro em todos os coeficientes de atenção (VERAS; OLIVEIRA, 2018). E ainda a ocorrência de múltiplas complicações, comprometimento físico decorrente de fraturas, agravos psicoemocionais e o medo de novos eventos de quedas são responsáveis por prejudicar a mobilidade funcional do idoso, deixando-o dependente diante de suas atividades de vida diária (RODRIGUES DB, 2019).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado por uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento rápido de sintomas neurológicos focais ou globais, com duração de mais de 24 horas. O mesmo pode ter origem isquêmica, causado por obstrução arterial por trombos ou êmbolos, ou hemorrágica, devido a sangramentos intraencefálicos (BERNOCHE et al., 2019).

O AVC é a segunda doença que mais causa óbitos no mundo (BERNOCHE et al., 2019). É também a maior responsável por incapacitação funcional em adultos (OMS, 2020). Tal potencial incapacitante, desde a fase aguda até a crônica, pode resultar em sequelas físicas, psicológicas e sociais no indivíduo acometido e consequente perda da qualidade de vida. Um evento de queda pode atenuar essas incapacitações. Idosos com AVC são mais suscetíveis à ocorrência de quedas, pois muitas vezes apresentam hemiplegia ou

paresia dos membros inferiores, os quais afetam a marcha do indivíduo e sua capacidade de equilíbrio, além do aparecimento de disfunção visual com prejuízo da deambulação segura (MENEZES; BACHION, 2008, MORAIS et al., 2012).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é analisar através de revisão bibliográfica as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas em pacientes idosos acometidos por AVC.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa, por meio de revisão de literatura, a fim de verificar intervenções de enfermagem na prevenção de quedas em pacientes idosos acometidos por AVC. Para o levantamento bibliográfico acerca do tema, foram utilizadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Acervo Mais no período entre novembro e dezembro de 2021.

Para proceder à busca, utilizaram-se as palavras-chaves: “Segurança do Paciente”, “Acidentes por Quedas”, “Fatores de Risco”, “Idoso”, “Acidente Vascular Encefálico”. Foram encontrados vários trabalhos que abordam a temática, sendo selecionados 22 publicações para fins de análise. As pesquisas científicas estudadas foram desenvolvidas em âmbito nacional e internacional e publicados em periódicos científicos que abordavam aspectos importantes para o estudo.

## 3 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao abordarmos o tema das quedas em pacientes idosos acometidos por AVC, é importante ressaltar a importância da integralidade, um dos princípios do Sistema Único de saúde (SUS), que se propõe a garantir uma assistência ao paciente, incluindo o atendimento pré-hospitalar e o serviços de emergência e urgência, pois são porta de entrada para o atendimento desse idoso após o evento da queda, além dos cuidados após a alta hospitalar.

Isso pode ser feito com a participação de uma equipe multidisciplinar que inclui os serviços de fisioterapia, enfermagem, ortopedia, neurologia e geriatria, seja no ambiente intra-hospitalar, para que o tempo de permanência diminuía com medidas como deambulação precoce e independência funcional precoce com uso seguro de auxiliares de marcha para que esse idoso diminua as complicações e o número de óbitos; seja no extra-hospitalar, com acompanhamento ambulatorial ou visitas domiciliares, sendo a oportunidade de prevenir recorrência de outros episódios semelhantes e complicações tardias (STOLT LROG, et al., 2020; ABREU et al., 2009).

O evento da queda aumenta o tempo de internação e os custos de saúde, e além disso, pode desencadear processos judiciais, resultando em acordos de milhões de dólares

devido a lesões no paciente. Também aumenta o tempo de permanência hospitalar e é um indicador de qualidade assistencial. Desde 2009, o banco de dados de eventos sentinela da The Joint Commission International (JCI) recebeu 465 notificações de lesões relacionadas a quedas ocorridas principalmente em hospitais. Quedas associadas a lesões graves estão entre os 10 principais eventos sentinela relatados pela JCI (MARQUES, 2020; GORREIS et al., 2021). Os enfermeiros e demais profissionais de saúde têm o desafio de atuar e desenvolver um plano eficaz para prevenção desses tipos de eventos.

Os principais agentes de queda em idosos estão relacionadas a fatores extrínsecos e intrínsecos (BIAZIN DT, RODRIGUES RAP, 2009). Entre os relacionados aos fatores extrínsecos estão: utilização de sapatos inadequados, escadas sem corrimão, pisos escorregadios, iluminação inadequada nos domicílios, camas altas, degraus altos ou estreitos, tapetes soltos, vaso sanitário baixo, ausência de barra de suporte, cadeiras instáveis, via pública mal conservada com buracos ou irregulares, aliado a falta de conhecimento dos familiares e cuidadores quanto às medidas de prevenção de quedas.

No que tange aos fatores intrínsecos das sequelas pós-quedas, apresenta-se aqueles relacionados a própria idade, como por exemplo: tontura, perda da capacidade visual, uso de medicação contínua, declínio cognitivo, presença de doenças crônicas, pior desempenho físico, labirintite (BIAZIN DT, RODRIGUES RAP, 2009). Também deficiências nutricionais podem comprometer os mecanismos fisiológicos e, desta forma, agravar os problemas de saúde existentes (ANDRADE; ANDRADE; ANDRADE, 2021).

De acordo com Duarte et al. (2018), o aumento na população de pacientes mais velhos e com comorbidades contribui para o risco de quedas. Os adultos mais velhos geralmente requerem muita atenção e assistência. Eles experimentam alterações debilitantes nas funções física e psicológica, deficiência visual e auditiva, fraqueza musculoesquelética e geralmente usam vários medicamentos. Ainda a baixa escolaridade apresenta contribuições ao aumento das quedas, pois influencia a localização espacial, de modo que, ao executar tarefas, indivíduos com baixo nível educacional necessitam de mais tempo e cometem mais erros (ALVES; SOUZA, 2018; ROSA; CAPPELLARI; URBANETTO, 2019; PEREIRA et al., 2020; GORREIS et al., 2021).

Os enfermeiros da equipe de saúde podem cumprir um papel expressivo quanto as intervenções baseadas em evidências para a prevenção de quedas.

Em 2013, Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicaram seis protocolos básicos de segurança do paciente, sendo eles: identificação correta do paciente; melhora da comunicação entre os profissionais de saúde; melhora da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos; reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (FIOCRUZ, 2013). Podemos assim observar que as quedas são apresentadas como uma prioridade quando para a segurança do paciente (GORREIS et al., 2021).

Possibilitar uma comunicação adequada, oferecer informações por escrito aos pacientes e familiares, explicar a necessidade de chamar para obter assistência, alocar uma luz de chamada ou campainha ao alcance e mudar a posição do paciente são efetivas para a redução de quedas. Quando identificado o risco, é imprescindível o repasse das informações ao paciente, familiares e toda equipe multidisciplinar. O risco de quedas deve ser sinalizado através de pulseira para identificação (coloração amarela) além do uso de placa de identificação no leito, alertas em prontuário, prescrição de enfermagem direcionada ao risco e/ou formulário de passagem de plantão (DF, 2019, GORREIS et al., 2021).

Para pacientes com alto risco para quedas é obrigatória a presença de um acompanhante e, caso este não esteja presente, o serviço social deve ser solicitado para que as providências necessárias sejam tomadas (DF, 2019).

Abreu et al. (2015) realizaram uma revisão e conseqüente incremento ao escopo dos critérios para evitar reações medicamentosas em idosos. Os critérios revisados identificaram medicamentos de risco que têm benefício limitado para pessoas com 65 anos ou mais. Em muitos hospitais, uma semana de conscientização sobre a prevenção de quedas é usada para promover e prevenir quedas. O evento pode incluir apresentações de pôsteres e palestras, pode informar os médicos sobre os perigos da polifarmácia e outros fatores de risco relacionados a quedas.

O número de medicamentos utilizados em pacientes pós-AVC é forte preditor para quedas, portanto é necessária maior atenção quanto à prescrição de uso e ajuste de dosagem (MORAIS et al., 2012). Conforme estudos de Silva, Henrique e Schutz (2009), destaca-se o uso de anti-hipertensivos, uma vez que tais medicamentos são medidas de prevenção do AVC e dificilmente podem ser dispensados, corroborando o risco de quedas. Entre outros estão os diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), beta-bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio e também os anticoagulantes. Como reações adversas citam-se: câimbras, sensação de fraqueza muscular, tonturas e hipotensão ortostática, levando a alterações nos mecanismos de marcha e equilíbrio (SILVA; HENRIQUE; SCHUTZ, 2009; MORAIS et al., 2012), e posteriormente a quedas.

Conforme estudo de Severo (2015), o histórico de queda vem sendo incluído nos modelos de predição, tais como *Stratify*, *Downton's Risk of Falls Scale*, *Morse Fall Scale* e atualmente foi validada a escala Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK), que é uma ferramenta atualizada de grande valia, amparando o enfermeiro na classificação do diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" e embasa a seleção de intervenções preventivas para o evento, impactando na segurança do paciente. Ainda segundo estudos de Bittencourt et al. (2017) das seis metas de segurança do paciente, o registro de maior prevalência foi o de queda.

O processo da SAE representa uma das estratégias para organização do método de trabalho sistematizado e de cunho científico. Ela norteia os cuidados, promove a avaliação dos pacientes e identifica os fatores de risco para queda. Ainda segundo o autor,

o enfermeiro é capaz de determinar o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e o risco de quedas e, dessa forma, atua prevenindo o evento por meio de suas intervenções (PEREIRA, 2018; ANDRADE; ANDRADE; ANDRADE, 2021).

Horta HHL, et al. (2016), apontam que o risco de queda retrata um importante diagnóstico de enfermagem, demonstrando, portanto, a importância das intervenções. Quando a população sujeita ao risco é analisada, o enfermeiro precisa implementar ações e estratégias pretendendo reduzir ou até mesmo acabar com as ocorrências desses acontecimentos (ANDRADE; ANDRADE; ANDRADE, 2021).

Existem intervenções planejadas para reduzir o risco de quedas, como intervenções preventivas ambientais, medidas educativas de orientação, prática de exercícios de equilíbrio e força que podem ser feitos com idosos com o devido acompanhamento (BEEGAN; MESSINGER-RAPPORT, 2015).

Os membros da equipe de atendimento direto, como enfermeiras e equipe multiprofissional, podem reforçar o plano de cuidados com o paciente e o notificar sobre qualquer mudança no seu *status* de risco. E quando ocorrer o evento, esses pacientes devem ser avaliados frequentemente após uma queda, reavaliada a escala de SAK e o registro de como se encontra deve ser feito no prontuário do paciente 24 horas depois.

Para pacientes com distúrbios cardiovasculares, as intervenções adicionais incluem a obtenção de um eletrocardiograma (ECG), nível de glicose no sangue (importante em pacientes com diabetes) e níveis de saturação de oxigênio em sangue arterial (SpO<sub>2</sub>). Os medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários são arriscados, particularmente para pacientes que sofreram um traumatismo cranioencefálico devido à queda e ao risco de hemorragia cerebral e outros sangramentos internos ou ocultos. Os pacientes devem relatar ao profissional de saúde resultados hematológicos ou de coagulação anormal, distúrbios de sangramento e medicamentos que podem causar (DF, 2019). E quando internado, as equipes assistentes devem permanecer alertas quanto ao uso desses medicamentos nos pacientes.

A comunicação imediata quanto ao evento de queda possibilita uma rápida investigação diagnóstica. A equipe de enfermagem atua 24 horas junto à equipe multiprofissional. Por este motivo são capazes de reconhecer mais rapidamente a probabilidade de um possível evento adverso, instituir medidas e ações para que as quedas possam ser evitadas a partir da comunicação efetiva (DF, 2019).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Constatou-se, diante do referencial apresentado, que a ocorrência das quedas é um grande problema para as organizações de saúde, pois aumentam a permanência na internação hospitalar, reduzem a capacidade de independência do idoso, alterando sua qualidade de vida, e são um indicador de qualidade assistencial. A partir da assistência

de enfermagem, os enfermeiros precisam realizar rotineiramente a avaliação do risco de queda e desenvolver um plano de prevenção qualificado.

Tanto as instituições, como os profissionais envolvidos na assistência hospitalar têm o desafio de garantir um programa eficaz de prevenção de quedas. Sugerimos a implementação das intervenções de prevenção de quedas baseadas em evidências para melhorar a segurança do paciente nas instituições de saúde, controlando riscos evitáveis.

Este estudo contribui para a prática assistencial à medida em que faz um apanhado em relação aos fatores de risco, prevenção e medidas a serem instituídas após queda, podendo embasar as práticas assistenciais de equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, H. C. A.; REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, A. M. C.; ABREU, D. R. O. M.; OLIVEIRA, A. D. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 49, n. 37, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005549>>.

ALVES, R, SOUZA, S. J. P. Risco de queda em pacientes idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 89-103, 2018. Disponível em: <<https://www.herrero.com.br/files/revista/file5e1bd032efd12836e84a9288eddd6f32.pdf>>.

ANDRADE, C. C. S.; ANDRADE, C. H. S.; ANDRADE, E. A. A importância da assistência de enfermagem e nutrição na prevenção de quedas em idosos. **Revista Artigos.Com**, [s. l.], v. 30, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/8129>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BEEGAN, L.; MESSINGER-RAPPORT, B. J. Stand by me! Reducing the risk of injurious falls in older adults. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, [s. l.], v. 82, n. 5, p. 301-307, mai. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.3949/ccjm.82a.14041>>.

BERNOCHÉ, C.; TIMERMAN, S.; POLASTRI, T. F.; GIANNETTI, N. S.; SIQUEIRA, A. W. S.; PISCOPO, A.; SOEIRO, A. M.; REIS, A. G. A. C.; TANAKA, A. C. S.; THOMAZ, A. M.; QUILICI, A. P.; CATARINO, A. H.; RIBEIRO, A. C. L.; BARRETO, A. C. P.; AZEVEDO FILHO, A. F. B.; PAZIN FILHO, A.; TIMERMAN, A. SCARPA, B. R.; TIMERMAN, B.; TAVARES, C. A. M.; MARTINS, C. S. L.; SERRANO JÚNIOR, C. V.; MALAQUE, C. M. S.; PISANI, C. F.; BATISTA, D. V.; LEANDRO, D. L. F.; SZPILMAN, D.; GONÇALVES, D. M.; PAIVA, E. F.; OSAWA E. A.; LIMA, E. G.; ADAM, E. L.; PEIXOTO, E.; EVARISTO, E. F.; AZEKA, E.; SILVA F. B.; WEN, F. H.; FERREIRA, F. G.; LIMA, F. G.; FERNANDES, F. L.; GANEM, F.; GALAS, F. R. B. G.; TARASOUTCHI, F.; SOUZA, G. E. C.; FEITOSA FILHO, G. S.; FORONDA, G.; GUIMARÃES, H. P.; ABUD, I. C. K.; LEITE, I. S. L.; LINHARES FILHO, J. P. P.; MORAES JÚNIOR, J. B. M. X.; FALCÃO, J. L. A. A.; RAMIRES, J. A. F.; CAVALINI, J. F.; SARAIVA, J. F. K.; ABRAÃO, K. C.; PINTO, L. F.; BIANCHI, L. L. T.; LOPES, L. N. G. D.; PIEGAS, L. S.; KOPEL, L.; GODOY, L. C.; TOBASE, L.; HAJJAR, L. A.; DALLAN, L. A. P.; CANEO, L. F.; CARDOSO, L. F.; CANESIN, M. F.; PARK, M.; RABELO, M. M. N.; MALACHIAS, M. V. B.; GONÇALVES, M. A. B.; ALMEIDA, M. F. B.; SOUZA, M. F. S.; FAVARATO, M. H. S.; CARRION, M. J. M.; GONZALEZ, M. M.; BORTOLOTTI, M. R. F. L.; MACATRÃO-COSTA, M. F.; SHIMODA, M. S.; OLIVEIRA-JUNIOR, M. T.; IKARI, N. M.; DUTRA, O. P.; BERWANGER, O.; PINHEIRO, P. A. P. C.; REIS, P. F. F.; CELLIA, P. H. M.; SANTOS FILHO, R. D.; GIANOTTO-OLIVEIRA, R.; KALIL FILHO, R.; GUINSBURG, R.; MANAGINI, S.; LAGE, S. H. G.; YEU, S. P.; FRANCHI, S. M.; SHIMODA-SAKANO, T.; ACCORSI, T. D.; LEAL, T. C. A.; GUIMARÃES, V.; SALLAI, V. S.; ÁVILA, W. S.; SAKO, Y. K. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 113, n. 3, p. 449-663, set. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190203>>. Acesso em: 29 dez. 2021



BLAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina - Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 602-608, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300015>>.

BITTENCOURT, V. L. L.; GRAUBE, S. L.; STUMM, E. M. F.; BATTISTI, I. D. E.; LORO, M. M. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 51, e03237, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016037403237>>.

DISTRITO FEDERAL (DF). **Protocolo de atenção à saúde segurança do paciente**: prevenção de quedas. Brasília: Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal, 2019. Disponível em: <<https://segov.df.gov.br/>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

DUARTE, G. P.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, supl. 2, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180017.supl.2>>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Programa nacional de segurança do paciente lança normas e guias para atendimento hospitalar. **Fiocruz**. 15 out. 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-lanca-normas-e-guias-para-atendimento-hospitalar>>. Acesso em: 28 dez. 2021.

GORREIS, T. F.; GONÇALVES, R. M. V.; SOUZA, E.; RODRIGUES, N. H. Estratégias de enfermagem na prevenção de quedas em pacientes idosos hospitalizados: revisão narrativa. **Revista Artigos.Com**, [s. l.], 30, e8347, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/8347>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

HORTA, H. H. L.; FARIA, N. A.; FERNANDES, P. A. Quedas em Idosos: assistência de enfermagem na prevenção. **Conecton Line**, [s. l.], v. 14, p. 71-81, 2016. Disponível em: <<https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/324>>.

MARQUES, M. PNSP – 7 anos da legislação que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **IBSP**. 24 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.segurancaopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/pnsp-7-anos-da-legislacao-que-instituiu-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 30 dez. 2021

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>>.

MIRANDA, G. M.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 507-519, mai./jun. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

MORAIS, H. C. C.; HOLANDA, G. F.; OLIVEIRA, A. R. S.; COSTA, A. G. S.; XIMENES, C. M. B. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 117-124, jun. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200017>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The top 10 causes of death. **OMS**. 9 dez. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 9 de jan. 2022.

PEREIRA, I. F. S.; VALE, D.; BEZERRA, M. S.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G.; LYRA, C. O. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 1091-1102, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01202018>>.

PEREIRA, S. P. **Intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados com risco de queda: um estudo de mapeamento**. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2018. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/7118>>.

RODRIGUES, D. B. **Prevalência de quedas em idosos cadastrados na atenção primária à saúde**. 2019. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, 2019. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/11315>>.

ROSA, V. P. P.; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, n. 1, e180138, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>>.

SEVERO, I. M. **Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados: derivação e validação de um escore**. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129918>>.

SILVA, L. D.; HENRIQUE, D. M.; SCHUTZ, V. Ações do enfermeiro na terapia farmacológica para o acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 423-429, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=539004&indexSearch=ID>>.

STOLT, L. R. O. G.; KOLISCH, D. V.; TANAKA, C.; CARDOSO, M. R. A.; SCHMITT, A. C. B. Increase in fall-related hospitalization, mortality, and lethality among older adults in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, n. 76, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001691>>.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>>.

# CAPÍTULO 20

## CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA DIRECIONADA AO PREPARO DA COLONOSCOPIA E PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL

Data de aceite: 01/03/2022

### **Thaís Vasconcelos Amorim**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0002-7686-4839>

### **Lara Alves Gomes**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
de Juiz de Fora  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-5400-1664>

### **Suelen Araújo**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-8231-000X>

### **Rômulo Cândido Nogueira do Nascimento**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0003-4861-301X>

### **Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0002-3567-8466>

### **Anna Maria de Oliveira Salimena**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-7799-665X>

### **Ana Karoliny Costa Barbosa**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0003-0240-911X>

### **Larissa Cristina Faria Ribeiro Feital**

Fundação Cultural Alfredo Ferreira Lage  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-5581-5897>

### **Thales Silva Côrrea**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
de Juiz de Fora  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0003-2806-7859>

**RESUMO:** Objetivo: Descrever o processo de construção de um folder educativo direcionado ao preparo da colonoscopia e à prevenção do câncer colorretal. Método: Investigação de cunho descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido a partir de três momentos distintos, a saber: busca da literatura científica, esboço do material educativo e etapa criativa. Resultados: à elaboração do esboço do material educativo, otimizou-se a proposta de criar um folder visualmente atrativo e com linguagem adequada e de fácil entendimento. A maior ênfase aos aspectos visuais, tais como o esquema de cores, desenhos e figuras, possibilitam maior atenção às etapas do preparo e provocam maior interação com o leitor. Considerações finais: As ações de Educação em Saúde são estratégias efetivas e eficazes para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. A elaboração do folder

como tecnologia educativa apresenta potencial para contribuir na promoção da educação em saúde, aliado às orientações verbais, garantindo um melhor preparo dos usuários para o exame.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Colonoscopia; Neoplasias colorretais, Enfermagem.

## CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY AIMED AT PREPARING COLONOSCOPY AND COLORECTAL CÂNCER PREVENTION

**ABSTRACT:** Objective: To describe the process of building an educational folder aimed at preparing colonoscopy and preventing colorectal cancer. Method: Descriptive investigation of the experience report type developed from three different moments, namely: search of scientific literature, outline of educational material and creative stage. Results: in the elaboration of the outline of the educational material, the proposal to create a visually attractive folder with adequate and easy-to-understand language was optimized. Greater emphasis on visual aspects, such as the color scheme, drawings and figures, allow greater attention to the preparation steps and provoke greater interaction with the reader. Final considerations: Health Education actions are effective and efficient strategies for the promotion, maintenance and recovery of health. The development of the folder as an educational technology has the potential to contribute to the promotion of health education, combined with verbal guidance, ensuring better preparation of users for the exam.

**KEYWORDS:** Health education; Colonoscopy; Colorectal neoplasms; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o triênio de 2020-2022, a estimativa de incidência de câncer de cólon e reto no Brasil será de 41.010, sendo 19,64 novos casos a cada 100 mil homens e 19,03/100 mil mulheres (INCA, 2019). Acrescenta-se a isso, o fato de o câncer colorretal representar ao menos 7% das neoplasias malignas diagnosticadas em pacientes com menos de 45 anos (LANCET, 2020).

Diante desses índices epidemiológicos que alertam para o investimento em prevenção do agravo e promoção da saúde, tem-se ainda dois pontos importantes a considerar, como a colonoscopia sendo o padrão ouro para o diagnóstico e tratamento de doenças do cólon e promoção de estratégias baseadas em evidências (TANGKA *et al*, 2017; HUI *et al*, 2020). Além da necessária consideração dos aspectos relacionados ao estilo de vida, como por exemplo, dieta e exercícios físicos (SREMANAKOVA *et al*, 2019), os quais podem ser alcançados por meio de orientações por parte dos profissionais de saúde e em especial, do enfermeiro em sua atuação nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, a educação em saúde constitui-se em prática social em constante evolução, sendo transversal à diversos programas e políticas de saúde e fundamental na práxis do enfermeiro, em especial quanto à ênfase no caráter empoderador para o

autocuidado e manutenção da qualidade de vida (LABEGALINI E BALDISSERA, 2019; FARIAS *et al*, 2019).

No contexto do exame de colonoscopia, o preparo intestinal adequado tem impacto positivo na taxa de detecção de lesões colorretais. O preparo intestinal adequado depende diretamente das recomendações e orientações da equipe multiprofissional, sendo que a *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*, recomenda enfaticamente a necessidade de instruções orais e escritas, convergindo à possibilidade de um instrumento educativo escrito direcionado aos pacientes do tipo *folder* (TANGKA *et al*, 2017).

Paralelamente a isso, o uso de tecnologias nas práticas educativas em saúde favorece a participação dos usuários no processo educativo, cooperando para o aumento da autonomia e atuando como facilitadoras do processo de ensino e aprendizagem de maneira lúdica, transformadora e crítica (LIMA *et al*, 2018). As tecnologias educacionais impressas mostram-se importantes ferramentas de sensibilização e informação a amplos grupos sociais, destacando-se folhetos, cartilhas e *folders* como instrumentos de auxílio às equipes de saúde na direção do incentivo ao usuário e sua família para maior participação no cuidado. Para tal, devem ser confeccionadas de modo acessível a todos os grupos para garantir a adesão às recomendações. O *folder*, em especial, viabilizou a continuidade dos cuidados no contexto domiciliar de pacientes após a alta hospitalar em decorrência de Acidente Vascular Cerebral e, de modo semelhante, com pessoas soropositivas, a tecnologia educativa impressa contribuiu com orientações e sugestões para facilitar o cotidiano (SALDAN *et al*, 2017; BRASIL *et al*, 2018).

Este artigo tem por objetivo descrever a construção de um *folder* educativo direcionado ao preparo da colonoscopia e à prevenção do câncer colorretal, como parte de um projeto de Iniciação Científica realizado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tendo como cenário o setor de endoscopia e colonoscopia do Hospital Universitário da UFJF (HU/UFJF). Nesse setor, também foram desenvolvidas atividades extensionistas e de graduação no âmbito educativo e na modalidade “salas de espera”, com promoção de orientações acerca do exame de colonoscopia. Assim, a construção do *folder* se mostra como alternativa relevante para sedimentar as orientações compartilhadas com os usuários do serviço, agregando valor à formação acadêmica e profissional por meio da articulação entre ensino, pesquisa e extensão.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de investigação do tipo descritiva na modalidade relato de experiência, que abrangeu a construção de tecnologia impressa educativa no modelo *folder* sobre preparo para o exame de colonoscopia e prevenção do câncer colorretal, a partir de três momentos distintos, a saber: busca da literatura científica, esboço do material educativo e etapa criativa.

O projeto teve início no mês de agosto de 2020, tendo como foco a produção do *folder* educativo para o Setor de Endoscopia e Colonoscopia do HU/UFJF. Os perfis dos pacientes atendidos são adultos, de ambos os sexos, em sua maioria acima de 40 anos, com nível de escolaridade variável e usuários do sistema único de saúde. A construção do *folder* foi cogitada como meio de auxílio aos usuários no processo de preparo para o exame de colonoscopia, além de promover a saúde por meio de estímulos para ações saudáveis.

Primeiramente, foi realizada leitura e fichamento de artigos, buscando subsídios para a construção do *folder*. Foram realizadas buscas na PubMed, *Scielo* e BVS, com delimitação temporal de 2017 a 2020, que continham em seu título e resumo aspectos relevantes sobre o processo de construção de uma tecnologia educativa do tipo *folder* e, como este instrumento melhorava a educação em saúde, empoderando o usuário especialmente em seu domicílio.

Após o fichamento, iniciou-se o processo de construção do material. Em um primeiro momento, foi realizado um esboço expondo o que deveria conter no material educativo, e, após este momento, teve início o contato com o profissional de *design* gráfico, para a produção do material.

### 3 | RESULTADOS

O material foi pensado de forma a ser atrativo aos usuários e conter informações pertinentes ao preparo da colonoscopia do HU/UFJF e recomendações de saúde. As dimensões do *folder* aberto são 21cm por 29,7cm, e, fechado possui 21cm por 9,9cm. Sua disposição é por meio de três colunas, impresso frente e verso. O programa utilizado foi *CorelDRAW Graphic Suite 2020®* para confecção e diagramação do material. A primeira versão pode ser visualizada (Figura 1).



### Orientações importantes:

- Ignore as instruções descritas no rótulo do Manitol.

- **A maioria dos remédios (anti-hipertensivos, antibióticos, diuréticos, etc.) podem ser ingeridos com um gole de água até 2 horas antes do exame.**

- Diabéticos não devem tomar medicamentos para o diabetes no dia do exame (consultar endocrinologista).

- Em casos de náuseas ou vômitos, tomar um comprimido de Plasil (Metoclopramida) ou Dramin (Dimenidrinato) e aguardar meia hora para recomençar a ingestão do preparo.

- Lembre-se de ingerir outros líquidos claros, sem fibras, durante todo o dia para evitar desidratação.



### Se cuide e previna o câncer de intestino!



Mais importante que estar preparada, é manter hábitos que promovam sua saúde e previnam doenças.



\*Folder construído por Lara Alves Gomes a partir do Projeto de Iniciação Científica "Promoção à saúde de usuários que irão se submeter à colonoscopia: construção de folder educativo como ferramenta de tecnologia educacional."

Orientadora: Tháís Vasconcelos Amorim  
Design:er: Larissa Felicit

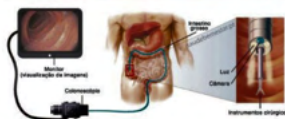
## Você sabe mesmo como estar pronto para a Colonoscopia?

Guia para auxiliar no preparo correto



### O que é a COLONOSCOPIA?

### Alimentação antes do exame:

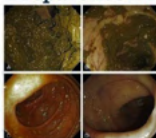


A Colonoscopia é um exame que avalia o intestino, sendo especialmente indicado para identificar a presença de pólipos, câncer intestinal ou outros tipos de alterações.

Durante o exame o paciente vai estar sedado (adormindo profundamente) e não vai sentir NADA.

O preparo antes do exame, tem por objetivo garantir um intestino limpo, para melhor visualização e que o exame aconteça sem problemas.

#### Preparo RUIM



#### Preparo BOM

**Café da manhã:** chá de ervas ou café puro; biscoitos tipo água e sal, com pouca margarina ou geleia.

**Almoço:** Ingerir apenas arroz branco ou macarrão no alho e óleo ou macarrão com clara de ovo e margarina, frango ou peixe grelhado ou assado. Como sobremesa, comer gelatina de cor clara (sabor) e sem frutas.

**A partir do almoço, tomar somente líquidos claros, sem fibras (água, chá de ervas, água de coco, sucos de frutos coados e bebidas isotônicas (tipo Gatorade de limão)).**

Cor das fezes	Descrição	Promissão
	Escuro, grosso, pastoso	Não está pronto
	Marrom, grosso, pastoso	Não está pronto
	Laranja escuro sem fibras	Não está pronto
	Laranja claro na metade das vezes frias	Quase pronto
	Amarillo, claro, limpo	Pronto

Vários pacientes perdem o exame por acreditarem ter feito um bom preparo e acabam não tomando a medicação adequadamente.

### Para exames pela Manhã

- Tomar 02 comprimidos de DUCOLAX (BISACODIL) às 14h e outros 02 às 18h.

- Dez horas antes do exame, tomar um frasco de SIMETICONA de 15ml.

- Em seguida, misturar 3 frascos de MANITOL a 20% de 250ml com 750ml de suco de limão coado sem açúcar (ou H2OH) ou água de coco). Pode colocar gelo, se quiser. Tomar o volume total de 1.500ml aos goles durante 3 horas.

- Logo após, tomar apenas água até 4 horas antes do exame.

- Depois manter jejum absoluto.



### Para exames pela Tarde

- Tomar 02 comprimidos de DUCOLAX (BISACODIL) às 17h e outros 02 às 21h.

- No jantar, o mesmo do almoço!

- Dez horas antes do exame, tomar um frasco de SIMETICONA de 15ml.

- Logo em seguida, misturar 3 frascos de MANITOL a 20% de 250ml com 750ml de suco de limão coado sem açúcar (ou H2OH) ou água de coco). Pode colocar gelo, se quiser. Tomar o volume total de 1.500ml aos goles durante 3 horas.

- Logo após, tomar apenas água até 4 horas antes do exame.

- Depois manter jejum absoluto.

Figura 1 - Frente e verso do folder, primeira versão.

Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

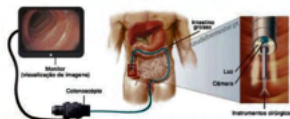
Posteriormente à primeira versão, iniciou-se um processo de reflexão, análise e crítica ao material, com a participação de todos os membros vinculados de modo direto ou indireto ao projeto, a saber, a professora coordenadora, as acadêmicas voluntárias de iniciação científica, a profissional de design gráfico e o enfermeiro do setor de endoscopia.

No intuito de otimizar a proposta à melhor visualização e linguagem em torno das orientações saúde e do preparo para a colonoscopia, optou-se pela elaboração de uma segunda versão, desmembrada em dois folders, sendo um direcionado às marcações de exames matutinos e outro direcionado aos vespertinos, evitando, desse modo, erros de preparo por conflitos nos horários.

Foi conferida ênfase ao uso da maior parte das medicações de rotina dos usuários antes do exame. Além disso, alguns aspectos visuais foram alterados, tais como o esquema de cores, desenhos e figuras que chamam mais a atenção às etapas do preparo e provocam maior interação com o leitor.

A página frontal do *folder* permaneceu inalterada e as modificações foram realizadas no verso, conforme apresentado (Figura 2).

## O que é a COLONOSCOPIA?



A Colonoscopia é um exame que avalia o intestino e identifica a presença de pólipos, câncer intestinal ou outras alterações.

Durante o exame o paciente vai estar sedado (dormindo profundamente) e não vai sentir NADA.

O preparo antes do exame, tem por objetivo garantir a limpeza do intestino para melhor visualização. Quanto mais limpo, melhor!

### Vamos ao preparo? Atenção à alimentação!

#### No dia anterior

**Café do manhã:** chá de ervas ou café puro; biscoitos tipo água e sal, com pouca margarina ou geleia. Não comer frutos nem leite e derivados!

**Almoço:** ingerir apenas arroz branco ou macarrão no alho e óleo ou macarrão com clara de ovo e margarina, frango ou peixe grelhado ou assado. Como sobremesa comer gelatina de cor clara (sabor) e sem frutas.

A partir do almoço, tomar somente líquidos claros, sem fibra (água, chá de ervas, água de coco, sucos de frutas coados e bebidas isotônicas (tipo Gatorade de limão).

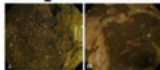
### Avalie seu preparo pela cor das suas fezes:

Cor das fezes	Descrição	Prontidão
	Escuro, grosso, pastoso	Não está pronto
	Marron, grosso, pastoso	Não está pronto
	Laranja escuro avermelhado	Não está pronto
	Laranja claro na metade das vezes limpo	Quase pronto
	Amarelo, claro, limpo	Pronto

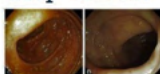
Vários pacientes perdem o exame por acreditarem ter feito um bom preparo e acabam não tomando a medicação adequadamente.

### Veja a diferença do preparo ruim e o bom preparo:

#### Preparo RUIM



#### Preparo BOM



### Para exames pela Manhã

- 14:00 tomar 02 comprimidos de DUCOLAX (BISACODIL)



- 18:00 tomar 02 comprimidos de DUCOLAX



- 22:00 tomar um frasco de SIMETICONA de 15ml



- Em seguida, misturar 3 frascos de MANITOL a 20% de 250ml com 750 ml de 3 suco de limão coado sem açúcar (ou H2OH! ou água de coco). Pode colocar gelo, se quiser. Tomar um copo a cada 15 minutos até terminar.



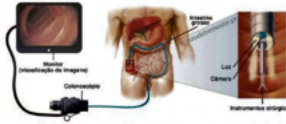
- Logo após, tomar apenas água até as 3:00



- Depois manter jejum absoluto.



## O que é a COLONOSCOPIA?



A Colonoscopia é um exame que avalia o intestino e identifica a presença de pólipos, câncer intestinal ou outras alterações.

Durante o exame o paciente vai estar sedado (adormecendo profundamente) e não vai sentir NADA.

O preparo antes do exame, tem por objetivo garantir a limpeza do intestino para melhor visualização. Quanto mais limpo, melhor!

### Vamos ao preparo? Atenção à alimentação!

#### No dia anterior

**Café da manhã:** chá de ervas ou café puro; biscoitos tipo água e sal, com pouca margarina ou geléia. Não comer frutas nem tomar leite e derivados!

**Almoço:** ingerir apenas arroz branco ou macarrão no alho e óleo ou macarrão com clara de ovo e margarina, frango ou peixe grelhado ou assado. Como sobremesa comer gelatina de cor clara (sabor) e sem frutas.

A partir do almoço, tomar somente líquidos claros, sem fibra (água, chá de ervas, água de coco, sucos de frutas coados e bebidas isotônicas (tipo Gatorade de limão)).

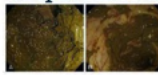
### Avalie seu preparo pela cor das suas fezes:

Cor das fezes	Descrição	Prontidão
	Escuras, grossas, pastosas	Não está pronto
	Marrons, grossas, pastosas	Não está pronto
	Laranja escuro amarelado	Não está pronto
	Laranja claro ou rosado das vezes longas	Quase pronto
	Amarelo, claro, limpo	Pronto

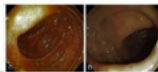
Vários pacientes perdem o exame por acreditarem ter feito um bom preparo e acabam não tomando a medicação adequadamente.

#### Veja a diferença do preparo ruim e o bom preparo:

#### Preparo RUIM



#### Preparo BOM



### Para exames pela Tarde

- 17:00 tomar 02 comprimidos de DUCOLAX (BISACODIL)



- No jantar às 18:00 a mesma comida do almoço.



- 21:00 tomar 02 comprimidos de DUCOLAX



- 5:00 tomar um frasco de SIMETICONA de 15ml



- Em seguida, misturar 3 frascos de MANITOL a 20% de 250ml com 750 ml de 3 suco de limão coado sem açúcar (ou H2OH) ou água de coco). Pode colocar gelo, se quiser. Tomar um copo a cada 15 minutos até terminar.



- Logo após, tomar apenas água até as 9:00



- Depois manter jejum absoluto.

Figura 2 - Verso do folder, segunda versão, exames realizados no turno matutino e vespertino.

Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

## 4 | DISCUSSÃO

As práticas de Educação em Saúde são intervenções efetivas e mostram-se como estratégia eficaz para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, na perspectiva de avançar para além do modelo biomédico, centrando o cuidado na pessoa, família e coletividade. Evidências apontam que a incorporação de saberes no cotidiano da população favorece a melhora do estado geral de pessoas com condições de saúde crônicas e prevenção de agravos em indivíduos saudáveis (LUIZA *et al*, 2018).

A tecnologia educativa é uma ferramenta que pode ser utilizada no campo da educação em saúde como resposta às necessidades do usuário, no que tange à promoção do autocuidado. Como processos concretizados que emergem da experiência cotidiana do cuidar em saúde, tem o potencial de gerar e aplicar o conhecimento, transformando o empirismo a partir de uma abordagem científica. O cuidado quando associado às ações educativas, tem o intuito de compartilhar práticas e saberes de forma horizontal. Tendo isso em mente, os materiais educativos são tidos como ferramentas, processos ou instrumento construídos para facilitar e uniformizar as orientações de cuidado à saúde, uma vez que pode se tornar difícil a assimilação de todas as informações dos profissionais em consultas e internações (SARAIVA *et al*, 2018; CARVALHO *et al*, 2019).

Sendo considerada uma das ações mais importantes a ser desenvolvida pelo enfermeiro no contexto da promoção à saúde, a atividade educativa possibilita o exercício da criatividade com múltiplas escolhas de abordagem a partir de referenciais teóricos que proporcionem a utilização de conceitos e princípios que irão melhorar o alcance do objetivo educacional esperado (SÁ *et al*, 2019).

Concordante às etapas desenvolvidas no presente trabalho, destaca-se que a elaboração de um material educativo deve seguir um processo sistemático com a identificação do problema e das necessidades do público-alvo e buscas na literatura científica com a seleção das evidências que melhor se enquadram no objeto de estudo e realidade local. Torna-se relevante apontar que as ações educativas devem ser constituídas para ofertar acesso à informação com o intuito de auxiliar na independência e autonomia da pessoa. Para que isso ocorra, é importante a interação entre os profissionais e a população na construção dos materiais educativos (SCHEL B *et al*, 2019).

Além disso, é importante definir quais informações são relevantes para o público-alvo e quais são os objetivos educacionais, a fim de promover um material de fácil leitura, acessível e coerente com a realidade do usuário. Essa foi uma preocupação na elaboração do *folder*, objeto desse artigo. Ademais, preocupou-se ainda com o que versa a literatura, no plano do desenvolvimento do conteúdo de forma atrativa e cuidadosamente descrita, permitindo uma reflexão à luz do objeto (PEREIRA *et al*, 2019).

Nesse plano, destaca-se a produção de *folder* como tecnologia educativa para pacientes em cuidados domiciliares pós-neurocirurgia, de modo a orientar os familiares acerca dos cuidados após a alta hospitalar. Sabe-se que cartilhas e *folders*, por serem materiais impressos, possuem um baixo custo de confecção e podem ter um longo alcance, sendo utilizados como um facilitador de compreensão para temas relacionados à saúde, em orientações à idosos, familiares e de outros grupos de apoio ao autocuidado (ROCHA *et al*, 2018).

Essas estratégias também se refletiram de modo positivo na direção de fornecer orientações sistematizadas para o cuidado domiciliar de pessoas com acidente vascular encefálico. Folhetos, cartilhas e *folders* foram instrumentos capazes de auxiliar as equipes de saúde a promover a participação da família na rotina de cuidados diários, estimulando a promoção e manutenção da saúde (SALDAN *et al*, 2017).

Evidências apontam o empoderamento materno na autoeficácia em amamentar a partir dos conhecimentos adquiridos através do *folder* impresso para o desenvolvimento de habilidades no período puerperal (FRANCO *et al*, 2018). Entretanto, é necessário observar o nível de escolaridade do público-alvo, pois em sendo baixo, poderá impedir a compreensão do material, perdendo a sua funcionalidade (PEREIRA *et al*, 2019).

Outros modos de produção de tecnologias educativas que auxiliaram a transpor obstáculos de compreensão e se mostraram ferramentas eficazes de educação em saúde, foram as desenvolvidas em formatos de vídeo e digital, respectivamente direcionados à

compreensão do autocuidado e prevenção da sífilis e; palestras online, simulações ou experiências práticas direcionadas à pacientes com neoplasias cerebrais (SILVA *et al*, 2021; STUART *et al*, 2019).

Vale ressaltar que as limitações do presente estudo giram em torno da ausência de validação do *folder* elaborado. Cientes de que a tecnologia educacional necessita ser construída e validada para ser utilizada e considerada uma ferramenta de educação, seguimos com pesquisas de validação do material direcionado ao preparo da colonoscopia e à prevenção do câncer colorretal.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever a experiência de construção de um *folder* direcionado ao preparo da colonoscopia e à prevenção do câncer colorretal, foi possível evidenciar as etapas de identificação do problema, necessidades do público-alvo e de buscas na literatura científica. Desse modo, o material educativo elaborado apresenta potencial para contribuir na promoção da educação em saúde, aliado às orientações verbais, garantindo um melhor preparo dos usuários para o exame.

De modo atrativo, com figuras e linguagem acessíveis, possibilita a construção do conhecimento pelo Enfermeiro e aumento da autonomia na promoção à saúde individual, familiar e coletiva. O reconhecimento da educação em saúde como estratégia de melhor custo-efetividade para a prevenção de agravos e as evidências de otimização das orientações através de *folders*, estimulam ao desenvolvimento de estudos de validação do material apresentado, sendo esse o limite da presente investigação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, G. B. *et al*. **Educational technology for people living with HIV: validation study**. Rev Bras Enferm., v. 71, n. 4, p. 1657–1662, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001657&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001657&lng=en&tlng=en)>.

CARVALHO, D. S. *et al*. **Elaboration of an educational technology for ostomized patients: peristomal skin care**. Rev Bras Enferm., v. 72, n. 2, p. 427–434, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200427&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200427&tlng=en)>.

CORREA, P. E. L. *et al*. **Tecnologias educativas gerontogeriatricas nas diferentes temáticas de saúde: uma revisão integrativa**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 9, n. 9, p. e2768, 2019. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2768>>.

FARIAS, D. L. S.; NERY, R. N. B.; SANTANA, M. E. **O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal**. Enferm Foco., v. 10, n. 1, p. 35-39, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1486>>.

FRANCO, M. S. *et al*. **Tecnologia educacional para empoderamento materno na autoeficácia em amamentar**. Rev enferm UFPE on line, v. 13, n. 1, p. e240857, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240857>>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Neoplasia maligna do cólon e reto (taxas ajustadas)**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-do-colon-e-reto>>.

LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. **The construction of educational practices against-hegemonics: an analysis of the influence of health policies and programs**. R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online., v. 13, n. 1, p. 72-79, 2019. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7461/pdf>>

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* **Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission**. Rev Bras Enferm., v. 71, n. 4, p. 1759–1767, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001759&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001759&lng=en&tlng=en)>.

MOURÃO, A. L. M. *et al.* **Folder educativo para cuidadores de crianças com hiv/aids**. Rev enferm UFPE on line, v. 12, n. 12, p. 3304-3311, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235041>>.

ROCHA, G. S.; OLIVEIRA, A. P. P.; TEIXEIRA, E. **A trajetória da produção de uma Tecnologia Educacional: cuidados domiciliares ao idoso pós-neurocirurgia**. Rev. Enferm. UFSM, v. 8, n. 3, p. 605-615, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23582>>.

SÁ, G. G. M. *et al.* **Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 27, n. 1, p. e3186, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100607&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100607&tlng=pt)>.

SALDAN, G. G. *et al.* **Construção de tecnologia educativa para cuidado domiciliar após acidente vascular encefálico: relato de experiência**. Rev enferm UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1784-1793, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15251>>.

SARAIVA, N. C. G.; MEDEIROS, C. C. M.; ARAUJO, T. L. **Serial album validation for promotion of infant body weight control**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 26, n. 1, p. e2998 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100315&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100315&lng=en&tlng=en)>.

SCHEL B, M. *et al.* **O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência**. Enferm. Foco, v. 10, n. 6, p. 50-56, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2324/650>>

SILVA, P. G. *et al.* **Production and validation of educational technology on nursing care for syphilis prevention**. Rev Bras Enferm., v. 74, n. 5, p. e20190694, 2021. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672021001200205&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001200205&tlng=en)>.

SREMANAKOVA, J. *et al.* **Exploring Views of Healthcare Professionals, Researchers, and People Living with and beyond Colorectal Cancer on a Healthy-Eating and Active Lifestyle Resource**. Nutrients, v. 11, n. 10, p. 2482, 2019. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/11/10/2482>>.

STUART, T. *et al.* **Patient Education: A Comparison of Teaching Strategies for Patients With Brain Neoplasms**. Clinical Journal of Oncology Nursing, v. 23, n. 5, p. 81–86, 2019. Disponível em: <<http://cjon.ons.org/cjon/23/5/patient-education-comparison-teaching-strategies-patients-brain-neoplasms>>.

SU, H. *et al.* **Personal instruction for patients before colonoscopies could improve bowel preparation quality and increase detection of colorectal adenomas.** *Annals of Palliative Medicine*, v. 9, n. 2, p. 420–427, 2020. Disponível em: <<http://apm.amegroups.com/article/view/38252/29297>>.

TANGKA, F. K.L. *et al.* **Costs of promoting cancer screening: Evidence from CDC's Colorectal Cancer Control Program (CRCCP).** *Evaluation and Program Planning*, v. 62, p. 67–72, 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149718916302890>>.

THE LANCET GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY. **Addressing inequities in colorectal cancer.** *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, v. 5, n. 11, p. 955, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246812532030309>>

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SAE E QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS EM UM CAPS

Data de aceite: 01/03/2022

### Lívia Mariah Soares

Enfermeira, Centro Universitário Adventista de São Paulo, SP, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3790772765972553>

### Débora Aparecida da Silva Honorato

Enfermeira, Centro Universitário Adventista de São Paulo, SP, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/8802222553739572>

### Maria Elena Vidal Dos Santos Durans

Enfermeira, Centro Universitário Adventista de São Paulo, SP, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2492195015271024>

### Darlene Cristina Donda

Mestre em Enfermagem, Centro Universitário Adventista de São Paulo, SP, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/1649939878220084>

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conhecida mundialmente como uma ferramenta de trabalho privativa do enfermeiro, com o papel de direcionamento, planejamento e organização das ações do processo de trabalho da enfermagem. Tal procedimento é regulamentado no Brasil, segundo a resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Essa importante ferramenta passou a ser implementada no campo da saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira, visando garantir uma assistência qualificada. **OBJETIVO:** Relato de experiência com o objetivo de descrever a elaboração de

um instrumento norteador que viabilizasse a implementação da SAE, dentro de um Centro de Atenção Psicossocial adulto, localizado na zona sul de São Paulo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência acerca de uma atividade desenvolvida pela docente e discentes, durante o estágio curricular supervisionado em um CAPS adulto, no município de São Paulo, do curso de graduação em Enfermagem, no ano de 2021. A atividade se deu através da elaboração de um novo instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a finalidade de nortear e qualificar a ação dos enfermeiros da unidade. **DESENVOLVIMENTO:** O mesmo foi realizado constando todas as etapas preconizadas: histórico/coleta de dados, exame físico, exame psíquico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem. O impresso foi construído com perguntas abertas, semiestruturadas e check list. Os diagnósticos de enfermagem foram embasados no referencial teórico NANDA. Este foi apresentado a equipe de enfermagem e gestão da unidade, onde foi iniciado a ser utilizado aos usuários com quadro de maior complexidade (regime intensivo). **CONCLUSÃO:** Conclui-se que este impresso auxiliou o profissional a ter uma visão integral do paciente, visando o seu cuidado em todos os âmbitos da assistência, norteador para sua real necessidade, portanto, determinante em promover saúde, prevenir agravos e reabilitação focada na problemática vigente. **PALAVRAS-CHAVE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Centro de Atenção Psicossocial; Diagnóstico de Enfermagem.

## EXPERIENCE REPORT: DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT FOR SAE IMPLEMENTATION AND QUALIFICATION OF NURSE'S ACTIONS IN A CAPS

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** The Systematization of Nursing Care (SAE) is known worldwide as a private work tool of nurses, with the role of directing, planning, and organizing the actions of the nursing work process. This procedure is regulated in Brazil, according to resolution 358/2009 of the Federal Council of Nursing. This important tool began to be implemented in the field of mental health after the Brazilian psychiatric reform, aiming to ensure a qualified assistance. **OBJECTIVE:** Experience report with the aim of describing the development of a guiding instrument that would enable the implementation of the SAE, within an adult Psychosocial Care Center, located in the south of São Paulo. **METHODOLOGY:** This is an experience report about an activity developed by the teacher and students, during the supervised curricular internship in an adult CAPS, in the city of São Paulo, of the undergraduate course in Nursing, in the year 2021. The activity took place through the development of a new instrument of the Systematization of Nursing Care (SAE), with the purpose of guiding and qualifying the action of nurses of the unit. **DEVELOPMENT:** The same was done consisting of all the recommended steps: history/data collection, physical examination, mental examination, nursing diagnosis and nursing prescription. The form was built with open and semi-structured questions and a check list. The nursing diagnoses were based on the NANDA theoretical reference. This was presented to the nursing staff and management of the unit, where it began to be used for users with more complex conditions (intensive care). **CONCLUSION:** It was concluded that this form helped the professional to have an integral vision of the patient, aiming at his care in all areas of assistance, guiding for his real needs, therefore, determinant in promoting health, preventing worsening and rehabilitation focused on the current problem. **KEYWORDS:** Nursing Care Systematization, Psychosocial Care Center, Nursing Diagnosis.

### INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conhecida mundialmente como uma ferramenta de trabalho privativa do enfermeiro, estabelecida e assegurada pelo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009), passou a ser difundida no Brasil na década de 70 por Wanda de Aguiar Horta, através da teoria das necessidades humanas básicas, onde é aplicado o olhar integral e holístico sobre o paciente, deixando de ser o cuidado centrado de forma única e exclusivamente voltado para sua doença, ainda segundo proposta de cuidado e assistência iniciado por Florence Nightingale, que em 1854 já pregava a necessidade de modelo assistencial, onde o cuidado é centrado no paciente. A (SAE) tem por objetivo garantir uma assistência segura, aplicada e voltada para o paciente, contudo também agrega segurança e evidências para o profissional de saúde, para sua execução é imprescindível que o profissional possua e exercite seus conhecimentos, habilidades e atitude, aplicando-os em todas as etapas da sistematização, e como consequência se obtém uma assistência segura, organizada e de qualidade.

Tal procedimento é regulamentado no Brasil, segundo a resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, e desde então, diante dos benefícios que esse



modelo traz para os pacientes e respectivamente para as instituições de saúde, existe uma procura incessante referente ao aprimoramento da prática e dos profissionais, criação, implementação e manutenção de indicadores de qualidades, disseminação e melhores condições de trabalhos, buscando sempre estar à frente das evidências científicas e dos melhores índices de cuidados (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009).

Essa importante ferramenta passou a ser implementada no campo da saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira, onde o Brasil vivenciou o processo de desinstitucionalização, e passou a buscar, a reabilitação e reintegração dos pacientes, com isso, houve a inserção de novos profissionais para o redirecionamento desse processo, sendo um desses profissionais o enfermeiro, que de acordo com Mesquita e Santos (2015) é o profissional responsável pela clínica do cuidado, a qual envolve diversos campos, dentro da singularidade do sujeito, como a sua dignidade, acolhimento, escuta ativa e compartilhamento de saberes, desenvolvidos amplamente, através de atendimentos em serviços de saúde como o centro de atenção psicossocial (CAPS). Estes, tiveram sua primeira unidade inaugurada em 1986 na cidade de São Paulo e regulamentada através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL 2001).

Ainda, segundo Mesquita e Santos (2015) se faz necessário a implementação e realização contínua da SAE dentro do campo da saúde mental, buscando assegurar a identificação correta e segura das necessidades dos sujeitos dentro da sua singularidade e o tornar protagonista de seu cuidado, bem como direciona o profissional a seguir os preceitos empregados na Teoria do déficit de autocuidado de Orem, que de acordo com Vitor, Lopes e Araújo (2010), dispõem sobre linguagem e enfoque de enfermagem adequados, estabelecimento de limites, emprego do papel de educador e a articulação da enfermagem com outros domínios do saber. De modo a assegurar o cuidado e assistência necessária, através de profissionais capacitados e munidos de conhecimento, habilidade e atitude garantindo assim, o bom funcionamento do serviço de atenção à saúde em questão.

Diante do exposto, buscou se assegurar o previsto em lei e evidenciado em estudos, através da formulação de um impresso norteador de SAE para atualização em serviço de atendimento psicossocial, dessa forma contribuindo para a qualificação da assistência de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência acerca de uma atividade desenvolvida pela docente e discentes, durante o estágio curricular supervisionado em um CAPS adulto, no município de São Paulo, do curso de graduação em Enfermagem, no ano de 2021. A atividade se deu através da elaboração de um novo instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com a finalidade de nortear e qualificar a ação dos enfermeiros da unidade. Para a coleta de dados realizou-se, primeiramente, uma aproximação com o



campo, com a rotina e atividades da unidade, a observação dos processos de enfermagem, bem como os instrumentos utilizados e posteriormente estabeleceu vínculo com os usuários e equipe. Dessa forma, surgiram discussões compartilhadas no intuito na melhoria dos processos de enfermagem e nas dificuldades para a mesma, onde em conjunto, foi analisado a necessidade da elaboração de um novo instrumento da SAE, atualizado, completo e que contemplasse todas as etapas preconizadas para tal. Cada etapa do processo foi discutido entre enfermeiros, discentes e docente, tendo em consideração as possibilidades de atuação do enfermeiro, a prática e rotina do CAPS, dialogando e embasando com a literatura atualizada sobre o tema. Os Diagnósticos de Enfermagem foram embasados no referencial teórico da NANDA (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

## DESENVOLVIMENTO

Durante o percurso do curso de Enfermagem, as discentes e autoras do estudo, percorreram por diversas disciplinas teóricas e práticas, incluindo a de saúde mental. Em complemento a disciplina teórica, realizaram dez dias (60 horas) de estágio supervisionado em um CAPS adulto, o que possibilitou refletirem sobre a prática vivenciada, ampliar o conhecimento teórico e prático, vínculo com usuários e equipe, bem como, através da rotina da unidade, participação em reuniões, grupos e discussões de casos, o que possibilitou a discussão sobre as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermeiros. Em conjunto, enfermeiros, docente e acadêmicas, foi discutido a importância e relevância para a qualidade das ações e assistência de enfermagem prestadas, quanto a elaboração de um novo instrumento da SAE, atualizado, completo, como norteador que viabilizasse a consulta do enfermeiro, bem como todo processo de enfermagem. Mesquita e Tavares (2020) aborda que a Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciou e segue influenciando na reorganização do modo de atenção da saúde mental. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem passa a ser reorganizado e orientado para o trabalho em equipe multiprofissional. Sendo aplicado da seguinte forma: o enfermeiro deve assumir um papel de agente terapêutico, ou seja, compreender como funciona todo o processo da tecnologia de cuidado de enfermagem, e, portanto, utilizar o Processo de Enfermagem. Reconhecida pelos profissionais de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde, além de ser uma importante ferramenta gerencial utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos pacientes (TORRES, et al 2011). Segundo Nascimento (2012), a SAE é significativa para a saúde mental, bem como em outras áreas, pois o enfermeiro pode ofertar cuidados ao paciente e indiretamente a sociedade, vendo o paciente não só por sua patologia, mas sim, como ser humano que ele é, já que a sistematização da assistência, vislumbra colaborar com a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, sendo habilidade do enfermeiro, viabilizá-la no planejamento, avaliação e cumprimento da

assistência de enfermagem. Ao observar as etapas da SAE, evidencia-se, que existe uma evolução positiva na terapia do cliente e que há uma crescente na assistência prestada. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pelo enfermeiro, propicia o desenvolvimento de um atendimento individualizado e com intervenções satisfatórias, o que garante a continuidade da assistência ao cliente, nos serviços de saúde. Portanto, a SAE é um método que organiza e qualifica o trabalho do enfermeiro (SILVA; GARRANHANI; GUARIENTE, 2014).

O mesmo foi realizado constando todas as etapas preconizadas: histórico/coleta de dados, exame físico, exame psíquico, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem. O impresso foi construído com perguntas abertas, semiestruturadas e check list. Os diagnósticos de enfermagem foram embasados no referencial teórico NANDA (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Após sua construção, foi apresentado aos enfermeiros, equipe de enfermagem e gestão da unidade, onde foi iniciado a ser utilizado aos usuários com quadro de maior complexidade (regime de projeto terapêutico intensivo). Como forma de capacitação da equipe de enfermagem, para o uso do mesmo, as consultas de enfermagem, foram realizadas de forma compartilhada pelas discentes, docente e enfermeiros do CAPS, favorecendo uma discussão ampliada sobre o instrumento, temática, dificuldades encontradas e necessidades de melhorias ou reformulação do mesmo, porém nenhuma modificação foi sugerida, por isso o mesmo segue na íntegra (Apêndice A).

Segundo a matriz curricular do curso de graduação em Enfermagem, regularizada pelo MEC e respaldada pelo COFEN N° 0599/2018, a disciplina de Saúde mental, que segundo o Conselho Federal de Enfermagem, tem por objetivo estabelecer diretrizes para atuação da equipe de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a fim de assegurar assistência de Enfermagem competente e resolutiva. Aprende-se a cerca das modalidades de CAPS existentes, conforme a norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2018):

- CAPS I: atendimento a todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: atendimento a todas as faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: atendimento para todas faixas etárias com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação para transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS i: atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cida-

des e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS ad (Álcool e Drogas): atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS ad III (Álcool e Drogas): atendimento a todas faixas etárias com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24 horas; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Adentrando cada modalidade, existem atividades realizadas pela equipe de enfermagem, bem como, da equipe multidisciplinar, para que o atendimento ao usuário seja eficaz como já citados na mesma norma, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2018): gerenciamento de casos, redução de danos, inserção social do indivíduo, intensificação dos cuidados, projeto terapêutico singular (PTS), visita domiciliar, fármacos psicotrópicos e ansiolíticos mais usados, bem como, em casos mais graves: internação hospitalar e residência terapêutica. Assim sendo, tem-se uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltada e estruturada com intuito genuíno em promover saúde mental, prevenir agravos e reabilitar o usuário.

Segundo o COFEN (2018), a equipe de enfermagem envolvida na atenção à Saúde Mental e Psiquiatria é formada por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, que devem executar suas atribuições em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país. Sendo assim, compete ao enfermeiro:

- a) Planejamento, coordenação, organização, direção e avaliação do serviço de enfermagem nos serviços de saúde mental e psiquiatria;
- b) Realizar Processo de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem em saúde mental com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- c) Prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde do indivíduo em sofrimento mental;
- d) Utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde mental, por meio do Processo de Enfermagem;
- e) Estabelecer relacionamento terapêutico no qual o enfermeiro cuida do usuário no atendimento de suas necessidades;
- f) Programar e gerenciar planos de cuidados para usuários com transtornos mentais leves ou severos e persistentes;
- g) Realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado, ser detentor de formação especializada;
- h) Elaborar e participar do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários dos serviços em que atua, com a equipe multiprofissional;
- i) Realizar atendimento individual e/ou em grupo com os usuários em sofrimento psíquico e seus familiares;
- j) Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;
- k) Participar das ações de psicoeducação de usuários, familiares e comunidade;
- l) Promover o vínculo terapêutico, escuta atenta e compreensão empática nas ações de enfermagem aos usuários e familiares;
- m) Participar da equipe multiprofissional na gestão de caso;
- n)

Prescrever medicamentos e solicitar exames descritos nos protocolos de saúde pública e/ou rotinas institucionais; o) Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente na área da saúde mental e psiquiatria; p) Efetuar a referência e contra referência dos usuários; q) Desenvolver e atualizar os protocolos relativos à atenção de enfermagem ao usuário do serviço de saúde mental e psiquiatria, pautados nesta norma, adequadas às particularidades do serviço; r) Desenvolver ações de treinamento operacional e de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem; s) Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção no território; t) Participar da regulação do acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros; u) Promover ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial; v) Efetuar registro escrito, individualizado e sistemático, no prontuário, contendo os dados relevantes da permanência do usuário; w) Aplicar testes e escalas em Saúde Mental que não sejam privativas de outros profissionais. Diante a essas ações preconizadas aos enfermeiros atuantes na saúde mental é relevante destacarmos que no item b), a realização do Processo de Enfermagem através da SAE e consulta de enfermagem é parte fundamental do processo de trabalho dos enfermeiros dos CAPS.

Segundo Kantorsk *et al.* (2010), percebe-se que o enfermeiro, por se envolver nas diversas atividades oferecidas no serviço, torna-se um profissional que possui uma visão por uma perspectiva mais integral do indivíduo e do funcionamento da instituição, uma vez que, o profissional consegue olhar para além da dimensão psicológica do usuário, enxergando essa dimensão inserida num corpo físico e social. Já no que tange a instituição, além de organizar seu funcionamento possui facilidade em se envolver nas mais diversas atividades, mesmo que sejam triviais, porque o que se busca é desenvolver meios, formas e manejos de estar lado a lado com o usuário, com a finalidade de intensificar o cuidado e promover o vínculo. É através da desconstrução das práticas dominantes psiquiátricas e a inovação eficiente, cuidadosa, habilidosa e prática do modelo psicossocial que criamos condutas para ressignificar nossa função. Sendo assim, conforme nos clarifica Silva *et al.* (2011), a identificação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as etapas da SAE, sua utilização no cotidiano e as dificuldades encontradas para sua implementação é de fundamental importância para propor soluções que contribuam para a sua viabilização, com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho, visto que o modelo adotado para realizar a SAE demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente internado e enriquecer a prática das enfermeiras, elevando o desempenho profissional neste processo.

## CONCLUSÃO

Sabe-se que a atuação do Enfermeiro na saúde mental é totalmente legal, respaldada e de suma importância ao cuidado do usuário, um cuidado que por sua vez é integral, visando valorizar suas dimensões físicas e mentais, focadas em promover saúde, prevenir agravos e conseqüentemente, reabilitá-lo. Diante disso, conclui-se que este impresso auxilia o profissional a ter uma visão integral do paciente, visando o seu cuidado em todos os âmbitos da assistência, norteando para sua real necessidade, portanto, determinante em promover saúde, prevenir agravos e reabilitação focada na problemática vigente.

## APÊNDICE

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CAPS

#### Identificação

NOME: \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
SEXO: ( ) F ( ) M HD: \_\_\_\_\_ UBS DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA NO CAPS: \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
NOME DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

#### Histórico/Coleta de Dados

1. Histórico da Doença Psiquiátrica:

- Internação? ( ) SIM ( ) NÃO Quantas? \_\_\_\_\_ Local (is): \_\_\_\_\_  
Quanto tempo: \_\_\_\_\_
- Histórico de doenças psiquiátricas na família? ( ) SIM ( ) NÃO  
Descreva: \_\_\_\_\_

2. Histórico e queixas atuais (quadro psíquico atual):

3. Antecedentes clínicos (diabetes, hipertensão, epilepsia e outros): ( ) SIM ( ) NÃO

- Realiza tratamento? Em que local? Descreva:

4. Fez ou faz uso de substâncias psicoativas, álcool, tabaco?

( ) SIM ( ) NÃO

- Frequência – quantidade - tempo?

5. Tratamento atual? Adesão ao tratamento? Descreva:
6. Com quem reside? É usuário em situação de rua? Possui rede de apoio?
7. Relacionamento, convivência familiar:
8. Relacionamento Interpessoal:
9. Cotidiano e Hábitos (sono, repouso, lazer, higiene, eliminações fisiológicas, atividade sexual, exercício físico e outros):
10. Trabalha atualmente? Recebe benefício? Descreva:
11. Atividade em que está envolvido no CAPS:

### Exame Físico

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

<b>COURO CABELUDO:</b>
Higiene adequada ( ) escabiose ( ) descamação ( ) pediculose ( ) sujidade ( )
Lesões ou cicatrizes:
Observações/outros:
<b>OLHOS:</b>
Pupilas: ( ) anisocóricas ( ) midriático ( ) miose Secreção: ( ) presente ( ) ausente
( ) diminuição da acuidade visual ( ) uso de óculos
Mucosas: ( ) coradas ( ) descoradas - Esclera: ( ) ictéricas ( ) anictéricas
Observações/outro:
<b>NARIZ:</b>
( ) Lesão: característica → ( ) coriza ( ) congestão ( ) prurido
Observações/outros:
<b>CONDUTO AUDITIVO:</b>
Presença: ( ) secreção ( ) lesão ( ) dor ( ) diminuição da acuidade auditiva
Gânglios: ( ) palpáveis ( ) impalpáveis
Observações/outros:
<b>BOCA:</b>
( ) higiene preservada ( ) higiene precária ( ) rachaduras Labiais ( ) gengivite ( ) lesões:

( )dor ( )próteses( )sialorréia ( )halitose
Observações/outros:
<b>MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:</b>
( )sem alterações ( )dor ( )edema__/4+ ( )rede venosa alterada ( )alteração no movimento ( )marcha prejudicada ( )lesão/ferida: local: característica:
Lesões, cicatrizes ou hematomas:
Observações/outros:
<b>TÓRAX:</b>
( )sem alterações ( )prurido ( )assimétrico ( )abaulamento ( )retração ( )dor
Auscultu Pulmonar: ( )roncos ( )sibilos ( )estertores ( )MV presente ( )MV diminuído
Lesões, cicatrizes ou hematomas:
Observações/outros:
<b>ABDÔMEM:</b>
( )plano ( )globoso ( )distendido ( )tenso ( )flácido ( )doloroso ( )não doloroso ( )desconforto Presença: ( )bexigoma ( )ascite ( )hérnia Lesões, cicatrizes ou hematomas: Necessidades nutricional: Condições de mastigação: ( ) sim ( ) não Condições de deglutição: ( ) sim ( ) não Dieta: ( ) geral ( ) hipossódica ( ) hipocalórica ( ) pastosa
Observações/outros:
<b>GENITAIS:</b>
( )sem alterações ( )dor ( )prurido ( )secreção Presença: ( )Lesão: ( )queixas
Observação/outros:
<b>PELE E MUCOSAS:</b>
( )corada( )descolorada__/4+( )hidratada( )desidratada__/4+( )descamação( ) ictérica__/4+ ( )cianótica__/4+ Lesões, cicatrizes ou hematomas: Descrever/local
Observações/outros:
<b>DOENÇAS PRÉ EXISTENTES:</b>
( )Diabetes ( )Hipertensão ( )Asma ( )DPCO ( )HIV/AIDS ( )TVP ( )Câncer ( )Tumores ( )Anemias ( )Alterações cardíacas ( )Alteração renal ( )alteração hepática ( )Alzheimer ( ) Parkinson
Observações/outros:

## Exame Psíquico

<b>APRESENTAÇÃO:</b>
( ) adequada ( ) descuidada ( ) exagerada
Descreva:
<b>CONSCIÊNCIA:</b>
( ) vigil ( ) sonolento ( ) torporoso
Descreva:
<b>ORIENTAÇÃO:</b>
( ) orientado ( ) desorientação alopsíquica ( ) desorientação autopsíquica
Descreva:
<b>ATITUDE:</b>
( ) ativa/colaborativa ( ) negativista ( ) sedutora ( ) pueril ( ) teatral ( ) hostil ( ) esquiva ( ) hiper sexualizada
Descreva:
<b>CONTATO:</b>
( ) fácil ( ) agressivo ( ) indiferente ( ) somente verbal ( ) verbal e físico
Descreva:
<b>MEMÓRIA:</b>
( ) preservada ( ) prejudicada
Descreva:
<b>PENSAMENTO:</b>
Curso: ( ) normal ( ) acelerado ( ) lentificado ( ) resposta latente
Forma: ( ) agregado ( ) desagregado ( ) arborização ( ) fuga de idéias ( ) logorreico ( ) prolixo ( ) concreto ( ) lacônico ( ) neologismos ( ) ecolalia ( ) coprolalia ( ) mutismo
Conteúdo: ( ) pobreza de pensamento ( ) ideia supervalorizada ( ) ideia obsessiva
Delírio: ( ) persecutório ( ) grandioso ( ) místico-religioso ( ) somático ( ) ruína
Descreva:
<b>SENSOPERCEPÇÃO:</b>
( ) sem alterações ( ) ilusão ( ) pseudoalucinação ( ) alucinoase
Alucinação: ( ) auditiva ( ) visual ( ) tátil ( ) olfativa ( ) gustativa ( ) cenestésica
Descreva:
<b>HUMOR:</b>
( ) eufímico ( ) ansioso ( ) angustiado ( ) irritado ( ) disfórico ( ) depressivo ( ) eufórico ( ) lábil
Descreva:



<b>AFETO:</b>
( ) preservado ( ) embotado ( ) hipomodulado ( ) não modulado ( ) dissociado ( ) ambivalente
Descreva:
<b>PRAGMATISMO/INTERAÇÕES SOCIAIS:</b>
( ) organizado ( ) apragmático ( ) dificuldade para atividades domésticas ( ) dificuldade para atividades laborais ( ) falta de interesse para atividades cotidianas ( ) retraimento social ( ) dificuldade em assumir compromissos ( ) dificuldade em concluir atividades ( ) isolamento social ( ) interação social presente ( ) interação social ausente
Descreva:
<b>JUÍZO CRÍTICO:</b>
( ) preservado ( ) prejudicado ( ) alteração na consciência do eu ( ) auto referente
Descreva:
<b>PSICOMOTRICIDADE:</b>
( ) sem alterações ( ) inquietação ( ) aceleração ( ) agitação ( ) identificação ( ) apatia ( ) estupor ( ) estereotípias ( ) distonia ( ) acatisia ( ) discinesia tardia
Descreva:
<b>PADRÃO DO SONO:</b>
( ) Número de horas que dorme por noite:
( ) Possui necessidades de cochilos durante o dia:
Sente-se descansado ao acordar: ( ) Sim ( ) Não

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM			PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
01	( )	Ansiedade	( )	Identificar e promover a rede de apoio	
02	( )	Automutilação	( )	Realizar engajamento da rede de apoio	
03	( )	Autonegligência	( )	Promover e estimular vínculos	
04	( )	Baixa autoestima situacional	( )	Realizar o fortalecimento do vínculo terapêutico	
05	( )	Comportamento de controle da saúde ineficaz	( )	Promover e reforçar vínculo familiar ao tratamento	
06	( )	Comportamento de saúde propenso a risco	( )	Promover reflexão sobre as relações familiares e sua importância	
07	( )	Comunicação verbal prejudicada	( )	Estimular a verbalização dos sentimentos, percepções, medo e outros	
08	( )	Conflito de decisão	( )	Realizar acolhimento e escuta ativa	
09	( )	Conforto prejudicado	( )	Identificar e proporcionar outras formas de comunicação	
10	( )	Controle de impulso ineficaz	( )	Promover autorreflexão	

11	( )	Controle emocional lábil	( )	Estimular participação em rodas de conversas e grupos verbais	
12	( )	Déficit no autocuidado	( )	Estimular o autoconhecimento	
13	( )	Dentição prejudicada	( )	Reforçar a autoestima	
14	( )	Desesperança	( )	Promover o empoderamento nas realizações de atividades e autocuidado	
15	( )	Disposição para autocontrole da saúde melhorado	( )	Orientar quanto a hábitos saudáveis	
16	( )	Disposição para comportamento de controle do lar melhorado	( )	Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de autocuidado	
17	( )	Distúrbio no padrão de sono	( )	Orientar quanto a importância da necessidade de higiene e alimentação	
18	( )	Enfrentamento familiar comprometida	( )	Estimular a promoção do autocuidado	
19	( )	Enfrentamento ineficaz	( )	Orientar e estimular a higiene oral após as refeições	
20	( )	Envolvimento em atividades de recreação diminuído	( )	Realizar a higiene oral após as refeições	
21	( )	Interação social prejudicada	( )	Realizar banho de aspersão assistido, estimulando o autocuidado	
22	( )	Isolamento	( )	Identificar e orientar fatores determinantes na inadequação do sono	
23	( )	Medo	( )	Promover autorreflexão sobre a importância e as necessidades de um descanso satisfatório noturno	
24	( )	Memória prejudicada	( )	Identificar e orientar fatores determinantes na inadequação do sono	
25	( )	Negação ineficaz	( )	Orientação sobre higienização das mãos antes e após as refeições	
26	( )	Processo de pensamento perturbado	( )	Orientar a ingestão alimentar em pequenas quantidades várias vezes ao dia	
27	( )	Regulação do humor prejudicada	( )	Estimular a autonomia nas atividades de vida diária	
28	( )	risco de comportamento suicida	( )	Estimular a participação das atividades previstas em seu Projeto Terapêutico Singular	
29	( )	Risco de confusão aguda	( )	Incentivar e promover a interação social	
30	( )	Risco de distúrbio na identidade pessoal	( )	Promover atividades de reativação ou preservação da memória	
31	( )	Risco de envenenamento	( )	Promover e participar junto a equipe de atividades em grupos	
32	( )	Risco de mutilação	( )	Encorajar a participação em atividades dentro da comunidade	
33	( )	Risco de pressão arterial instável	( )	Verificar nível de consciência	
34	( )	Risco de resiliência prejudicada	( )	Avaliar nível de orientação	

35	( )	Risco de síndrome de abstinência de substância aguda	( )	Monitorar sinais de infecções	
36	( )	Risco de tentativa de fuga	( )	Verificar sinais vitais	
37	( )	Risco de tolerância de atividade diminuída	( )	Investigar perda ou ganho de peso	
38	( )	Risco de vínculo prejudicado	( )	Pesar o paciente	
39	( )	Risco de violência direcionada a outros	( )	Monitorar o uso das medicações adequadamente	
40	( )	Risco de violência direcionada a si mesmo	( )	Investigar reações adversas medicamentosas	
41	( )	Sentimento de impotência	( )	Administrar as medicações conforme prescrição médica e orientar o paciente sobre as mesmas.	
42	( )	Síndrome do estresse por mudança	( )	Monitorar sinais de embotamento e anotar	
43	( )	Síndrome pós-trauma	( )	Observar, registrar e comunicar o enfermeiro quanto aos sinais de agitação e agressividade (auto e heteroagressividade).	
44	( )	Sobrecarga do estresse	( )	Observar, registrar e comunicar o enfermeiro quanto aos sinais de risco de suicídio.	
45	( )	Sofrimento moral	( )	Propiciar um ambiente seguro	
46	( )	Tristeza crônica	( )	Identificar e minimizar os riscos no ambiente	
47	( )		( )	Realizar reflexão sobre pensamentos positivos	
48	( )		( )	Identificar junto ao usuário situações de enfrentamento positivos anteriores e promover a reflexão sobre os mesmos	
49	( )		( )	Identificar e promover a reflexão de fatores desencadeantes	
			( )	Identificar estratégias de enfrentamento	
			( )	Estimular a reflexões de suas escolhas e tomada de decisões	
			( )	Oferecer apoio emocional	
			( )	Investigar e Identificar limitações, habilidades e preferências	
			( )	Realizar visita domiciliar junto a equipe	
			( )	Promover junto a equipe a discussão de caso	
			( )	Atentar a sinais de infecção: febre, dor, hipotermia	
			( )	Atentar, anotar e comunicar enfermeiro quanto ao risco de fuga	
			( )	Estimular a ingesta hídrica	

			( )	Estimular progressivamente sua interação social	
			( )	Observar e mediar risco de intercurso sexual	

Enfermeiro/Coren: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União 2011; dez 26.

CARVALHO, Emilia Campos de; KUSUMOTA, Luciana. **Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 554-557, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000800022>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº n° 358/2009, 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: [www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov). Acesso em: 15 fev. 2022

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Constituição (2018). **Norma Técnica Para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saude Mental e Psiquiatria.** Brasília: Cofen/Coren, 19 dez. 2018. p. 1-10. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018\\_67820.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html). Acesso em: 13 fev. 2022.

**Diretrizes para Sistematização da Assistência de Enfermagem / Processo de Enfermagem** em Ribeirão Preto/ Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2019. 95 p.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA - I: definições e classificação 2018-2020.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 1187 p.

KANTORSK, Luciane Prado *et al.* **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO MODO PSICOSSOCIAL.** Revista Mineira de Enfermagem, Pelotas, v. 3, n. 14, p. 399-407, jul. 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v14n3a15.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2022.

M.BLULECHEK, Gloria et al. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem.** 6. ed. Porto Alegre: Elsevier, 2016. 1411 p.

MESQUITA, Keyse Suélen Fidelis de; SANTOS, Candida Maria Rodrigues dos. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL COM CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS**. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 15, n. 29, p. 30-36, 21 out. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/honorato/Downloads/4354-Texto%20do%20artigo\\_-24482-1-10-20151210.pdf](file:///C:/Users/honorato/Downloads/4354-Texto%20do%20artigo_-24482-1-10-20151210.pdf). Acesso em: 15 fev. 2022.

MESQUITA, Lucas Marvilla Fraga de; TAVARES, Claudia Mara Mello. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica: revisão integrativa da literatura**. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 29, p. 124-130, 6 abr. 2020. *Revista Enfermagem Atual*. <http://dx.doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.82>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/82>. Acesso em: 16 fev. 2022.

NASCIMENTO, B.M.F. **Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na saúde mental: A importância do processo de enfermagem no cuidado ao cliente com sofrimento psíquico**. 2012. 42 p. Trabalho de Conclusão de Curso PIRIPIRI-PI, 2012.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000300012>.

SILVA, Elisama Gomes Correia *et al.* **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática**. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, Recife, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000600015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ddQxzyWyJjkNGZzSfrn7Dfz/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SILVA, P. J.; GARANHANI, L. M.; GUARIENTE, M. D. H. M. **Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental**. *Rev Gaúcha Enferm*. v.35, n. 2, p. 128-34. 2014 jun. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18119.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite de. **Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem**. *Escola Anna Nery*: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, 25 abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6Trx8czzJ6PPBvPMtjFQHMH/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022

## PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NAS EMERGÊNCIAS BRASILEIRAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/03/2022

**Claudilene Maria da Silva**

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Comunicação e Turismo de Olinda – FACOTTUR

**Iracenira da Silva Paixão Falcão Farias**

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Comunicação e Turismo de Olinda – FACOTTUR

**Rêneis Paulo Lima Silva**

Orientador: Msc

**RESUMO: Introdução:** A lei orgânica do Sistema Único de Saúde-SUS diz que a assistência de saúde deve ser pautada nas diretrizes da universalidade, igualdade e equidade, no tocante à hierarquização dos atendimentos. Assim, diversas estratégias vêm sendo utilizadas como forma de fornecer qualidade e acolhimento no atendimento. Um desses instrumentos é o Protocolo de Manchester, que consiste em uma espécie de sistema de triagem baseada em classificação de riscos de agravos do paciente por cores. Tal protocolo foi pensando diante da necessidade de se discutir melhores formas de atendimento na saúde, minimizando os problemas de lotação nas unidades de emergência e favorecendo um diagnóstico inicial do paciente. **Objetivo:** identificar qual é o papel do enfermeiro no processo de implementação do Protocolo de Manchester nas emergências brasileiras de 2015 a 2019. **Método:** trata-se de

uma revisão integrativa com base na investigação e análise dos artigos científicos na base de dados do LILACS BDNF e MEDLINE a partir do estabelecimento de hipóteses, do estudo da literatura, da avaliação dos estudos e fichamento.

**Resultados e Discussão:** após a leitura e análise dos artigos selecionados, conferiu-se a importância que o Protocolo de Manchester possui nas emergências facilitando a atuação da equipe de saúde que através do enfermeiro cumpre seu papel no atendimento e demanda. **Conclusão:** conclui-se, portanto, que para implementação do Protocolo de Manchester nas emergências é preciso a construção e aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e gestão dos riscos por parte da equipe de enfermagem, que também deverá estar capacitada ao atendimento imediato dessas pessoas, facilitando o reconhecimento dos agravos de saúde e encaminhando aos procedimentos adequados, sem que o paciente seja submetido a espera.

**PALAVRAS-CHAVE:** Emergências, Protocolo de Manchester, Enfermagem.

**ABSTRACT: Introduction:** The organic law of the Unified Health System-SUS says that health care must be guided by the guidelines of universality, equality and equity, with regard to the hierarchy of care. Thus, several strategies have been used as a way to provide quality and care. One of these instruments is the Manchester Protocol, which consists of a sort of triage system based on the classification of the risks of diseases of the patient by color. Such a protocol was thinking about the need to discuss better ways of health care, minimizing the capacity problems in the

emergency units and favoring an initial diagnosis of the patient. **Objective:** to identify the role of nurses in the process of implementing the Manchester Protocol in Brazilian emergencies from 2015 to 2019. **Method:** this is an integrative review based on the investigation and analysis of scientific articles in the LILACS BDEF database and MEDLINE based on the establishment of hypotheses, the study of literature, the evaluation of studies and records. **Results and Discussion:** after reading and analyzing the selected articles, the importance of the Manchester Protocol in emergencies was verified, facilitating the performance of the health team that, through nurses, fulfills its role in care and demand. **Conclusion:** it is concluded, therefore, that the implementation of the Manchester Protocol in emergencies requires the construction and improvement of mechanisms for control and risk management by the nursing team, which should also be able to provide immediate assistance to these people, facilitating the recognition of health problems and referral to appropriate procedures, without the patient being subjected to waiting.

**KEYWORDS:** Emergencies, Manchester Protocol, Nursing.

## INTRODUÇÃO

Os Serviços de Emergências Hospitalares (SEH) são utilizados como porta de entrada pelos usuários no sistema público ou privados de saúde normalmente reconhecido como um espaço onde o contingente de pessoas a serem atendidas possui um grande índice. , em razão da falta estrutura na gestão hospitalar, ou amplamente pela própria escassez de uma política de saúde organizacional que priorize esses tipos de serviços. Os espaços de urgência e emergência podem ocasionar aos usuários riscos clínicos, em razão da iniquidade, gerando eventos adversos e deterioração as condições de trabalho (SACOMAN *et al.*, 2019).

Esses serviços atendem diversas ocorrências que estão além de suas responsabilidades, pois existem muitos atendimentos eletivos que poderiam ser absorvidos em outras estruturas, evitando assim as filas ( CHABUDÉ *et al.*, 2019).

Os serviços de urgência e emergência no Brasil atendem por diversas ocorrências aquém de sua responsabilidade. Há um grande volume de atendimentos eletivos que poderiam ser absorvidos por estruturas de menor complexidade, prevenindo enormes filas nos serviços de urgência e emergência (GOMIDE *et al.*, 2012).

Assim, na tentativa de minimizar os transtornos ocasionados por essa problemática foi implantado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), o qual, classifica o risco de pacientes em categorias. Essa iniciativa se deu em razão dos planos da Política Nacional de Humanização (PNH) (SOUZA, 2019). A Política Nacional de Humanização (PNH), pode ser definida como sendo uma política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui no ano de 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do mesmo, fornecendo qualidade a Saúde Pública e ampliando métodos e direcionamentos que sejam capazes de fornecer uma visão holística do paciente (BRASIL, 2009).

O Protocolo Manchester é considerado na atualidade como uma ferramenta para

o planejamento e gestão dos serviços de urgência no Brasil, pois facilita o trabalho das equipes de saúde, indicando a partir dos sintomas, a gravidade do quadro do paciente, diminuindo o seu tempo de espera e atendimento. O sistema de triagem de Manchester teve sua origem na cidade de Manchester, no Reino Unido, como um sistema de triagem de pacientes, em razão da necessidade no aprimoramento a qualidade de assistência nos serviços de urgência e emergência. A implementação aconteceu gradativamente, priorizando pacientes a partir do risco, e organizando os atendimentos (SOUZA, 2019).

Esse protocolo é caracterizado pela sua dinamicidade na identificação dos pacientes, ou seja, se eles precisam de cuidados de enfermagem, ou intervenções médicas. Esse processo é realizado por meio da escuta classificando o grau de sofrimento e os agravos da saúde através dos exames iniciais, como aferir pressão, auscultar, baseando-se na capacidade crítica do profissional de enfermagem. A triagem se realiza primeiramente pelo acolhimento do usuário, em seguida pelo encaminhamento do mesmo para preenchimento da ficha de atendimento e após para a Classificação de Risco onde o enfermeiro, escuta e classifica em cores o risco de saúde do mesmo (VOLMER; FILHO, 2016).

Nesse sentido, é importante que a participação do enfermeiro na implementação do Protocolo Manchester seja efetiva, pois, ele conhece a realidade da comunidade que atua e poderá contribuir com a classificação de riscos coerentemente. As emergências são normalmente o primeiro contato do paciente e/ou acompanhantes com o profissional da saúde em casos de risco. Nesse momento, um dos fatores que mais angustiam essa população é a espera, a incerteza da gravidade do problema, a prescrição dos exames solicitados, além da impossibilidade do problema a ser tratado naquele local. Pensando nesse atendimento, às equipes de saúde, nos hospitais de urgência e emergência, vêm discutindo sobre estratégias que agilizem a entrada/saída do paciente, de forma que facilite o trabalho dos profissionais, qualificando e especificando a classificação do seu agravo à saúde (SOUZA, *et al.*, 2016).

A padronização da classificação de risco nos serviços de emergências, foi publicado na Portaria GM/ MS nº 2.048/2008, em seu anexo, item 2.4.7, onde se define que mediante treinamento específico o profissional da saúde pode se utilizar de protocolos específicos para priorizar a ordem de atendimento (BRASIL, 2015). Ao classificar o risco, propõe-se mudanças do tipo operacional, permitindo uma organização e agilidade, principalmente sabendo como a Saúde Pública é cheia de dificuldades, o Protocolo Manchester viabiliza o atendimento humanitário e acolhedor em razão da demanda na procura aos serviços de saúde muitas vezes estagnado pelo excesso de contingência, e poucos profissionais (BONH *et al.*, 2015). Assim se problematiza: Qual o papel do enfermeiro no processo de implementação do Protocolo de Manchester nas emergências brasileiras? Acredita-se que a implementação do Protocolo de Manchester nas emergências brasileiras, confere uma ferramenta, ao enfermeiro, para classificar as prioridades e/ou agravos de saúde, no atendimento dos pacientes, nas portas de entrada dos hospitais. Sendo assim, o objetivo



desse trabalho é verificar a implementação do Protocolo de Manchester nas emergências brasileiras.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma Revisão Integrativa, tendo em vista que este tipo de pesquisa constitui um método favorável à investigação da temática abordada. O artigo foi construído a partir das seguintes etapas: estabelecimento dos objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussões e apresentações dos resultados.

Para tanto, os dados referenciais foram extraídos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com dados retirados das seguintes fontes de pesquisas: Revista Eletrônica SciElo, na base de dados do LILACS BDEF e MEDLINE, a partir dos seguintes descritores em Saúde: Emergências, Protocolo de Manchester; Classificação de Risco, Enfermagem.

Nesse sentido, foram utilizados seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na íntegra em português publicados nos últimos 5 anos e que tratem da temática sobre o papel do enfermeiro no processo de implementação do Protocolo de Manchester nas emergências brasileiras de 2015 a 2019 sendo retirados da seleção inicial aqueles que não correlacionavam o objetivo pretendido (Figura 1). Quanto os critérios de exclusão foram desconsiderados artigos que não estavam completos, ou não estavam em língua escolhida.

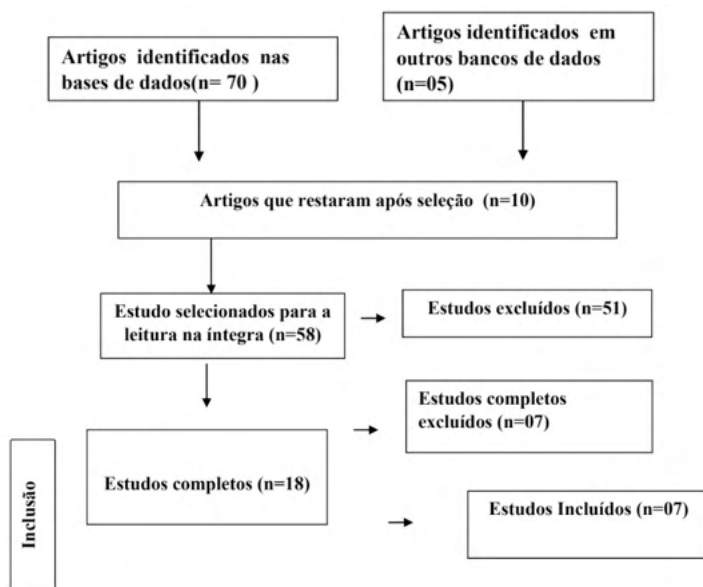


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão dos artigos, 2020

## RESULTADOS

Após realizada a pesquisa e seleção de artigos que compuseram o estudo, separou-se eles identificando-os a partir do título ano, autor e periódico considerando o tipo do estudo, os objetivos a metodologia, a conclusão, a discussão e resultados obtidos, conforme apresentado no quadro sinóptico 1 abaixo:

Nº	Autores/ Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
1	BONH et al, 2015	Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester	Analisar a percepção de enfermeiros sobre o protocolo do sistema de Classificação de Risco Manchester.	Estudo exploratório descritivo	A utilização do protocolo do sistema de classificação de Manchester propiciou melhoria na organização do fluxo de usuários no serviço de emergência e na qualidade do atendimento prestado
2	CHABUDÉ <i>et al</i> , 2019	Acolhimento e Classificação de Risco em Unidade de Urgência: Relato de Experiência da Implantação do Sistema de Triagem de Manchester	Compartilhar os desafios na implementação do STM por meio da vivência de enfermeiros de um hospital terciário de uma cidade do Norte do Paraná.	Relato de experiência	O conhecimento teórico-científico junto com a experiência profissional se faz importante para a implantação e utilização do método de classificação de risco por meio do STM em unidade hospitalar de urgência, bem como a necessidade de se adaptar o STM com a realidade, seja para melhorar a aderência do protocolo, bem como ter parâmetros objetivos na cobrança de melhorias essenciais ao serviço visando atender a real demanda do serviço.
3	PINHEIRO; SANTOS, 2019	Gestão e acolhimento hospitalar: um estudo de caso	analisar a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um hospital público de grande porte do sul do Brasil, situado na região metropolitana de Porto Alegre, utilizando como objeto de estudo o setor Emergência.	Técnica de análise documental	A implantação dessa metodologia trouxe significativas melhorias no fluxo de atendimento/acolhimento, proporcionando maior agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata, a diminuição do tempo de espera para atendimento na Emergência, além do “desafogamento” do setor

4	SOUZA <i>et al</i> , 2019	Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do distrito Federal.	Conhecer o perfil epidemiológico e clínico do adulto jovem admitido na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF.	Estudo descritivo, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa.	O estudo possibilita aos profissionais da enfermagem conhecer melhor o perfil de pacientes que são atendidos constantemente nas unidades de atendimento a urgências.
5	RONCALLI <i>et al</i> , 2017	Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro.	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).	Estudo de caso qualitativo	Apesar dos desafios para concretização da classificação de risco como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o protocolo de Manchester trouxe segurança para a prática e qualidade da atenção prestada.
6	SACOMAN, <i>et al</i> , 2019	Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência.	Analisar a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester em uma rede municipal de urgência e emergência da região metropolitana de São Paulo, a maior do hemisfério Sul	Produção de uma narrativa, com base em análise de caso	É possível afirmar que a implantação do SCR na rede de urgência e emergência de SBC foi capaz de produzir benefícios relacionados diretamente à reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho das portas de entrada dos SUE.
7	VOLMER <i>et al</i> , 2016	Protocolo de Manchester em pauta: como este aborda as questões mental?	verificar como são avaliados os aspectos subjetivos de pessoas em sofrimento psíquico em situação de crise, a partir dos critérios de classificação de risco do Protocolo de Manchester.	Estudo de caráter de saúde bibliográfico	Os resultados evidenciaram que os critérios referentes à saúde mental, abordados pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM), não contemplam todos os aspectos no sentido multifatorial de formação, constituição e adoecimento dos sujeitos.

Quadro 1 - Levantamento dos periódicos selecionados entre os anos de 2015 e 2019, Olinda/PE, Brasil, 2020.

## DISCUSSÃO

Após a elaboração do quadro sinóptico e feita a leitura e análise dos artigos selecionados. Identificaram-se categorias de estudo que serviram de suporte para a parte discursiva. Então, partindo disso e com base nessa análise de conteúdo e nos aspectos abordados, os resultados serão discutidos a partir de duas categorias: Protocolo de Atendimento e Papel do Enfermeiro, conforme abaixo:

## Protocolo de Atendimento

Diante do que foi observado na leitura e análise dos artigos, percebe-se que apesar da portaria 2048/02, dispor dessas estratégias e teoria, na prática ainda lidam com excesso de demandas ocasionadas pelo número de acidentes, doenças e violência urbana, além-claro da falta de estrutura na rede assistencial. Assim, Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de centrais de regulação, capacitação dos profissionais de saúde que lidam com a triagem no sentido de diminuir os riscos dos pacientes, estimulando assim estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer a integralidade na saúde (BRASIL, 2020).

Esse atendimento ágil vem sendo fundamentado no Protocolo de Manchester, em uso no Brasil, no qual o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) usa da escuta do enfermeiro, quanto às informações relatadas pelos indivíduos, para classificar os potenciais riscos desse paciente, direcionado para as especialidades necessárias, trazendo resultados satisfatórios ao setor da urgência, permitindo um melhor atendimento humanizado. A Política Nacional de Humanização (PNH) pode ser definida como uma política que possui instâncias gestoras e é efetivada com bases nos princípios do sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO JÚNIOR *et al*, 2012).

De acordo com Pinto Júnior, *et al*, (2012), o referido protocolo foi desenvolvido com na Inglaterra no ano de 1994, por um grupo de especialistas em triagem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) e estabelece a classificação do risco em cinco categorias, e diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, discrimina-se e classifica-se em: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos. Essa implementação do método ocorreu em Portugal, nos Hospitais: Geral de Santo Antônio e Fernando Fonseca no dia 18 de outubro de 2000. No Brasil, os métodos tiveram seu início em Minas Gerais quando se iniciaram as discussões sobre as redes integradas de atenção às urgências na secretaria desse estado. (BRASIL, 2015).

Após esse processo, o usuário recebe uma ficha de atendimento e o funcionário encaminha o mesmo de acordo com a classificação do seu risco. Nesse sentido, o profissional da enfermagem desempenha um papel fundamental e de acordo com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pode normatizar a Classificação de Riscos, baseados em três dimensões: a primeira no que corresponde à procura do usuário pela urgência, a segunda onde os funcionários acolhem os pacientes para confecção da ficha de atendimento e por fim o encaminhamento do paciente de acordo com a cor (BRASIL, 2015).

## Papel do Enfermeiro

O papel do enfermeiro nesse processo é fundamental. Ainda que o profissional da saúde encontre desafios nos acolhimentos e classificação dos riscos, pois essa estrutura envolve o processo de gestão dentro dos hospitais, o protocolo consiste em um dispositivo indispensável no atendimento e triagem dos pacientes, por meio dele é possível, controlar, regular e ampliar a humanização na saúde pública, onde a demanda é grande (BOHN, 2015). Ainda de acordo com Pinheiro, Santos (2019) no ano de 2001, visando essa humanização no atendimento o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), para incentivar um novo tipo de atendimento onde ocorresse a melhoria na qualidade e a capacitação e aprimoramentos dos trabalhadores. Nesse ínterim elaborou-se uma Política Nacional de Saúde, onde a diretriz concreta era favorecer a construção de saberes, diálogo entre os profissionais, a consideração das necessidades e desejos e interesses, integrando práticas de gestão e fortalecendo os processos integradores e promotores de compromisso. Essas diretrizes influenciaram o atendimento nas entradas de urgências e emergências, assegurando a hospitalidade e o acolhimento afetuosos que pode contribuir na interface com os pacientes nesse atendimento inicial, então a depender da eficácia do protocolo de risco, antes, portanto, cabe estabelecer como primordial o requisito básico do acolhimento, propondo assim, ações que ultrapassem as barreiras do pragmatismo. Dessa forma, diante das categorias encontradas nos estudos, percebe-se que além da criação eficaz do Protocolo de Manchester é preciso que o enfermeiro faça sua parte no que conserve um atendimento humanizado e acolhedor, facilitando assim a inserção do paciente na classificação de risco correspondente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emergências são normalmente o primeiro contato do paciente e/ou acompanhantes com o profissional da saúde em casos de risco. Nesse momento, um dos fatores que mais angustiam essa população é a espera, a incerteza da gravidade do problema, a prescrição dos exames solicitados, além da impossibilidade do problema a ser tratado naquele local.

Pensando nesse atendimento, às equipes de saúde, nos hospitais de urgência e emergência, vêm discutindo estratégias que agilizem a entrada/saída do paciente, de forma que facilite o trabalho dos profissionais, qualificando e especificando a classificação do seu agravo à saúde.

Esse atendimento ágil vem sendo fundamentado no Protocolo de Manchester, em uso no Brasil, no qual o acolhimento com classificação de risco (ACCR), usa da escuta do enfermeiro, quanto as informações relatadas pelos indivíduos, para classificar os potenciais riscos desse paciente, direcionado para as especialidades necessárias, trazendo resultados

satisfatórios ao setor da urgência, permitindo um melhor atendimento humanizado. É importante salientar, que ainda assim, com a capacidade de classificação, controle e organização que o Protocolo de Manchester possui a necessidade de o enfermeiro conhecer de maneira holística as etapas do protocolo, construindo e aperfeiçoando os mecanismos de controle e gestão do risco nas urgências.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.048, de 05 de Novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em 18 de jun de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Perfil da Enfermagem no Brasil.** Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n.º 2048/GM de 05 novembro de 2002.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso dia 29 de abr de 2019.

BOHN, Marcia Luciane da Silva; Lima Maria Alice Dias da Silva; DURO Carmen Lucia Mottin; ABREU Kelly Piacheski de. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester **Cienc Cuid Saude** 2015.

CHABUDÉ, T.G.; CÉSAR, G.C.; SANTANA, C.J. Acolhimento e Classificação de Risco em Unidade de Urgência: Relato de Experiência da Implantação do Sistema de Triagem de Manchester. **Ensaio e Ciênc.**, v. 23, n. 2, p. 121-125, 2019.

PINHEIRO, Francine dos Reis; SANTOS, Carlos Honorato Schuch. Gestão e acolhimento hospitalar: um estudo de caso. **DESENVOLVE: Revista de Gestão do Unilasalle**, Canoas, v. 8, n. 2, p. 111-130, jul. 2019.

SOUZA AMM, Moraes-Filho IM, SILVA JAL, Paixão MC, ALCÂNTARA AAS, MONTEIRO SNC. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do distrito Federal. **Rev. Cient. Sena Aires.** 2019.

RONCALLI, Aline Alves; OLIVEIRA, Danielle Nogueira de. Izabella, SILVA Cristina Melo; BRITO, Robson Figueiredo; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. baiana enferm.** 2017.

SACOMAN, Thiago Marchi et al . Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, abri. 2019.

VOLMER, André Luis; FILHO, Cesar Augusto Nunes Bridi. Protocolo de manchester em pauta: como este aborda as questões de saúde mental? **Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 17, n. 1, p. 103-116, 2016.

# CAPÍTULO 23

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 20/01/2022

### **Herica Silva Dutra**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0003-2338-3043>

### **Gabriel da Silva Nogueira**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0003-2616-5025>

### **Maria Tereza Ramos Bahia**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0002-6254-114X>

### **Amanda Maria Machado Dutra Nascimento**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0003-4712-8311>

### **Camila Ribeiro Araújo**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0001-6511-6475>

### **Camila Silva Torres Militão**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0001-9340-954X>

### **Janaina Otoni de Carvalho**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0002-6869-7305>

### **Leticia Ribeiro Campagnacci**

Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - MG  
<http://orcid.org/0000-0001-8903-9187>

**RESUMO:** o objetivo do presente capítulo é relatar a experiência extensionista nas atividades de promoção da saúde durante a pandemia de covid-19. Trata-se de relato de experiência referente as atividades do projeto de extensão “Qualidade de vida: Possibilidades e desafios” vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Diante da impossibilidade de desenvolver atividades presenciais em decorrência da pandemia de covid-19, foi necessária a reestruturação das mesmas. Dessa forma, foi criado o perfil @qualidade\_vidasaude na rede social Instagram para realizar as atividades de educação em saúde por meio da divulgação online de informações confiáveis. Foram realizadas 78 postagens com temáticas diversas atingindo um total de 136 seguidores. As atividades realizadas no projeto de extensão “Qualidade de vida: possibilidades e desafios” foram capazes contribuir de forma positiva para a educação em saúde e para a formação dos estudantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde, Qualidade de vida, Promoção da saúde, Redes

## HEALTH EDUCATION IN PANDEMIC TIMES: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** the objective of this chapter is to report the extensionist experience in health promotion activities during the covid-19 pandemic. This is an experience report related to the activities of the extension project “Quality of life: Possibilities and challenges” linked to the School of Nursing of the Federal University of Juiz de Fora. Considering the impossibility of carrying out face-to-face activities due to the covid-19 pandemic, it was necessary to restructure the project activities. In this way, the profile @qualidade\_vidasaude was created on the social network Instagram to perform health education activities through the online dissemination of reliable information. They were created 78 posts with different themes reaching a total of 136 followers. The activities carried out in the extension project “Quality of life: possibilities and challenges” were able to contribute positively to health education and the training of students.

**KEYWORDS:** Health Education, Quality of Life, Health Promotion, Online Social Networking.

### INTRODUÇÃO

As atividades de educação em saúde estão imersas dentro das ações desempenhadas pelos profissionais da saúde visando a prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida (BARRETO *et al.*, 2019) por meio do diálogo com os usuários, levando em conta as circunstâncias socioculturais em que ambos estão inseridos. Surge como um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e sociedade (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). Essa prática é relevante para atuação dos profissionais de saúde de maneira que permite criar um vínculo terapêutico com os usuários, favorecendo assim que as atividades direcionadas para melhora da condição de saúde sejam desenvolvidas de forma eficaz. Nesse sentido, o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários se torna uma necessidade como prática que busca a melhoria da qualidade da atenção à saúde (LUZ; LIMA, 2019).

Tomando como ponto de partida a importância da contribuição das ações de extensão para a formação dos profissionais durante a graduação, foi desenvolvido o projeto “Qualidade de vida: possibilidades e desafios” vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O projeto busca enriquecer a formação de futuros enfermeiros proporcionando experiência concreta por meio da realização de atividades de educação em saúde que abrangem a comunidade e o contato com o indivíduo. Tais atividades proporcionam aos envolvidos (estudantes, professores e usuários) a troca de conhecimentos e conecta o conhecimento científico aos problemas expostos pela comunidade (SILVA, 2020).

O referencial teórico norteador do projeto de extensão é o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender, o qual estabelece uma estrutura para o cuidado individual e coletivo direcionando o planejamento, intervenção e avaliação das ações de enfermagem.



O modelo considera: a) características (comportamento anterior e fatores pessoais); b) comportamento específico (contempla a avaliação dos benefícios, barreiras, autoeficácia, sentimentos, influências interpessoais e situações no compromisso com o plano de ação) e c) resultado do comportamento e experiências individuais (exigências e preferências que impactam no comportamento de promoção da saúde) (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). Além disso, ressalta-se a o alinhamento das atividades extensionistas aos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2015).

Assim, o objetivo desse capítulo é relatar a experiência extensionista nas atividades de promoção da saúde durante a pandemia de covid-19.

## MÉTODO

O projeto de extensão “Qualidade de Vida: Possibilidades e Desafios” iniciou suas atividades em 2017 direcionadas à educação em saúde por meio da realização de salas de espera no ambulatório do Centro de Atenção à Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Os trabalhos são coordenados e orientados por duas professoras vinculadas à Faculdade de Enfermagem e a disciplina de Administração da Assistência de Enfermagem II, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital.

As atividades de sala de espera objetivam manter um espaço aberto de diálogo com os usuários sobre a relação do estilo de vida das pessoas, suas práticas, hábitos saudáveis ou não e o impacto destes na sua saúde, bem como apresentar informações ao usuário sobre prevenção de doenças, promoção da saúde e prevenção de agravos a doenças pré-existentes. Estas orientações buscam contribuir para tomada de decisão informada pelo usuário no que se refere ao comportamento em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde.

Porém, com a situação de pandemia da covid-19 declarada como emergência em saúde pública pela OMS, foi necessária a reorganização das atividades que seriam realizadas. O desenvolvimento das salas de espera que constituem a principal atividade do projeto tornou-se inviável devido à suspensão das atividades presenciais das instituições de ensino, bem como redução das atividades assistenciais nos ambulatórios, sendo priorizados atendimentos de situações específicas, de maior risco aos usuários ou urgentes.

Dessa forma, houve a necessidade de reestruturar as atividades do projeto de extensão a fim de evitar a suspensão total das mesmas. Essa decisão considerou que a educação em saúde ganhou um espaço de destaque no contexto pandêmico. Fatores como a redução de jornada de trabalho e mudanças forçadas na rotina cotidiana levaram as pessoas a se preocupar mais com temas relacionados à saúde e bem estar.

Assim, foi acordado com a equipe do serviço de saúde o envio de material online na forma de apresentações em *slides* com temas informativos, para exibição nas televisões

localizadas na sala de espera. Essa atividade já constava na proposta do projeto, e decidiu-se pela intensificação das mesmas durante o período de trabalho remoto. Identificou-se, porém, que essa ação não atendia ao objetivo do projeto, pois o ambulatório do HU-UFJF reduziu as atividades em decorrência da pandemia, fazendo com que as salas de espera ficassem vazias.

Como forma de fugir dos métodos tradicionais de realização das atividades de educação em saúde, inviáveis em decorrência dos novos desafios impostos pela pandemia, a alternativa identificada pelos professores e estudantes vinculados ao projeto foi a criação de um perfil na rede social Instagram, denominado @qualidade\_vidasaude, como forma de divulgar, não apenas para os usuários do HU-UFJF, mas também para o público em geral, temas relacionado à educação em saúde. Vislumbrou-se, dessa maneira, uma forma de modernizar a abordagem e ampliar o público alvo das atividades durante a suspensão das atividades presenciais.

Estabeleceu-se, então, uma frequência de duas postagens semanais. A seleção dos temas era discutida entre professores e estudantes com ênfase em aspectos atuais relacionados à pandemia, fatores que contribuem para a saúde física e mental, bem como datas do calendário nacional de saúde. A elaboração das postagens era precedida de estudo sobre a temática fundamentada em documentos oficiais, diretrizes do Ministério da Saúde ou artigos científicos publicados em periódicos indexados.

## RESULTADOS

Foram realizadas 78 postagens no perfil @qualidade\_vidasaude entre julho de 2020 a junho de 2021. As publicações eram inseridas no *feed* do perfil e também nos *stories*. Um total de 136 seguidores se vincularam e interagiram com o perfil do projeto de extensão.

As postagens que discutiram a covid-19 incluíram: sintomas da covid-19, orientações para uso de máscaras, gestação e coronavírus, antibióticos no tratamento da covid-19, comunicação virtual na pandemia, período de transmissão da covid-19, isolamento x distanciamento social x quarentena, *fake news*, quando procurar o serviço de saúde, dentre outros.

As postagens sobre aspectos relacionados a qualidade de vida e bem-estar trataram de: combate ao tabagismo, incentivo ao consumo de água, alimentação saudável, atividade física, saúde mental, adoção de hábitos saudáveis, sono, higienização das mãos, bem estar virtual, exposição solar, alergias, benefícios da meditação, espiritualidade e qualidade de vida, dentre outros.

Exemplificando as datas do calendário nacional de saúde apresentadas pode-se citar: dia nacional da saúde, setembro amarelo, outubro rosa, outubro verde, novembro azul, dia mundial do diabetes, dia mundial da luta contra a AIDS, janeiro roxo, dentre outros. A aparência do perfil @qualidade\_vidasaude na rede social Instagram encontra-se

representada na figura 1.

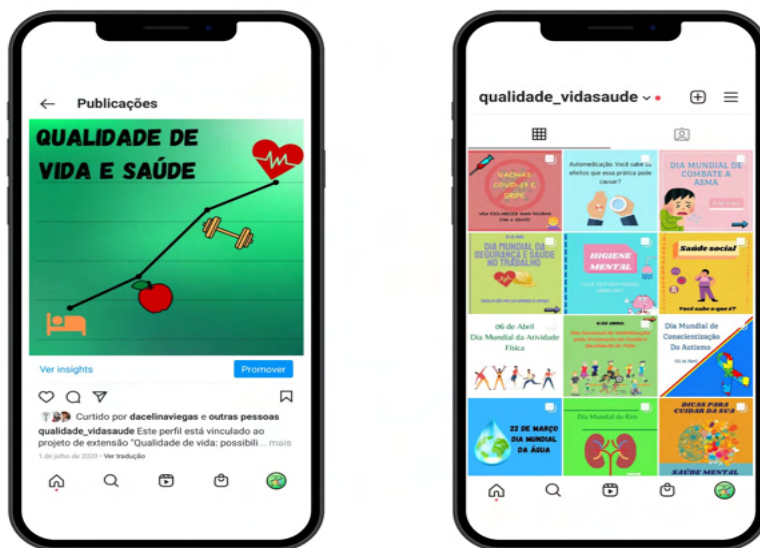


Figura 1. Perfil @qualidade\_vidasaude na rede social Instagram. Juiz de Fora, MG, 2021.

Fonte: elaborada pelos autores.

## DISCUSSÃO

Ao abordarmos as atividades inicialmente promovidas pelo projeto no contexto de pré-pandemia, destaca-se a sala de espera como a principal ferramenta por meio da qual são realizadas as atividades de educação em saúde. Entretanto, as salas de espera ficaram impossibilitadas de ocorrer de forma presencial por conta dos riscos de contaminação e exposição da equipe e usuários. Além disso, foram levados em conta fatores como: a possível aglomeração dos ambientes de atendimento em decorrência da covid-19 e as medidas de distanciamento social propostas e implementadas pelos órgãos de saúde para evitar a disseminação da doença, além da suspensão das atividades acadêmicas presenciais da UFJF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2020).

A partir desta decisão, considerando as novidades sobre a doença, os membros do projeto passaram continuamente por um processo de capacitação por meios de cursos online, palestras virtuais e boletins de divulgação epidemiológicos sobre as características da nova doença para que, mesmo sem o contato presencial das salas de espera, fosse possível a realização de atividades educativas. Desta forma, após o período de adaptação e aquisição de conhecimentos sobre a nova doença, foi possível desenvolver materiais que foram utilizados de forma expositiva nos setores do hospital onde profissionais, usuários e pacientes circulam ou permanecem por determinado período, acreditando estar assim

contribuindo para a sensibilização da comunidade acerca da covid-19.

Cabe mencionar que professores e estudantes envolvidos buscaram atualização permanente para novas informações relacionadas ao vírus SARS-CoV-2, pois à medida que novos estudos são feitos, novas evidências são incluídas no corpo de conhecimentos disponíveis.

Diante dos desafios impostos pela pandemia, também surgiram novas oportunidades para a divulgação de informações. Fatores como a permanência das pessoas em suas residências favorece a utilização das mídias sociais e outros serviços digitais por mais tempo (SILVA *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2021). Com isso, esse ambiente se torna um poderoso aliado para as atividades de educação em saúde.

As mídias sociais são ferramentas que permitem novos espaços de socialização, são vistas como meios de empoderamento da população sobre questões sociais, podendo se estender às questões de saúde, por permitir a comunicação de baixo custo e pela capacidade de difusão rápida da informação (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Pensando desta forma, para adaptar os objetivos do projeto com a nova realidade, os integrantes se debruçaram sobre a criação de um perfil em rede social a fim de divulgar informações priorizando a comunicação em linguagem clara e objetiva de temas relacionados à saúde, à nova doença e hábitos de vida, como já faz parte da proposta do projeto.

Houve empenho para apresentar materiais visualmente atraentes aliados a informações de fontes fidedignas, sempre atentos para evitar e impedir a disseminação de informações falsas (*fake news*). Essa preocupação se deve ao aumento da disseminação de informações falsas nesse período, aproveitando da ampliação do ambiente digital para sua rápida difusão e, assim, cumprirem seu papel de desinformação e desserviço à sociedade (NETO *et al.*, 2020). Além disso, a infodemia decorrente da covid-19 foi um aspecto enfrentado pelos integrantes do projeto, visto que havia a necessidade de discutir e informar sobre a doença e a pandemia de forma segura e confiável (PATEL *et al.*, 2020).

Destacam-se como obstáculos enfrentados no desenvolvimento dos materiais: formas de contatar públicos distintos, como os que frequentavam as salas de espera presenciais; atingir público com idade superior a 60 anos, pois era o perfil etário mais frequente nas atividades presenciais realizadas no ambulatório; e levantamento de temas relevantes que não soam repetitivos após o desenvolvimento de muitos *posts* para publicação. De forma a combater essas dificuldades, foram estabelecidas rotinas de estudo antes da elaboração desses materiais e trabalho em equipe com a troca de experiências e discussão dos temas antes de realizar as postagens.

Para fundamentar a elaboração dos materiais que abordam ações de promoção à saúde, foi adotado como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender, que trata dos fatores que contribuem para a adesão ou não do usuário a comportamentos de promoção da saúde. A proposta de Pender considera fatores como:

a visão do paciente sobre suas experiências, os benefícios, as barreiras encontrados ao adotar novos comportamentos, e as influências externas e interpessoais para adesão de determinado comportamento (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). Considerar esses fatores na elaboração de materiais para educação em saúde permite contemplar, avaliar, discutir e apresentar assuntos e métodos capazes de favorecer a adesão do usuário a comportamentos saudáveis.

Ressalta-se a experiência valiosa de aprendizado que foi proporcionada a partir do desenvolvimento das atividades propostas no projeto em formato remoto. Para atingir os objetivos foi necessário aderir a novas rotinas de estudo abrangendo temas diversos em saúde, muitos dos quais pouco contemplados nas disciplinas curriculares ou vivenciados no cotidiano das práticas acadêmicas. Desta forma, entende-se que uma formação mais ampla e significativa pode ser vivenciada por meio da realização de atividades extracurriculares como as de extensão, o que reforça sua importância e valor na construção do perfil profissional futuro.

Apesar dos desafios impostos pelo contexto de saúde mundial, foi possível atingir os objetivos esperados, bem como perceber a possibilidade de contribuição genuína com a saúde das pessoas por meio das atividades desenvolvidas. Espera-se que as atividades em formato remoto possam ser mantidas associadas às atividades presenciais por compreender que as mesmas são capazes de agregar à formação e conhecimento dos estudantes.

## CONCLUSÃO

A realização das ações de educação em saúde por meio do perfil @qualidade\_vidasaude teve como prioridade a comunicação, empregando linguagem clara e objetiva, valorizando a confiança das informações pelo uso de fontes confiáveis, e amparada por um modelo teórico amplamente discutido e validado internacionalmente.

As atividades realizadas no projeto de extensão “Qualidade de vida: possibilidades e desafios” foram capazes contribuir de forma positiva para a educação em saúde e para a formação dos estudantes. A atualização permanente das informações por meio de busca na literatura científica contribui para que o conteúdo veiculado atenda às demandas da sociedade sobre aspectos relacionados à saúde e prevenção de doenças. Assim, espera-se colaborar para a tomada de decisão informada em relação aos hábitos de vida, refletindo na melhora da qualidade de vida e saúde da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Ana Cristina Oliveira et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl.1, p. 278-285, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.

GONÇALVES, Maria Isabel Almeida et al. Tempos de pandemia: educação em saúde via redes sociais. **Revista de Extensão da UPE**, v. 6, n. 1, p. 38-45, 2021.

LUZ, Kellya Rhawyllssa Barros; LIMA, Luisa Helena de Oliveira. Educação e saúde: um relato de experiência vivenciada na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 8, n. esp, p. 65-69, 2019.

NETO, Mercedes et al. Fake news no cenário da pandemia de Covid-19. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

NEVES, Vanusa Nascimento Sabino et al. Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela covid-19. **Educação & Sociedade**, v. 42, e240176, 2021.

PATEL, Mohan P. et al. "Infodemic" COVID 19: More Pandemic than the Virus. **Indian Journal of Nephrology**, v. 30, n. 3, p. 188-191, 2020.

SILVA, Joélia Rodrigues da et al. Redes sociais e promoção da saúde: utilização do facebook no contexto da doação de sangue. **RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, n. 30, p. 107-122, 2018.

SILVA, Wagner Pires da. Extensão universitária: um conceito em construção. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 11, n. 2, p.21-32, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Resolução 10/2020 de 18 de março de 2020**. Suspende as atividades acadêmicas no âmbito da UFJF em razão da pandemia COVID-19. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/consu/wp-content/uploads/sites/33/2020/03/RESOLU%C3%87%C3%83O-10.2020-CONSU.pdf> Acesso em: 19 jan 2022.

VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 235-240, 2005.

# CAPÍTULO 24

## LIGA ACADÊMICA EM TERAPIA INTENSIVA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DA REDE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

*Data de aceite: 01/03/2022*

*Data de submissão: 09/12/2021*

### **Poliana Ferreira Campos**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/4607273230145055>

### **Robervam de Moura Pedroza**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/9100858477299357>

### **Nathália Roberta Menezes Barbosa Serafim**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/7013410484855387>

### **Ana Carla Silva Alexandre**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/8832022730343469>

### **Maria Clara Brito Freire de Melo**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/1484404879877834>

### **Jhenyff de Barros Remigio Limeira**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/2396658829629124>

### **Aline Bezerra Sobrinho**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/0456097815445459>

### **Aline Barros de Oliveira**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3309332591708904>

### **Leonardo Silva da Costa**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/2390539290517942>

### **Henrique Santos de Oliveira Melo**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/0094114917204174>

### **Stephane Marcelle Almeida Braga Moraes**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Pernambuco – IFPE Campus  
Pesqueira  
Pesqueira – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3823861037741953>

**RESUMO: Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo discorrer sobre a experiência de discentes na construção da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco. **Método:** Relato de experiência com abordagem descritiva sobre a implantação da primeira liga acadêmica de enfermagem do instituto. Para a sua implantação foram realizadas reuniões entre os Coordenadores e as extensionistas focadas em estudos quanto à formação e organização das Ligas, os quais subsidiaram a construção do regimento interno. Assim, foram desenvolvidos processos administrativos com criação de portaria específica que regulamentasse desde normas internas, até critérios de inclusão e permanência dos membros, conferindo legitimidade nos seus processos de formação e implementação. **Resultados:** Com o início das atividades e visando minimizar possíveis lacunas na formação, a Liga Acadêmica tem um potencial de refletir diretamente na vida dos futuros profissionais e aperfeiçoando a destreza dos estudantes. Apesar de ter resultado a partir de um projeto de extensão, no entanto na sua implementação integrou as atividades de ensino e pesquisa. Os ligantes juntamente com os docentes orientadores obedeciam rigorosamente um cronograma de atividades mensais, que incluíam seminários, workshops, visitas técnicas em Unidades de Terapia Intensiva da região, participou de eventos científicos da área de cuidados intensivos, tendo, inclusive premiação em trabalho apresentado, além da publicação de um artigo na Revista Caravana, que pertence à instituição. **Conclusão:** A implementação da liga acadêmica no campus Pesqueira é de grande relevância para o curso de bacharelado em enfermagem, por proporcionar aos discentes momentos extracurriculares no ambiente da UTI e experiências teórico-práticas para complementação na formação profissional e o desenvolvimento pessoal na área. **PALAVRAS-CHAVE:** Relações Comunidade-Instituição. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

**ABSTRACT: Objective:** This study aimed to discuss the experience of students in the construction of the Academic League of Nursing in Intensive Care at the Federal Institute of Education, Science and Technology of Pernambuco. **Method:** Experience report with a descriptive approach on the implementation of the institute's first academic nursing league. For its implementation, meetings were held between the Coordinators and extensionists focused on studies on the formation and organization of the Leagues, which supported the construction of the internal regulations. Thus, administrative processes were developed with the creation of a specific ordinance that would regulate from internal rules, to inclusion and permanence criteria for members, conferring legitimacy on their training and implementation processes. **Results:** With the beginning of activities and aiming to minimize possible gaps in training, the Academic League has the potential to reflect directly on the lives of future professionals and improve the skills of students. Despite having the result of an extension project, however



in its implementation it integrated teaching and research activities. The ligands, together with the guiding professors, strictly followed a schedule of monthly activities, which included seminars, workshops, technical visits in Intensive Care Units in the region, participated in scientific events in the area of intensive care, including awards for work presented, in addition to publication of an article in Revista Caravana, which belongs to the institution. **Conclusion:** The implementation of the academic league on the Pesqueira campus is of great relevance for the bachelor's degree in nursing, as it provides students with extracurricular moments in the ICU environment and theoretical-practical experiences to complement professional training and personal development in the area.

**KEYWORDS:** Community-Institution Relations. Intensive care unit. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O currículo do curso de Enfermagem apresenta a construção dos conhecimentos de forma interdisciplinar, favorecendo a utilização de novas ferramentas de aprendizagem externas aos limites estruturais da instituição. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais visam corresponder às necessidades contemporâneas da saúde brasileira, um dos objetivos é a garantia de um ensino articulado com pesquisa e extensão, que assegura a formação de pensamento crítico e reflexivo, em que o conhecimento gerado é levado à sociedade (BRASIL, 2001).

Um exemplo da prática de ensino, pesquisa e extensão em nível superior são as Ligas Acadêmicas (LA's), implantadas inicialmente no curso de Medicina, sendo a primeira à Liga de Combate a Sífilis em 1920, a partir daí foram disseminando em outros cursos na área da saúde, inclusive em Enfermagem (MIRANDA et al., 2020; CAVALCANTE, 2018).

É válido salientar as dificuldades enfrentadas por profissionais recém-formados ou enquanto estudantes na atuação profissional, algumas destas são a formação fragmentada do enfermeiro, como a dificuldade de aplicação do princípio da integralidade, o que torna difícil exercer o cuidado integral, como também as divergências da teoria e prática, e relações pedagógicas entre aluno e professor fragilizadas pelo entrave na construção coletiva dos saberes (ARAÚJO; MOTA, 2020).

O cuidado integral e a promoção da saúde são importantes em qualquer que seja o nível de assistência, incluindo o paciente crítico hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ao qual o usuário está no momento de fragilidade e é inerente a este, sentimentos de angústia, solidão, ansiedade e o medo constante da morte, em razão disso necessitam de uma atenção maior (BACKES, ERDMANN e BÜSCHER, 2015).

A implantação da liga advém das demandas acadêmicas como a capacidade de promover maior contato com a comunidade nas práticas interdisciplinares com preparo profissional para lidar com situações difíceis que são vivenciadas no ambiente hospitalar. Assim, a implantação juntamente com a implementação da LA facilita a desenvoltura dos bacharelados, além de trazer os diversos benefícios para a comunidade acadêmica e social. Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de discentes na implantação

da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva (LAETI) no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira.

## 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Não existe um conceito formulado e sólido sobre o que é liga acadêmica de enfermagem, regularmente é caracterizada por grupos de discentes orientados por profissionais enfermeiros, segue uma linha de conhecimento em determinado campo de estudo, demandar suas práticas para população, e assim gerar benefícios para comunidade atendida e estudantes. A LA é baseada no tripé de atender, aprender e produzir, isso a torna uma ferramenta estudantil diferenciada quando bem direcionada (AZEVEDO e DINI, 2006; PANOBIANCO et. al. 2013; SANTANA, 2012; YANG et al., 2019).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui uma característica complexa, que atende usuários em estado crítico e grave requer uma assistência multiprofissional em período integral e cuidados contínuos, que visem a equidade do atendimento, proporcionando uma assistência com maior resolubilidade e minimizando riscos de iatrogênias. O ambiente é dotado de tecnologias de ponta, especializado, com diversos procedimentos invasivos, estéreis e assépticos, com fluxo de pessoas controlado, organizado e rigoroso. O enfermeiro precisa estar antemão preparado para lidar com as situações decorrentes na UTI (BRASIL, 2017; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

Os profissionais de enfermagem atuam diretamente na assistência aos pacientes em UTI, são fundamentais na assistência sistematizada e no planejamento estratégico para um melhor desempenho do serviço. Todo profissional requer conhecimentos atualizados a fim de aprimorar os conhecimentos e práticas oportunizando a segurança física, psicológica e social dos usuários (TAMPIERI; RODRIGUES; MESQUITA, 2016).

Existem dificuldades dos alunos enfrentam aos estágios curriculares em UTI na graduação de enfermagem, principalmente a insegurança, ansiedade, falta de compreensão do paciente e o despreparo, sobretudo ao manusear as tecnologias do ambiente, além de outras diversas frustrações dos discentes quando vão atuar em terapia intensiva (SANTOS; NAZIAZENO, 2017).

Como forma de amenizar as dificuldades citadas acima, tem-se as atividades de extensão, pois são ações extracurriculares que contribuem na aprendizagem conceitual, conhecimento da realidade da área de atuação, na conquista de habilidades que colabora na formação profissional do acadêmico, na aprendizagem para correlação entre teoria e prática, desenvoltura na convivência coletiva e até em mudanças pessoais (valores, crenças e outros) (SÍVERES, 2013).

Por fim, é importante a formação completa e diferenciada do discente para o mercado de trabalho, a LA e sua indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão, tem um papel fundamental neste cenário. Por tornar potencial a aprendizagem teórica e prática,

a formação do currículo informal, desenvolvimento de senso crítico e raciocínio científico, o contato maior e precoce com o paciente e suprir lacunas no aprendizado do estudante durante a graduação, incluindo o exercício da atenção integral ao paciente (QUEIROZ, 2014; CAVALCANTE, 2018; MOITA; ANDRADE, 2009).

### 3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência com cunho descritivo-qualitativo sobre como decorreu a implantação da LAETI no IFPE – Campus Pesqueira, participação dos discentes no processo seletivo e a percepção sobre o início das atividades, vivências estas extraídas dos membros ligantes e fundadores da LAETI do curso de bacharelado em enfermagem. Quanto à temporalidade, as experiências aconteceram entre o período de fevereiro a junho de 2018, em relação ao local do desenvolvimento das atividades, concentrou-se apenas no ambiente acadêmico por estar no princípio da implementação.

Com relação aos participantes que permearam as ações desenvolvidas e constituem o panorama desta experiência, são 10 acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem dos módulos IV, VI e VII; e outros 4 discentes dos mesmos módulos que são integrantes como membros permanentes e fizeram parte da construção da LA. O corpo de direção é composto por uma docente da disciplina de Cuidados Intensivos de Enfermagem, pertencente à LAETI como a docente orientadora das atividades de ensino, o docente coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem, tem o papel da coordenação da Liga e a Servidora técnica administrativa e também Enfermeira como presidente, com o total de 17 membros da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva, todos estes do IFPE – Campus Pesqueira.

Para fundamentar a construção deste estudo, foi realizada uma revisão da literatura através de busca de artigos sobre Ligas Acadêmicas e UTI e que também versassem o tema na Scientific Electronic Library Online – SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi acrescido também na revisão o livro de Siveres (2013) denominado: “*A extensão universitária como princípio de aprendizagem*” que demonstra a importância da extensão para a formação profissional, obtidos para complementação do estudo uma maior compreensão acerca dos temas abordados.

Os encontros da LAETI foram feitos de forma dinâmica por meio de metodologias ativas e com conteúdo baseados em aspectos que são abordados na unidade de terapia intensiva. Dentre os recursos utilizados durante todas as ações desenvolvidas, foram estes os recursos humanos, constituído pela equipe executora, composta por 4 discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem, sob a orientação da servidora técnico administrativa, bem como a colaboração de docente da disciplina de cuidados intensivos e coordenador de enfermagem.

Foram utilizados métodos de participação ativa como a leitura coletiva e/ou

individual, interação após estudo para discussão e planejamento de atividades, divulgação oral-expositiva, entrevistas, dinâmicas entre os ligantes e oficinas. Com apoio de materiais como computadores, *Datashow*, papelaria para impressões, materiais de divulgação como cartazes, banners e camisas, caneta esferográfica e formulários de preenchimento, textos on-line (artigos, resoluções e regimentos) câmeras fotográficas, recursos do laboratório de semiologia (boneco simulador, tubos traqueais) simulador de ventilação mecânica (*Inter5 plus*), colchonetes, bloco de anotações e copos personalizados.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro semestre de 2018 decorreu os estudos quanto a formação de ligas acadêmicas, através das literaturas disponíveis, auxílio de profissionais de enfermagem atuantes na área da UTI, busca pela regularização e seleção dos membros da LA. Neste mesmo período, houve envolvimento com a pesquisa, por meio da participação em congresso e premiação por resumo expandido submetido e apresentado, mesmo sendo pioneira e fundada recentemente, além da publicação de um artigo na Revista Caravana, que pertence à instituição.

Já no segundo semestre de 2018, deram-se o início as atividades de ensino, com o encontro introdutório, clube de revista, oficina, todas estas orientadas pela especialista em Terapia Intensiva, para explanação dos conhecimentos acerca da área de atuação da LA. Em conjunto também foi articulado a atividade de extensão, sendo o primeiro momento da Liga na UTI da instituição hospitalar vinculada.

A LAETI idealizou-se por profissionais enfermeiros do IFPE, logo foi lançada a proposta de projeto de extensão por intermédio do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX), ao qual foi aprovado em janeiro de 2018. A liga em UTI foi criada com o propósito de diminuir os impasses enfrentados por os discentes do Instituto durante a graduação, visto que os estágios curriculares só são pagos nos últimos módulos da graduação, o que gera uma tensão por ser uma área complexa, e por fazer um determinado tempo após ter visto a teoria na disciplina correspondente à área.

Os primeiros trabalhos realizados e referidos no presente estudo são de aspecto considerável, pois se trata do plano e táticas que foram aplicados para a edificação de Ligas, outro fato relevante é que não existe um número padrão de quantos integrantes podem compor a LA, assim como também é importante que se tenha critérios para admissão de novos membros (LIMA; BATISTA; FERREIRA, 2014).

### Regularização e implantação da LAETI

Após aprovação no PIBEX foram realizadas reuniões para determinar os direcionamentos das atividades da LAETI. Em primeiro momento sucedeu-se um encontro onde os integrantes da Liga puderam expor suas expectativas diante das ações da LA. Por conseguinte, os membros realizaram a construção do Regimento Interno da LAETI, que

regulariza as ações e determina os direitos e deveres de cada membro, para destrinchar a elaboração deste, foi necessário consultar regimentos, estatutos de outras LA's e guias para elaboração e orientação de Ligas Acadêmicas.

A institucionalização da Liga é feita da seguinte forma:

Institucionalizar uma LA passa necessariamente pela declaração de sua criação, regulamentação de suas atividades, participantes e outros aspectos que estarão contidos em seu estatuto. Através de seu estatuto a liga torna-se uma entidade reconhecida e registrada. O estatuto contém as regras de funcionamento, é um regimento, uma "constituição" da liga. A função deste como já dito é regulamentar a liga. Este é dividido em capítulos, que contém artigos, que por sua vez podem conter incisos (AZEVEDO e DINI, 2006, p.6).

Posteriormente viu-se a indispensabilidade de outro método para regularização e institucionalização da LAETI. A presidente juntamente com a equipe coordenadora contataram a Direção Geral e de Ensino do Campus Pesqueira para apresentação da proposta da LAETI, em seguida publicada a Portaria N° 068 de 25 abril de 2018 que dispõe sobre a instituição da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva. Nesta mesma época o coordenador possibilitou vínculo com a instituição hospitalar para demandar a extensão e parceria com a representação estudantil de enfermagem do Campus, o então Diretório Acadêmico. No que se diz respeito a estrutura física utilizada para as atividades de ensino na liga, são as sala e laboratórios que estiverem em disponibilidade no Bloco "A" do campus.

### **Processo de seletivo e adesão dos discentes a LAETI**

Após elaboração do Regimento e solicitação da Portaria, foi imediatamente elencado a seleção dos membros. Para isso realizou-se a divulgação com recursos humanos e materiais, como cartazes digitalizados com o Edital de Seleção para membros da LAETI dispostos nos murais, ao mesmo tempo era realizada a divulgação oral nos módulos IV, VI e VIII e nas redes sociais, informando aos discentes "O que é Liga Acadêmica, benefícios para a formação estudantil, como ia dar-se a seleção e as atividades a serem desenvolvidas" com o intuito de incentivar a participação, para então ser membro da Liga.

Posteriormente, as inscrições se instauraram no mês de maio de 2018, inicialmente com a disponibilidade de 10 vagas e apenas para os alunos da Graduação de Enfermagem do IFPE – Campus Pesqueira. Os interessados deveriam ir até à sala informada, para a entrega da xerox de documento com foto, histórico escolar e preenchimento da ficha de inscrição onde constava-se: nome completo, módulo cursado, qual dia de disponibilidade na semana, coeficiente de rendimento e carta escrita expressando o interesse do discente.

Na Tabela 1 demonstra que a população-alvo foi 81 discentes e destes 23 participaram do processo de inscrição, totalizando na adesão de 18,63% dos estudantes. O número da aderência de discentes não é considerável por os seguintes pressupostos, alguns deles já estavam engajados em outras atividades de pesquisa, extensão e monitoria,

portanto a carga horária poderia ultrapassar, outros não têm afinidade com a área e até pela sobrecarga dos componentes curriculares.

<b>Módulos Participantes</b>	<b>Total de alunos dos módulos</b>	<b>Adesão</b>
<b>IV</b>	31	7
<b>VI</b>	31	9
<b>VIII</b>	19	7

Tabela 1 - Adesão dos discentes de cada módulo no processo de inscrição

Fonte: elaboração própria

Por conseguinte, foi realizada a seleção dos membros através de duas etapas: coeficiente de rendimento correspondendo a 40 pontos (40%), e entrevista correspondente a 60 pontos, totalizando 100 pontos (100%). Inicialmente 20 alunos foram selecionados por intermédio do coeficiente, com notas até 36,32, e na entrevista equivalente ao momento final da seleção, os 10 discentes admitidos na LAETI com notas de até 60 pontos na entrevista e pontuações totais de até 95,68.

Optou-se para critério de aceitação os seguintes: cursar bacharelado de enfermagem no IFPE – Campus Pesqueira, ter cursado a disciplina de semiologia e semiotécnica I, noções sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem e teorias de enfermagem, após isso foram divulgados os resultados e determinado a data do encontro introdutório.

### **Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão produzidas pela LAETI**

O Encontro Introdutório, desenvolvido no mês de agosto de 2018, despertou nos ligantes o interesse em conhecer a área e a compreender os procedimentos utilizados, em aprofundar os conhecimentos, quebrar estigmas, envolvendo a todos em um processo participativo e dinâmico. De forma semelhante, no mês seguinte, foi realizado também o Clube de Revista, trouxe aos ligantes a leitura de artigos, para adquirir novas informações sobre o paciente crítico com a abordagem de um tema bastante relevante para a enfermagem na UTI.

A vivência teórico-prática, constituindo como uma atividade de extensão, dos ligantes foi desenvolvida com a Visita Técnica à UTI do Hospital Regional no município de Arcoverde-PE, onde os discentes tiveram a oportunidade de relacionar teoria e prática ao observar a dinâmica do serviço de enfermagem e melhorar a proximidade com o paciente nos cuidados de enfermagem.

Como parte do rol de atividades realizadas pela LAETI, foi a I Oficina de Introdução a Ventilação Mecânica, desenvolvida com apoio de professores colaboradores, integraram-se experiências enriquecedoras de conhecimento, melhorando o vínculo do aluno com o tema e o despertar do interesse em explorar melhor a área.

As produções científicas, bem como a realização do clube de revista, contribuem significativamente para um melhor desenvolvimento acadêmico e maior inserção no meio científico a ainda acrescentar à literatura, trabalhos que envolvem a qualificação profissional, a enfermagem na UTI e ainda divulgar as experiências vivenciadas pela LAETI e os benefícios da liga acadêmica na graduação.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à importância e aos impactos positivos que as Ligas Acadêmicas proporcionam aos discentes, profissionais colaboradores e demais envolvidos, a implementação da LAETI no IFPE - Campus Pesqueira é de grande benefício para o curso de bacharelado em enfermagem. A liga impulsiona os acadêmicos na busca do conhecimento, maior envolvimento com discentes, profissionais e comunidade. Ao aderir às propostas da LAETI, os discentes buscam maior contato com o ambiente da UTI e experiências teórico-práticas além de um currículo diferenciado, como forma de complementar o que foi adquirido com a graduação.

Através da participação na LAETI, os alunos de IFPE - Campus Pesqueira podem obter uma formação profissional diferenciada, qualificada e completa, além de maior segurança pessoal, que reflete em um profissional capaz de prestar um serviço, integral, humanizado, resolutivo e de qualidade

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Leandro Dias de; MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da. Motivação para Aprender na Formação Superior em Saúde. *Psico-USF, Campinas*, v. 25, n. 2, p. 297- 306, Aug 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8271202000200297&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8271202000200297&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 out. 2020.

AZEVEDO, R. P. DINI, P. S. **Guia para construção de Ligas Acadêmicas**. Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2006. Disponível em: <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=157> Acesso em: 3 de jul 2018.

BACKES, M. T. S. ERDMANN, A. L. BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 23 v. 3 n. p. 411 - 418. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rlae/a/kPPnKt3HqqMjvVhw33WJyBd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 3 jul 2018.

BRASIL, MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017**. Goiás, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895\\_26\\_04\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html) Acesso em: 20 de jul 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO BRASIL. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 3 jul 2018.

CAVALCANTE, A. S. P. et al. As Ligas Acadêmicas na Área da Saúde: Lacunas do Conhecimento na Produção Científica Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42 n. p. 197 - 204. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/k7qRfT6dmKPXk4Rx49TVBQw/abstract/?lang=pt> Acesso em: 4 de jul 2018.

LIMA, M. C.; BATISTA, N. A.; FERREIRA, B. J. Guia de implantação e orientação de rotinas para ligas acadêmicas de estudantes de medicina. 2014. Disponível em: Acesso em: 6 jul 2018

LIMA, M. M. et. al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, 1 v. 22 n. p. 106 - 113. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3DzhHpqTgScDpzMm3syjNRj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 jul 2018.

MIRANDA, Luiz Eduardo Correia et al. Lições aprendidas com a liga acadêmica de cirurgia do aluno: vale a pena? **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 1, e039, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022020000100402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100402&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 out. 2020.

MOITA, F. M. G. S. C. ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista Brasileira de Educação**, 14 v. 41 n. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/gmGjD689HxfJhy5bgykz6qr/abstract/?lang=pt> Acesso em: 8 jul 2018.

PANOBIANCO, M. S. M. S. et al. A contribuição de uma Liga Acadêmica no ensino de graduação em enfermagem. **Rev Rene**, 14 v. 1 n. p. 169 - 178. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3351> Acesso em 8 jul 2018

QUEIROZ, S. J. et al. A importância das ligas acadêmicas na formação profissional e promoção de saúde. **Fragmentos de cultura**, v. especial n.24 p. 73 - 78. 2014. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/3635> Acesso em: 10 de jul 2018.

SANTANA, A.C. D. A. Ligas acadêmicas estudantis. O mérito e a realidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, 45 v. 1 n. p. 96 - 98. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641270> Acesso em: 20 de jul 2018.

SANTOS, M. R. R. S. NAZIAZENO, S. D. S. Relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem frente ao estágio em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, 4 v. 2 n. p. 91 - 100. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4080> Acesso em: 13 jul 2018.

SÍVERES, L. (Org). **A extensão universitária como um princípio de aprendizagem**. Brasília: Liber Livro, 2013. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/view/1946> Acesso em: 4 jul 2018.

SOUSA, A. R. et al. Contribuições de uma liga acadêmica do trauma e emergência para a formação em enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 5 v. especial n. p. 27 - 36. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5558872> Acesso em: 7 julho 2018.

TAMPIERI, C. G. O. RODRIGUES, I. C. G. MESQUITA, J. F. O. A importância do Enfermeiro Trainer no processo admissional do técnico em enfermagem na UTI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, 8 v. 4 n. p. 5 - 15. 2016. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-import%C3%A2ncia-do-Enfermeiro-Trainer-no-processo-do-Tampieri-Rodrigues/0ffd9042342ebb09501f1a4f09486539931ae4ee>. Acesso em: 29 de jul 2018.



YANG, Gabriela Yea-Huey et al. Liga de Anatomia Aplicada (LAA): as Múltiplas Perspectivas sobre Participar de uma Liga Acadêmica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 80-86, mar. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022019000100080&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000100080&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 set. 2020.

## AVALIAÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/02/2022

**Claudilene Fernandes da Silva**

Universidade Federal Fluminense  
Volta Redonda - RJ

<http://lattes.cnpq.br/5367035439261729>

**Ilton Curty Leal Júnior**

Universidade Federal Fluminense  
Volta Redonda - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3016121702515974>

**Christoff Pereira Valério**

Universidade Federal Fluminense  
Volta Redonda - RJ

<http://lattes.cnpq.br/8493374183138624>

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo avaliar o Clima Organizacional no âmbito dos Enfermeiros da Unidade Dom Bosco do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HUUFJF), para conhecer o grau de satisfação dos mesmos, com foco nas melhorias no ambiente laboral e qualidade de vida dos mesmos. Foi realizado um levantamento bibliográfico e posteriormente uma observação dos fatores que impactavam no clima organizacional dos 48 enfermeiros da Unidade. Dos fatores avaliados percebeu-se que, apesar de haver muitos fatores positivos, os pontos negativos ainda causavam impactos, mesmo com implantação de ações de melhoria do clima, podendo notar um grau de insatisfação desses profissionais o que tem causado desmotivação da equipe, especialmente no que tange à falta

de padronização dos processos de Enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Clima Organizacional. Enfermagem. Satisfação. Qualidade de Vida.

### ASSESSMENT OF THE ORGANIZATIONAL CLIMATE OF NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN MINAS GERAIS

**ABSTRACT:** The study aimed to evaluate the Organizational Climate within the Nurses of the Dom Bosco Unit of the University Hospital of Juiz de Fora (HUUFJF), to know their degree of satisfaction, with a focus on improvements in the work environment and quality of life. A bibliographic survey was carried out and later an observation of the factors that impacted the organizational climate of the 48 nurses of the Unit was carried out. From the factors evaluated, it was noticed that, although there were many positive factors, the negative points still caused impacts, even with the implementation of actions to improve the climate, being able to notice a degree of dissatisfaction of these professionals, which has caused demotivation of the team, especially in the regarding the lack of standardization of Nursing processes.

**KEYWORDS:** Organizational Climate. Nursing. Satisfaction. Quality of Life.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, é um hospital vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), considerado referência ao atendimento

de clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo vários municípios da Zona da Mata Mineira, tendo como missão “Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região”. Com a Visão de “ter autonomia na rede de serviços de saúde, como centro de referência para o desenvolvimento regional, formando e capacitando Recursos Humanos, consolidando a pesquisa e prestando assistência humanizada à clientela da região, com qualidade e resolubilidade”. (SITE HU/UFJF, 2017).

A pesquisa de Clima Organizacional é de suma importância na área de recursos humanos, considerando que ela possibilita a obtenção de dados que viabilizam a identificação de nós críticos, possibilitando assim, a adoção de ações corretivas que podem vir a atuar sobre tais causas, proporcionando assim a melhoria no ambiente laboral. (LUZ, 2003).

Há diversos fatores que podem contribuir de forma significativa, tanto positivamente quanto negativamente, para o desenvolvimento do trabalho da equipe, e muitas vezes são relacionados à motivação dos profissionais de saúde, já que a mesma é considerada um dos principais componentes que são afetados pelo clima de trabalho. (MARTINS; COSTA, 2011).

Pelo fato de o ambiente hospitalar ser considerado um ambiente em que o trabalho exercido, na maioria das vezes, é realizado sob uma pressão rotineira, o cuidar da saúde das pessoas é uma atividade que exige um foco maior de atenção, já que qualquer erro pode causar danos fatais aos pacientes. (ABREU et al, 2013).

Conforme a Lei nº 7.489/86 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), (que dispõe sobre a regulamentação do serviço de enfermagem, todas as atividades desenvolvidas por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem deverá ser realizada sob a supervisão do enfermeiro), se faz necessário à presença deste profissional em todos os serviços de saúde.

Nos serviços de saúde, há de forma intrínseca a interação dos profissionais de enfermagem com os usuários e com a Instituição, considerando que este trabalho em equipe é fator primordial na prestação de uma assistência de qualidade e eficaz, assegurando assim a qualidade no atendimento. (MARTINS; COSTA, 2011).

Por ser considerado um indicador de satisfação dos diversos colaboradores, o Clima organizacional pode interferir de forma positiva na qualidade de vida dos profissionais. Neste contexto, pergunta-se como o Clima do Hospital está interferindo na satisfação dos profissionais enfermeiros da unidade Dom Bosco em relação a sua motivação profissional e sua qualidade de vida no trabalho?

Conforme o Plano Diretor Estratégico (PDE, 2019-2022), do HU foi observado “a falta de uma política motivacional derivada de um diagnóstico de Clima Organizacional”, sendo assim, será realizada uma pesquisa com o objetivo de avaliar o Clima Organizacional no âmbito dos Enfermeiros da Unidade Dom Bosco para conhecer o grau de

satisfação dos mesmos, assim como, analisar os resultados alcançados, com a finalidade de alcançar melhorias para o ambiente de trabalho e qualidade de vida.

Este estudo é muito relevante, pois, permitirá a realização de um diagnóstico, o qual dará subsídios para implantação de ações específicas para enfermagem, visando melhorar o clima motivacional no ambiente de trabalho, possibilitando melhoria na qualidade de vida destes profissionais, permitindo aos gestores e aos Recursos Humanos o acompanhamento dos resultados dos indicadores, viabilizando assim intervenções mais assertivas e precisas que poderão minimizar as possíveis insatisfações potencializando os pontos positivos que forem diagnosticados, assim como intervenções para uma comunicação interna mais eficaz e efetiva e os *feedbacks*'s mais detalhados, possibilitando maior integração e envolvimento da comunidade hospitalar, além de reforçar aos gestores a importância desta classe profissional que é muito relevante nas instituições de saúde. Permitirá também, a verificação das necessidades de implantação de ações proporcionando assim um ambiente humano e saudável para se trabalhar, que implicará na melhoria da prestação do serviço aos usuários, indo ao encontro das diretrizes do SUS, que visa um atendimento Integral e Humanizado.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

O Clima organizacional constitui um instrumento eficaz, podendo oferecer informações importantes dentro da instituição, no que se refere à percepção dos colaboradores acerca de seu ambiente de trabalho, possibilitando assim, um diagnóstico interno dos diferentes aspectos da cultura e da realidade da empresa, com informações sobre os pontos positivos e negativos da Instituição relacionados a política de Recursos Humanos, modelo de gestão, comunicação, qualidade de vida, dentre outros.(GONZALES et al, 2011).

O clima organizacional é reflete a realidade da instituição, sendo considerado um conjunto de percepções e sentimentos que os colaboradores têm em relação aos diferentes aspectos do ambiente laboral. (MACHADO e GOULART, 2014).

Para LUZ (2003), o clima ruim, prejudicado ou bom. Segundo ele, o clima é bom, quando nas atitudes há predominância positivas que fornecem ao ambiente laboral um lugar confortável para se trabalhar ou prejudicado, quando alguns fatores dentro deste mesmo ambiente tornam o mesmo negativo e ruim para desenvolver as atividades, causando assim um ambiente desmotivador, afetando diretamente a vida dos trabalhadores.

Conforme dados da Revista Latino Americana de Enfermagem (2013), nos hospitais, que têm a responsabilidade de oferecerem uma assistência de qualidade aos usuários do SUS, a presença do enfermeiro é extremamente importante, devido às peculiaridades do trabalho deste profissional, que é responsável pela equipe técnica de enfermagem, além de assumir o papel de supervisão e liderança.

Partindo deste pressuposto, a avaliação do clima dos profissionais enfermeiros dentro

deste ambiente hospitalar é imprescindível, pois, possibilita aos gestores a elaboração de ações eficazes, que, implicará diretamente em seu bem-estar e sua satisfação.

Nestas instituições de saúde, os enfermeiros desenvolvem diversas atividades que são cada vez mais complexas, buscando atender o atual modelo de gestão. Sendo exigida muita responsabilidade dos mesmos, já que estas atividades muitas vezes são realizadas sob pressão, já que as organizações vêm exigindo cada vez mais a qualificação e aprimoramento deste profissional, sendo necessário que os gestores implementem ações com intuito de capacitá-los, afim de dá-los subsídios para exercer sua profissão com dignidade e respeito, (AGNOL et al, 2013). O reconhecimento e incentivo dos mesmos contribuem diretamente em sua satisfação profissional e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

Conforme Marques (2015), “o melhor ambiente de trabalho é aquele onde os colaboradores sentem-se seguros, valorizados e estimulados para desenvolverem suas atividades”. Constatando que o clima no local de trabalho é um indicador que mostra como é o relacionamento entre o colaborador e a instituição.

A análise do clima possibilita a monitorização dos colaboradores, facilitando assim a elaboração de projetos de intervenção com ações que contemplam melhoria do clima, visando diminuir os problemas existentes. (ABREU, et al, 2013).

A administração do Clima Organizacional é uma estratégia relevante dentro de uma organização no que diz respeito ao trabalho das equipes multiprofissionais, já que pode estabelecer ações concretas que propiciem a qualidade de vida e bem estar dos colaboradores, além de refletir diretamente no atendimento aos usuários. (CHAVES; GUIMARÃES, 2016).

Um bom clima organizacional é imprescindível dentro das instituições e para haver manutenção deste clima, é importante que a instituição adote critérios que favoreçam um ambiente agradável, podendo considerar a pesquisa de clima uma ferramenta indispensável para mensurar o nível da qualidade e satisfação dos colaboradores, mesmo em meio às constantes mudanças no ambiente laboral, detectando e corrigindo os problemas existentes. (REVISTA FAROL, 2016).

A pesquisa de clima é considerada uma ferramenta eficaz e através da mesma, os gestores conseguem adotar medidas que melhore a satisfação dos colaboradores. (SANTOS& VASQUEZ, 2012). Partindo deste pressuposto, é de fundamental importância que a mesma esteja inserida no planejamento estratégico da instituição, contemplando assim diversos fatores que são passíveis de avaliação e de processos de melhoria do clima neste ambiente.

Observa-se que a pesquisa de clima é realizada com o intuito de realizar o diagnóstico da instituição, pois, conhecendo as reais necessidades dos colaboradores, os gestores podem implementar ações com vistas a melhorar o clima, proporcionando segurança dos colaboradores e conseqüentemente satisfação dos mesmos.

Para Pistore (2013), é necessário à implementação de ações que favoreçam a colaboração entre os membros da equipe, assim como a valorização profissional e a promoção de condições ideais para o exercício das atividades.

O clima organizacional está diretamente ligado à qualidade de vida dos profissionais, sendo de fundamental importância que as instituições hospitalares proporcionem um bom clima dentro de seus diversos setores, visando a influenciar de forma positiva o comportamento da equipe. (CHAVES& GUIMARÃES, 2016).

Se faz necessário o investimento dos gestores em ações que buscam à melhoria do ambiente laboral, visto que, com um ambiente saudável, há o aumento da produtividade, da motivação, das relações interpessoais e consequentemente do atendimento ao público. (SOUSA, 2019).

A implantação destas ações se faz necessárias, já que na atualmente, os profissionais buscam cada vez mais o bem estar geral, a satisfação e acima de tudo qualidade de vida no ambiente laboral.

## 2.1 Método

Os dados necessários para desenvolvimento deste trabalho se deu por meio de um levantamento bibliográfico com base em artigos, livros e trabalhos científicos encontrados em consulta eletrônica, dentre outros. Os dados qualitativos foram coletados por meio da observação a respeito do clima organizacional e comparação com o referencial pesquisado. O público alvo da observação foram os 48 enfermeiros assistências lotados na Unidade Dom Bosco do HU/UFJF. Tal sistemática consta fases básicas para análise dos dados. Onde será analisado cada ponto pesquisado na fase bibliográfica e que causam impactos no ambiente de trabalho destes profissionais. Posteriormente será montada uma tabela contendo três colunas, onde constara a os dados observados sobre os pontos citados pelos autores e que causam impactos positivos e negativos no clima organizacional destes enfermeiros. Por fim, fará uma avaliação das ações e seus impactos no clima dos enfermeiros desta unidade.

## 2.2 Resultado

Considerando que na pesquisa, foi usada a forma de observação e comparação com referencial teórico, não foi possível analisar todos os fatores do clima organizacional destes profissionais, já que para uma análise mais fidedigna seria necessário analisar diversos outros fatores que impactam diretamente neste clima, sendo o mais ideal a aplicação de questionários abrangendo todos os aspectos, que de certa forma interfere na satisfação e motivação destes profissionais.

Apesar de não ter conseguido abranger todos os fatores que impactam no clima destes enfermeiros, foi possível identificar que o clima existente na unidade, interfere diretamente na satisfação e motivação destes enfermeiros, considerando que numa

dimensão geral, o índice de insatisfação dos mesmos é claro e perceptível, podendo citar como motivo desencadeador o fato desses profissionais, mesmo sendo da mesma categoria e recebendo o mesmo salário não serem todos coordenados pela Divisão de Enfermagem, tendo assim chefias de outras categorias, fazendo com que, os direitos e deveres não sejam iguais para todos, gerando assim além de insatisfação, muitas vezes até mesmo relações conflitantes entre os colegas de trabalho. Sendo esses alguns aspectos que justificam a adoção urgente de medidas que minimizem essa insatisfação, podendo sugerir a unificação dos processos de enfermagem, assim como a padronização dos serviços.

Nas tabelas abaixo serão expostos os fatores observados e as informações com os pontos citados pelos autores, que impactam no clima organizacional dos enfermeiros da Unidade Dom Bosco do HU/UFJF.

Fatores	Ação da unidade relacionada a estes fatores.	Impacto desta ação no clima da unidade	Autor
Valorização profissional	Implementação do grupo do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.	Constata-se mais segurança do profissional no exercício da profissão, já que é oferecido treinamento com mais frequência, de acordo com necessidades levantadas. Em especial em datas "relevantes" como, por exemplo: mês da Mulher, outubro Rosa, Novembro azul, são realizados eventos especiais.	Gonzalez, et al, 2011.
Motivação profissional	Aplicabilidade das sessões científica de enfermagem.	Atividade que proporciona interação dos profissionais enfermeiros, sendo um momento para realizar trocas de experiências, além de possibilitar uma confraternização dos mesmos;	Gonzalez, et al 2011.
Produtividade	Possibilidade de implementar a consulta de enfermagem nos setores.	Ação que proporciona à enfermagem a mostrar seu conhecimento e suas habilidades, através da Sistematização da assistência.	Machado e Goulart, 2014.
Reconhecimento profissional	Implantação do Projeto Crescer com Competência. Implantação do HU Revista	Ação que de acordo com as metas estabelecidas dá oportunidade de o profissional progredir na carreira, podendo em caso de alcançar as metas, ter aumento salarial de acordo com o tipo de progressão. Incentivar aos profissionais a publicar seus artigos periodicamente.	Agnol, et al, 2013.
Comunicação	Divulgação de notícias através do e-mail Institucional; Implantação do site do HU; Quadro de avisos em diversos setores; Reunião mensal com a coordenação de enfermagem.	Ações que favorecem a efetividade na comunicação, partindo do pressuposto que informação correta traz segurança ao colaborador.	Pistore, 2013

Fatores	Ação da unidade relacionada a estes fatores.	Impacto desta ação no clima da unidade	Autor
Monitorização do clima	Realização de pesquisa de clima para todos colaboradores do HU.	Ação que facilita a implantação de ações mais assertivas nos setores com a participação do próprio colaborador, melhorando assim o clima da equipe.	Abreu, et al, 2013.

Tabela 01: Fatores positivos que geram impactos no clima Organizacional da enfermagem da unidade Dom Bosco do HU/UFJF.

Fonte: Elaborado pelo autor

Fatores	Ação da unidade relacionada a estes fatores	Impacto desta ação no clima da unidade	Autor
Pressão no trabalho	Meios de escolha das chefias Imediatas; Falta de critérios e padronização das Normas Institucionais.	Não existe alinhamento das chefias do organograma, sendo assim, cada chefia adota um critério diferente, especialmente relacionado a escala de trabalho. Faltam "intervenções imediatas" por parte de algumas chefias aos colaboradores que desrespeitam as Normas internas. Ação que gera impacto, considerando que parte da equipe tem chefias diferentes, com isso cada um interpreta as Normas de forma diferente e muitos colaboradores se sentem "prejudicados" em relação ao colega da mesma profissão.	Agnol, 2013
Desmotivação	Falta de unificação das atividades;  Planos de cargos, salários e carreira; Falta de padronização nos processos de enfermagem	Ação que gera desconforto na grande maioria, partindo do pressuposto que a equipe de enfermagem da mesma unidade tem direitos e deveres diferentes de acordo com o setor e ou chefia imediata. O processo de progressão atual, não beneficia todos os colaboradores, seus critérios causam muita insatisfação dos colaboradores; Esta falta de unificação das ações na equipe de enfermagem da mesma unidade, causa diversos transtornos para equipe, já que cada setor adota critérios diferentes para exercer atividades inerentes ao cargo.	Luz, 2003
Ansiedade/ estresse	Falta de <i>Feedback</i> das chefias imediatas; Falta de materiais/ equipamentos necessários para de algumas atividades. Falta de instabilidade no setor de trabalho.	Fato que gera ansiedade devido à morosidade de determinadas solicitações e intervenções. Dificuldade da equipe assistencial, que não consegue desenvolver suas atividades com total qualidade, sendo necessário às vezes a improvisar. Falta de definição clara e transparente no processo de remanejamento interno, que gera muita ansiedade nos colaboradores que estão acostumados em seus postos de trabalho e podem ser transferidos para setores que não têm experiência.	Marques, 2015

Tabela 02: Fatores negativos que geram impactos no clima Organizacional da enfermagem da unidade Bosco do HU/UFJF.

Fonte: Elaborado pelo autor

É possível entender, conforme os fatores supracitados, que o objetivo da pesquisa



foi parcialmente alcançado, tendo em vista que diversos fatores como o estresse, assim como a pressão no trabalho, evidenciam como o clima do HU está conseguindo causar insatisfação dos profissionais enfermeiros, impactando assim em sua motivação profissional e consequentemente em sua qualidade de vida. Porém, foi possível detectar, que apesar dos fatores negativos, ainda é possível notar um bom clima entre os profissionais enfermeiros desta unidade hospitalar, partindo do pressuposto que os fatores positivos sobrepõem os negativos e que a instituição tem trabalhado em prol de implantação de ações efetivas, buscando cada vez mais, alcançar a satisfação destes profissionais. Entendendo assim, que medidas como reconhecimento por parte das chefias, com adoção de medidas que possam valorizar estes profissionais, com vistas a estabelecer critérios claros para um gerenciamento mais participativo, padronização dos processos, são ações que vão contribuir para melhoria do clima destes profissionais na Unidade.

### 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa teórica e da observação, foi possível realizar uma avaliação parcial do Clima Organizacional dos profissionais enfermeiros. A pesquisa apresentou fatores positivos e negativos os quais estão relacionados com o desenvolvimento das atividades diárias destes profissionais, podendo observar que os fatores positivos sobrepõem os negativos. A partir desta análise, foi possível perceber que existe a desmotivação dos profissionais enfermeiros da Unidade Dom Bosco, mostrando que o clima do HU, ainda interfere negativamente na qualidade de vida desses profissionais, mesmo com implantação de ações de melhoria do clima. Um fator relevante que foi observado na execução deste trabalho, foi o fato de conseguir detectar que a maior desmotivação da equipe de enfermagem, se dá principalmente, pela falta de unificação dos processos de enfermagem que tem gerado estresse dos profissionais, assim como as diferentes chefias das equipes, fatores que geram insatisfação devido à falta de igualdade no que tange os direitos e deveres destes profissionais. Essa falta de normatização consegue afetar diretamente a qualidade de vida dos profissionais.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo, possam contribuir para elaboração de estratégias que melhore internamente as relações, a satisfação e o clima desses profissionais. Sugere-se que futuramente haja estudos que consiga abranger todos os colaboradores da instituição e que os mesmos possam ter oportunidade, através de grupos focais, de sugerir as ações a serem implantadas, pois a partir da percepção dos próprios colaboradores, os indicadores mostrarão os problemas que realmente impactam na qualidade de vida e que vão influenciar positivamente no ambiente de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABNT. **Associação Brasileira de Normas Técnicas. Informação e Documentação- Referências- Elaboração.** NBR, 6023, Rio de Janeiro, 2020. Acessível em <file:///C:/Users/user/Downloads/Regra%20da%20ABNT%20-%20NBR6023%20(2).pdf>. Acesso em julho, 2021.

ABREU, et al, 2013. **Análise dos Fatores Intraorganizacionais Influenciadores do Clima Organizacional em um Hospital Universitário.** 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Abreu%20(2013)%20(5).pdf>. Acesso em: novembro de 2021.

AGNOL, et al, 2013. **Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000501172&script=sci\_arttext&tlng=pt> Acesso em novembro de 2021.

COFEN. **Parecer Nº 08/2018/ CTLN.** novembro, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-08-2018-cofen-ctl\_n\_62577.html>. Acesso em: dezembro de 2021.

COSTA; D. T.; MARTINS. M. C. F. **Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico.** Rev.Esc.Enferma USP, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a23>. Acesso em: dezembro de 2021.

CHAVES, J. A; GUIMARÃES. M. G. V. **Análise do clima organizacional em centro cirúrgico de um Hospital Universitário da cidade de Manaus:** Revista Farol- Faculdade Rolim de Moura, agosto, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/25-86-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: dezembro de 2021.

GONZALES, et al, 2011. **Pesquisa de Clima Organizacional: Um estudo em uma Secretaria Municipal de Educação do Estado do Espírito Santo.** Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.12. No 2 (2011) 1. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Gonzalez%20(2011)%20(2).pdf>. Acesso em: dezembro, 2021.

HU-UFJF/EBSERH. **Plano Diretor Estratégico:** A caminho da Excelência. Anexo II- Plano de Ação 2019- 2022.

LUZ; R. S. **Gestão do Clima Organizacional: Proposta de critérios para metodologia de diagnóstico, mensuração e melhoria. Estudo de caso em Organizações nacionais e multinacionais localizadas na cidade do Rio de Janeiro:** Niterói, 2003. Disponível em: <http://paginapessoal.utfrpr.edu.br/leonardotonon/especializacao/arquivos-gerais/Aula%203%20-%20Dissertacao%20Ricardo%20Luz.pdf>. Acesso em dezembro de 2021.

MACHADO; R.Z e GOULART; M. M. **A Pesquisa de Clima como Ferramenta Estratégica de Gestão para Organizações- Um Estudo Comparativo no Ramo da Engenharia Consultiva. Congresso Nacional de Excelência em Gestão,** 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Machado%20e%20Goulart%20(2014)%20(4).pdf>. Acesso em setembro, 2021.

MARQUES; J.R. **Como realizar uma Pesquisa de Clima em uma Organização.** Blog, 12 janeiro, 2016. Disponível em: <https://jrmcoaching.com.br/blog/como-realizar-uma-pesquisa-de-clima-em-uma-organizacao/>. Acesso em outubro, 2021.

PISTORE, G.C. **Pesquisa de Clima Organizacional sob o olhar da Empresa e dos Trabalhadores: Estudo de caso em uma Indústria automobilística da Serra Gaúcha.** UFRGS , Porto Alegre, (2013). Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70387/000877224.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: outubro, 2021.

SANTOS; L.C. VASQUEZ; O.C. **A pesquisa de clima organizacional como instrumento de suporte à avaliação nas instituições de ensino superior.** Avaliação (Campinas) vol.17 no.1 Sorocaba mar. (2012). Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772012000100003&lng=pt&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772012000100003&lng=pt&tng=pt)>. Acesso em novembro, 2021.

SOUSA; F.F. **Pesquisa de Clima Organizacional 2019/2020.** HU-UFJF/EBSERH. Disponível em <[http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufjf/detalhes-das-noticias/-/asset\\_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/4825752/2020-01-comeca-etapa-qualitativa-da-pesquisa-de-clima-organizacional](http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufjf/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/4825752/2020-01-comeca-etapa-qualitativa-da-pesquisa-de-clima-organizacional)>. Acesso em janeiro, 2020.

TEODORO, M. M. A. P. **Manual do TCC: UAB-Revisão**, novembro, 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/Manual%20do%20TCC%20\(vers%C3%A3o%202019.2\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Manual%20do%20TCC%20(vers%C3%A3o%202019.2)%20(1).pdf)>. Acesso em: dezembro de 2019.

ZANELLA, L. C.H. **Metodologia de Estudos e de Pesquisa em Administração.** Módulo Básico. 2ª edição, 2012.

## SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/03/2022

### Terezinha de Fátima Gorreis

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

### Angela Maria Rocha de Oliveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/8441954851577022>

### Rozemy Magda Vieira Gonçalves

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

### Jonathan da Rosa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/8457056896253006>

**RESUMO:** **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática de literatura acerca do sofrimento psíquico e fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em profissionais da enfermagem comparando os dois anos antes e os dois anos da pandemia de Covid-19, comparando os dois períodos. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura com busca definida pelos descritores e operador booleanos: (“*burnout syndrome*” or “*burnout*”) and (“*Nurse*”) and (“*motivation*” or “*driver*”), coletados em outubro de 2021 nas bases de dados Web of Science e PubMed, para publicações entre 2018 e 2021. Foram selecionados, após os

critérios de inclusão e exclusão, 20 artigos que foram avaliados por se relacionarem com o tema: síndrome de *burnout* em profissionais da enfermagem sendo este o critério de inclusão.

**Resultados e Discussão:** Dos 20 artigos selecionados, se destacaram como principais dimensões psicossociais da enfermagem as exigências laborais, a organização e sobrecarga de trabalho, as relações sociais e a liderança, a ansiedade, o medo, o estresse, a exaustão, a ausência de perspectivas relacionada a profissão, a dificuldade nos relacionamentos laborais e familiares, o esgotamento físico, a baixa qualidade do sono, o presenteísmo, a depressão e a interação social comprometida. A pandemia de Covid-19 colocou apenas em evidência os reflexos da situação precária na área da saúde, destacando como principais agravos à saúde mental: a vulnerabilidade, a irritabilidade, o suicídio e o medo frente a uma doença desconhecida. **Conclusão:** A pandemia de Covid-19 fez constatar os reflexos da situação vivenciada na área da saúde, apenas intensificando fatores intrínsecos e já relacionados como vulnerabilidade, irritabilidade, suicídio e medo frente a uma doença desconhecida. Na literatura há muitas propostas para o enfrentamento dos agravos, assim como um déficit de publicações a respeito dos resultados dessas estratégias. Sugerimos que medidas de intervenção psicológica sejam implementadas para minimizar os efeitos dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nos profissionais da enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esgotamento profissional.

## BURNOUT SYNDROME IN NURSING PROFESSIONALS BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT: Objective:** To carry out a systematic review of the literature on psychological distress and factors associated with the development of burnout syndrome in nursing professionals, comparing the two years before and two years during the COVID-19 pandemic and to draw a comparison of the two periods. **Method:** This is a systematic literature review study with a search defined by the Boolean descriptors and operator: ((“burnout syndrome” or “burnout”) and (“Nurse”) and (“motivation” or “driver”)), collected in October 2021 in the Web of Science and PubMed databases between the years 2018 and 2021. After the inclusion and exclusion criteria, 20 articles were selected that were evaluated because they related to the theme: syndrome of burnout in nursing professionals, this being the inclusion criterion.

**Results and Discussion:** Of the 20 selected articles, the main psychosocial dimensions of nursing were the work requirements, the organization and work overload, social relationships and leadership, anxiety, fear, stress, exhaustion, lack of perspectives related to the profession, difficulty in work and family relationships, physical exhaustion, poor sleep quality, presenteeism, depression and compromised social interaction. The COVID-19 pandemic only highlighted the reflexes of the precarious situation in the health area, highlighting as main aggravations to mental health: vulnerability, irritability, suicide and fear in the face of an unknown disease. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic only saw the consequences of the situation experienced in the health area, only intensifying intrinsic and already related factors such as vulnerability, irritability, suicide and fear in the face of an unknown disease caused by COVID-19. In the literature there are many proposals for coping with diseases and a deficit of publications regarding the results of these strategies. We suggest that psychological intervention measures be implemented to minimize the effects of factors that contribute to the development of burnout Syndrome in nursing professionals.

**KEYWORDS:** Burnout. Nurse. Motivation.

## 1 | INTRODUÇÃO

O termo *burnout* significa queima ou combustão total, foi mencionada pela primeira vez em 1974 pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger (GIORGI et al., 2018). Dentre vários autores, a proposta de Maslach na década de 1970 foi a de maior impacto e aceitação acadêmica, definindo-a como uma síndrome de cansaço emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, que pode ocorrer entre indivíduos cujo trabalho que requer maior contato direto com pessoas (RIZO-BAEZA et al., 2018). É conceituada como um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional (DHAINI et al., 2016; GIORGI et al., 2018; RIZO-BAEZA et al., 2018).

A síndrome de *burnout* é uma reação ao estresse ligado ao trabalho que atinge trabalhadores que lidam diretamente com o sofrimento humano. É o ponto mais elevado do

estresse profissional e está relacionado com as desordens emocionais, físicas e mentais. É um problema de saúde pública que atinge profissionais de serviços, principalmente aqueles voltados para atividades de cuidados com o outro, no qual a oferta do cuidado ou serviço frequentemente ocorre em situações de mudanças emocionais, e neste quesito se enquadra os profissionais enfermeiros, médicos e fisioterapeutas (TIRONI et al., 2016; SANTOS; SOBRINHO; BARBOSA, 2017).

Como a síndrome não exige notificação compulsória, o Ministério da Saúde não consegue contabilizar com precisão o número de brasileiros que são afetados por ela. Uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association (ISMA-BR) em 2018, calcula que 32% dos trabalhadores no país padecem dela – seriam mais de 33 milhões de pessoas. Em um *ranking* de oito países, os brasileiros estão na frente dos chineses e americanos, só ficando atrás dos japoneses, com 70% da população atingida. Enfermeiros, médicos, professores e policiais estão entre as profissões mais atingidas por ela (OPAS, 2019).

As características estressantes do trabalho psicossocial têm efeitos negativos nos comportamentos, atitudes e saúde psicológica dos enfermeiros (DHAINI et al., 2016). De fato, pesquisas anteriores mostraram consensualmente que ambientes de trabalho altamente exigentes estavam associados a maior exaustão emocional (RIZO-BAEZA et al., 2018) e presenteísmo (MIRAGLIA; JOHNS, 2016). No entanto, o presenteísmo dos enfermeiros (assistir ao trabalho enquanto doente) é uma questão importante a considerar, pois teve efeitos deletérios na saúde mental e física subsequente (MIRAGLIA; JOHNS, 2016). Além disso, estudos anteriores descobriram que os enfermeiros podem sofrer gravemente de *burnout* (RIZO-BAEZA et al., 2018); no entanto, o desgaste dos enfermeiros está associado a resultados prejudiciais, como erros de medicação, baixa qualidade de atendimento e quedas de pacientes (NANTSUPAWAT et al., 2016).

De uma maneira mais geral, a influência das demandas de trabalho sobre os prejuízos psicológicos à saúde e os comportamentos organizacionais de risco têm recebido atenção na literatura nos últimos anos (DEMEROUTI et al., 2017). Especificamente, investigações anteriores enfatizaram que o sono é particularmente importante no processo de recuperação (CROPLEY et al., 2016), e que as demandas de emprego estavam negativamente relacionadas à qualidade do sono (HÜLSHEGER; WALKOWIAK; THOMMES, 2018).

Verificou-se também que a qualidade do sono se relaciona negativamente com a exaustão emocional (GIORGI et al., 2018) e o presenteísmo (GUERTLER et al., 2018). Da mesma forma, pesquisas anteriores demonstraram que as demandas de emprego estavam associadas a níveis mais baixos de relaxamento (MOLINO et al., 2015), que é uma experiência crítica de recuperação (SONNENTAG; FRITZ, 2017). O relaxamento implica que, durante as horas de folga, os enfermeiros se abstêm de participar de atividades que explorariam os sistemas funcionais ou recursos pessoais que eles já exercem pressão no trabalho. O relaxamento implica uma sensação de paz, de calma e se manifesta como baixa

ativação e como efeito positivo aprimorado (SONNENTAG; FRITZ, 2017). O relaxamento está negativamente relacionado à exaustão emocional (XANTHOPOULOU et al., 2018) e presenteísmo (VAN SCHEPPINGEN et al., 2018).

Porém, apesar da gravidade, tudo o que envolve quando um profissional enfermeiro sofre a síndrome de *burnout*, é uma condição que ainda recebe menos atenção dos pesquisadores, pois é um assunto pouco estudado. Visto que na literatura não há estudos referenciando sobre afastamentos pela doença na categoria enfermeiros. Assim, cada vez mais tem-se estabelecido a relação causal de baixa qualidade da saúde e da prestação de serviço às condições em que o profissional é exposto no trabalho, com grande implicação na saúde física e mental dos profissionais enfermeiros.

Há uma necessidade de estudos de revisão dos processos de trabalho, interferindo em sua dinâmica e reduzindo os fatores preditores que levam ao aparecimento dessa doença. Tendo em vista que os temas referentes a síndrome de *burnout* são mais encontrados em pesquisas relacionadas à área da psicologia e o número de pesquisas na enfermagem é pequeno. Isso torna este trabalho uma possibilidade de fortalecimento da produção de conhecimento na área da enfermagem.

A escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos profissionais da enfermagem dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador (OPAS, 2021). Levando em consideração que as condições de trabalho e as circunstâncias pelas quais a atividade laboral da enfermagem é desenvolvido e envolvem a exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos, biológicos e psicológicos, então perguntamos: quais são os fatores preditores e associados de sintomas de *burnout* em profissionais de enfermagem antes e durante a pandemia de Covid-19? Este estudo poderá compreender melhor e elucidar alguns dos problemas enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem, permitindo a proposição de intervenções e busca de soluções.

Não há dados precisos sobre a incidência de síndrome de *burnout*, mas estima-se que varie de aproximadamente 4% a 85,7%, a depender da população estudada, e no Brasil não há ainda muitas publicações sobre o tema, o que aponta a importância da presente pesquisa, tendo em vista o impacto do adoecimento de profissionais da enfermagem, além do impacto na saúde sobre o bem-estar das pessoas atendidas, trazendo consequências sociais, pessoais e institucionais (JARRUCHE; MUCCI, 2021).

Portanto, com base no grau de importância e relevância do tema, o presente artigo tem por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura acerca do sofrimento psíquico e fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em profissionais da enfermagem, comparando os períodos de 2018 e 2019, dois anos antes da pandemia de Covid-19, e o período de 2020 e 2021, dois anos durante a pandemia, e traçar um comparativo dos dois períodos pesquisados.

## 2 | MÉTODO

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura de artigos científicos, de análise qualitativa e quantitativa da literatura pesquisada. A revisão bibliográfica é um método científico, o qual compila diversos estudos, os quais podem ser selecionados aqueles mais relacionados ao tema abordado na pesquisa, utilizando-se critérios de inclusão e exclusão. É uma forma de oferecer novos *insights* e identificação de possíveis lacunas ou necessidades de estudos adicionais. Nessa abordagem, o papel dos pesquisadores é mais explícito, reduzindo assim a influência de opiniões e intuição.

Para a pesquisa na PubMed, foram empregados os termos indexados no Medical Subject Heading Terms (MeSH Terms) desenvolvido pela U. S. National Library of Medicine (NCBI), que é utilizado como método de controle de vocabulário tanto para resumos presentes na base MedLine, quanto para os presentes unicamente na PubMed.

Somando-se as duas bases de dados pesquisadas da PubMed, que abrange buscas de acesso livre à base de dados MedLine e Institute for Scientific Information/Thomson Scientific (ISI/Thomson), interface Web of Science, a procura através do acesso às bibliotecas (OMINIS), para verificar a consistência das informações, utilizando-se das mesmas combinações booleanas, foram feitas buscas na base bibliográfica Web of Science.

Dentro dos levantamentos de estudos nacionais e internacionais, foram encontrados um total de 65 documentos, sendo 24 artigos internacionais publicados na Web of Science e 42 artigos publicados na PubMed, através dos descritores e operador booleanos: ((*“burnout syndrome”* or *“burnout”*) and (*“Nurse”*) and (*“motivation”* or *“driver”*)), publicados no período entre 2018 e 2021.

O intervalo de tempo de quatro anos mostrou adequadamente as várias discussões que ocorreram nos periódicos selecionados acerca do sofrimento psíquico e fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem entre 2018 e 2019, percorrendo o período de dois anos pré-pandêmico e, 2020 e 2021, sendo estes últimos os dois primeiros anos da pandemia de Covid-19, e traçar um comparativo dos dois períodos pesquisados.

Com base nesta seleção, uma pesquisa sistemática foi conduzida usando os seguintes critérios: um ou alguns dos termos tiveram que ser mencionados no título dos artigos. Criteriosamente, os termos *“burnout syndrome”* or *“burnout”*, *“nurse”* foram encontrados no título dos estudos pesquisados. Já *“motivation”* or *“driver”* foram encontrados nos resumos, contexto ou tópico dos artigos selecionados.

Com base neste método, um total de 20 artigos atenderam os critérios de pesquisa e foram selecionados como base para a análise final. Sendo 10 artigos escolhidos que atenderam o período entre 2018 e 2019, e 10 artigos do período entre 2020 e 2021.

Alguns dos artigos selecionados dentre os 65 não preenchiam critérios para o estudo em questão, por não relacionarem o tema síndrome de *burnout* a profissionais da



enfermagem, sendo um critério de exclusão. Alguns dos estudos citavam apenas saúde mental em profissionais de saúde, o que não se encaixa de maneira adequada no presente estudo, sendo outro critério de exclusão.

Das 65 publicações encontradas, 45 foram excluídas por não tratarem de estudos que avaliavam a síndrome de *burnout* na enfermagem, dois por serem pesquisa teórica, dois artigos por estarem redigidos em outros idiomas, quatro artigos duplicados, cinco com base na categoria e tipo de fonte, oito com base no título, 12 não avaliava *burnout* em enfermeiros, sete publicações com base no resumo e cinco com base no texto completo. Assim, da totalidade resultaram 20 estudos.

Para melhor compreensão e análise, os 20 artigos foram organizados por meio de uma planilha eletrônica, de acordo com um protocolo que avaliou oito categorias: título do artigo, revista e ano de publicação, local de realização da pesquisa, objetivo do estudo, delineamento do estudo, tipo de amostra, instrumentos secundários utilizados e resultados, o que permitiu obter um panorama e um comparativo detalhado da produção científica internacional sobre a síndrome em enfermeiros.

Destes, 10 artigos são datados de dois anos antes da pandemia (2018 a 2019) e 10 artigos dos dois primeiros anos da pandemia (2020 a 2021).

No processo de elaboração desta revisão, após leitura prévia dos artigos e do *checklist*, foram seguidas as diretrizes dos principais itens para elaborar revisões sistemáticas, sendo utilizado os padrões do Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009). O método PRISMA visa atender a vários avanços conceituais e práticos na ciência das revisões sistemáticas, além de se tornar extremamente importante na assistência à saúde (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

Foram escolhidos aqueles com maior relevância em relação ao tema: síndrome de *burnout*, saúde mental, Covid-19 e esgotamento laboral entre os profissionais da enfermagem. A Figura 1 ilustra os passos adotados para o processo de seleção e análise dos artigos.

## Processo de seleção de literatura

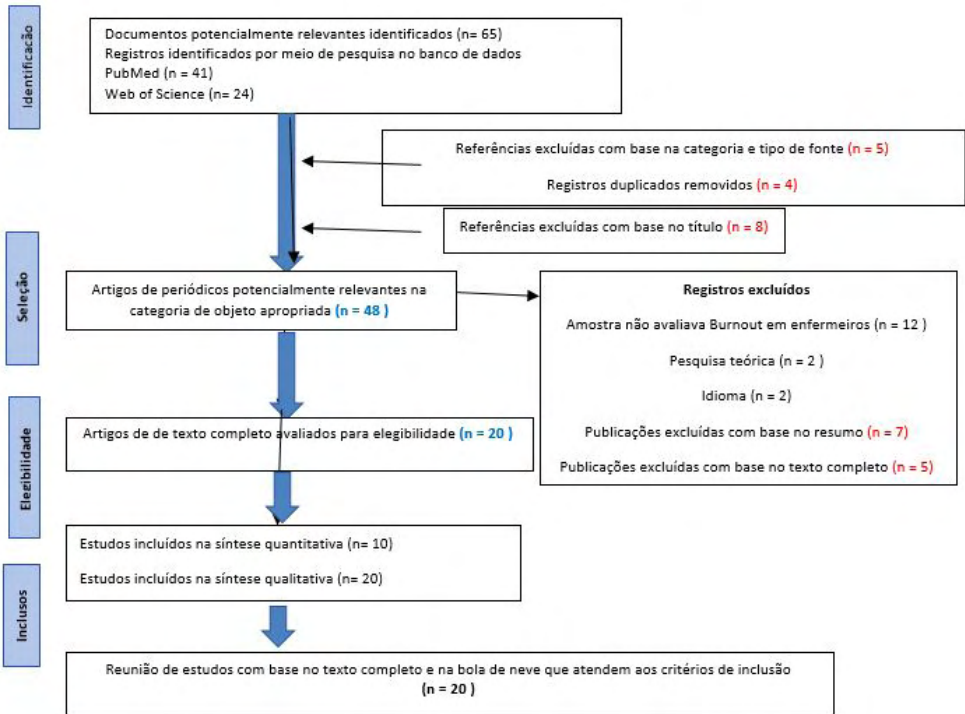


Figura 1 – Sistemática de busca através do PRISMA

Fonte: elaborado pelos autores

O Quadro 1 apresenta os resultados obtidos de acordo com as categorias de análise. O *corpus* foi classificado de acordo com o tipo de estudo, instrumentos utilizados, tamanho da amostra, local de pesquisa e formação dos autores, título do artigo, autores, revista e ano de publicação, local de realização da pesquisa, objetivo do estudo, delineamento do estudo, tipo de amostra, instrumentos secundários utilizados e resultados.

Título do artigo/ Autores	Revista/ ano de publicação/ País	Objetivo	Delimitação/ Método	Amostra/ Tipo	Instrumentos	Características/ Variáveis estudadas	Conclusão	Área de conhecimento	Principais resultados	Pesquisas Futuras
- <i>Association between culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals.</i> - Garcia, Bezerra, Ramos, Oliveira e Abreu.	- PLoS One. - 2019 - Região Metropolitana do Cariri, Nordeste do Brasil	Analisar a relação entre cultura de segurança do paciente e <i>burnout</i> em hospitais pediátricos.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.	148 profissionais de saúde que atuavam diretamente no hospital pediátrico, a maioria do sexo feminino (86,5%).	Questionário Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), e para avaliar a ocorrência de <i>burnout</i> , optou-se pelo Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach (MBI)	Despersonalização, esgotamento emocional e baixa realização profissional.	44 unidades de terapia intensiva neonatal, em que as unidades com maior prevalência de <i>burnout</i> apresentaram menor clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação, percepção da gestão e condições de trabalho.	Enfermagem	- O clima organizacional é o principal determinante do <i>burnout</i> , principalmente no que se refere ao "trabalho em equipe entre enfermeiras". Uma gestão organizada pode promover o bem-estar psicológico dos profissionais e a assistência segura aos pacientes.	Não possui.
- <i>An examination of the correlation between nurses' organizational trust and burnout levels.</i> - Özgür e Tektaş.	- Applied Nursing Research. - 2018 - Turquia	Investigar a relação entre a confiança organizacional dos enfermeiros e o nível de <i>burnout</i> .	- Estudo descritivo e relacional realizado em um hospital universitário. - Quantitativo.	155 enfermeiras que aceitaram participar.	Formulário de Informações de Identificação, Inventário de Confiança Organizacional e MBI. Os dados foram analisados com números, porcentagem, desvio padrão médio, análise de correlação de Spearman e regressão linear múltipla.	Estuda a relação entre a confiança organizacional dos enfermeiros e o nível de <i>burnout</i> .	Foi encontrada uma relação negativa, muito fraca e estatisticamente significativa entre nível de exaustão emocional e confiança no nível do empregador. As dimensões da escala de confiança organizacional foram preditoras de todas as dimensões da escala de <i>burnout</i> .	Enfermagem	Existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de confiança organizacional dos enfermeiros e o nível de <i>burnout</i> . Além disso, a confiança organizacional foi um preditor significativo de exaustão emocional, despersonalização e redução do nível de realização pessoal.	Não possui.

<p>- <i>Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis.</i> - Monsalve-Reyes, San Luis-Costas, Gómez-Urquiza, Albendín-García, Aguayo e Cañadas-De la Fuente.</p>	<p>-BMC Fam Pract. - 2018 - EUA</p>	<p>Estimar a prevalência de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal em enfermeiros da atenção primária.</p>	<p>Meta-análise. Pesquisamos as bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus, SciELO, Proquest, CUIDEN e LILACS, até setembro de 2017, para identificar estudos transversais avaliando <i>burnout</i> em enfermeiras da atenção primária com o MBI. A busca foi feita em setembro de 2017.</p>	<p>n=8 estudos foram incluídos na metanálise, representando uma amostra total de n=1110 enfermeiros da atenção primária. A prevalência de exaustão emocional elevada foi de 28% (intervalo de confiança de 95%=22-34%), a despersonalização elevada foi de 15% (intervalo de confiança de 95%=9-23%) e 31% (intervalo de confiança de 95%=6-66%) para baixa realização pessoal.</p>	<p>MBI</p>	<p><i>Burnout</i>; epidemiologia na enfermagem; prevalência; despersonalização, esgotamento emocional.</p>	<p>Problemas como exaustão emocional e baixa realização pessoal e despersonalização são muito comuns entre os enfermeiros. Enfermeiros de cuidados primários são um grupo de risco de <i>burnout</i>.</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>A síndrome de <i>burnout</i> é um problema significativo para os profissionais de enfermagem. Porém, a unidade de atuação do enfermeiro pode influenciar no desenvolvimento do <i>burnout</i>.</p>	<p>Não possui.</p>
<p>- <i>Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings.</i> - Mazur, Czarkowska, Goś e Humeniuk.</p>	<p>-Ann Agric Environ Med. - 2018 - Polônia</p>	<p>Examinar quais atitudes existenciais determinam o <i>burnout</i> em enfermeiros empregados em serviços de saúde primários rurais na Polônia.</p>	<p>Life Attitude Profile - Revised (LAP-R) adaptado por R. Klamut; e The Link Burnout Questionnaire (LBQ) adaptado por A. Jaworowska foram usados na pesquisa.</p>	<p>120 enfermeiras empregadas em ambientes rurais de saúde primária na Polônia</p>	<p><i>Questionnaire</i> (LBQ) adaptado por A. Jaworowska foram usados na pesquisa.</p>	<p>Prevenção de doenças ocupacionais.</p>	<p>As análises realizadas comprovaram que algumas atitudes existenciais são preditivas de <i>burnout</i> em enfermeiros da zona rural. Os resultados da pesquisa podem ser aplicados no desenvolvimento de programas de prevenção e auxílio para melhorar a qualidade do desempenho pessoal e profissional do enfermeiro.</p>	<p>Medicina</p>	<p>Quanto mais forte a crença dos enfermeiros pesquisados em relação aos objetivos de vida que possuem e quanto mais coerentes internamente, menor o esgotamento psicofísico que experimentam. Esgotamento psicofísico cresce com o aumento da necessidade de mudanças na vida.</p>	<p>Pode-se supor que as atitudes de vida também determinam o <i>burnout</i>, entendido como uma síndrome de sintomas psicológicos que ocorrem em pessoas profissionalmente ativas devido ao estresse ocupacional crônico.</p>

										A sensação de ineficácia profissional diminui à medida que se fortalece a crença dos enfermeiros de que possuem objetivos de vida.	
- <i>Burnout and Resilience Among Neurosciences Critical Care Unit Staff. Neurocrit Care.</i> - Purvis; Neurocritical Care and Chaplaincy Study Group e Saylor.	- Neurocrit Care. - 2019 - EUA	Caracterizar a resiliência e o <i>burnout</i> em profissionais enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva em neurociências de saúde.	Estudo transversal, quantitativo.	65enfermeiras foram incluídas na análise final.	A pesquisa avaliou o <i>burnout</i> usando o MBI, e a resiliência usando a Escala de Resiliência Connor-Davidson de dez perguntas (CD-RISC 10).	Avaliou o desgaste e a resiliência da equipe de enfermeiros - exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal	-	Neurociência, medicina.	Aqueles que trabalham mais tempo na unidade de neurociência demonstraram estarem mais propensas a experimentar exaustão emocional.	Não possui.	
- <i>Age and burnout syndrome in nursing professionals: moderating role of emotion-focused coping.</i> - Mefoh, Ude e Chukwuorji.	- Psychol Health Med. - 2019 - Nigéria	Examinar a associação entre a idade e as três dimensões do <i>burnout</i> (exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal), que dependem da extensão do uso pelos profissionais de enfermagem da estratégia de enfrentamento focada na emoção.	Estudo quantitativo.	283 enfermeiras pesquisadas.	Pesquisas semiestruturadas, medidas de autorrelato de variáveis relevantes - MBI, Human Services Survey (MBI-HSS) (MASLACH; JACKSON, 1981)	Exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal.	-	Psicologia, medicina.	A idade pode estar associada à redução da sensação de realização no trabalho entre os profissionais de enfermagem.	Não possui.	

<p><i>Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study.</i></p>	<p>-Psychooncology - 2018 - Europa, EUA</p>	<p>Determinar a prevalência de altos níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixa realização pessoal em profissionais de enfermagem em serviços de oncologia.</p>	<p>Estudo meta-analítico, quantitativo, composto por estudos primários quantitativos com dados independentes sobre a prevalência de, pelo menos, uma das três dimensões de <i>burnout</i> (exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal), medida por meio do MBI em enfermeiras oncológicas, e publicado em inglês, espanhol ou português, sem restrição de data de publicação.</p>	<p>–</p>	<p>–</p>	<p>–</p>	<p>Existem muitos enfermeiros oncológicos com exaustão emocional e baixos níveis de realização pessoal. A presença e o risco de esgotamento entre esses funcionários são consideráveis.</p>	<p>Psicologonologia</p>	<p>Sugere programas de orientação para profissionais de saúde ou criação de reuniões de grupo para melhorar a comunicação. O apoio entre os profissionais também mostrou resultados positivos na redução e prevenção do <i>burnout</i> de enfermagem.</p>	<p>Conduzir um estudo longitudinal para determinar quais variáveis, como fatores de personalidade, afetam mais fortemente o início da síndrome.</p>
<p>- Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: a meta-analytic study. - Cañadas, Gómez ujl et al.</p>	<p>- Int J Environ Res Public Health. - 2018 - Europa</p>	<p>Avaliar o impacto de gênero, estado civil e filhos nas dimensões da síndrome de <i>burnout</i> em profissionais de enfermagem, medido pelo MBI</p>	<p><i>A Meta-Analytic Study</i> MBI; esgotamento; meta-análise; enfermeiras; fatores de risco sociodemográficos.</p>	<p>A amostra era n=78 estudos: 57 estudos por gênero; 32 para estado civil; 13 por ter filhos. A amostra foi de n=78 estudos. Quanto à procedência dos estudos, 44% foram feitos na Europa, 34% na América e 22% na Ásia. 93% dos estudos eram observacionais e 88% eram artigos de periódicos, enquanto 12% eram teses de doutorado.</p>	<p><i>The search was performed in May 2018 in the next databases: CINAHL, CUIDEN, Dialnet, Psycodoc, ProQuest Platform, OVID Platform, and Scopus with the search equation ("Maslach Burnout Inventory" or "MBI") and "nurse", without using any search restriction.</i></p>	<p>- Esgotamento; enfermeiras; fatores de risco sociodemográficos - <i>Burnout</i>;</p>	<p>Os resultados mostraram que as relações podem ser acentuadas pela influência das variáveis moderadoras (idade, antiguidade, satisfação no trabalho, etc.), que, em combinação com as relações significativas anteriormente mencionadas, devem ser avaliadas no desenho de perfis de risco de <i>burnout</i> para profissionais de enfermagem.</p>	<p>Saúde pública.</p>	<p>Ser do sexo masculino, ser solteiro ou divorciado e não ter filhos parece estar relacionado a níveis mais elevados de <i>burnout</i> nos profissionais de enfermagem.</p>	<p>Identificar perfis de risco para <i>burnout</i> em profissionais de enfermagem ajudaria a implementar programas de prevenção, como maior apoio de grupos de apoio de enfermeiras que desempenham trabalhos mais ligados com o sofrimento humano e correm maior risco de</p>

				27% dos estudos foram publicados em 2010, 2012 e 2013. Quanto ao método de amostragem, 91% utilizaram amostragem por conveniência.						desenvolver <i>burnout</i> . Assim, algumas de suas consequências mais graves poderiam ser evitadas.
- <i>Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey.</i> - Piko.	- Int J Nurs Stud. - 2018 - Dois grandes hospitais em Szeged, Hungria	Investigar as inter-relações entre <i>burnout</i> , conflito de papéis e satisfação no trabalho em uma amostra de profissionais de saúde húngaros. O estudo também investigou como esses indicadores do clima psicossocial de trabalho influenciam a frequência de sintomas psicossomáticos dos entrevistados.	<i>Questionnaire survey.</i>	450 questionários foram distribuídos a profissionais de saúde, dos quais 55,7% eram enfermeiros.	MBI	Esgotamento, satisfação no trabalho, conflito de papéis e sintomas psicossomáticos.	Os resultados do estudo sublinham a importância do papel do ambiente de trabalho psicossocial e as inter-relações entre <i>burnout</i> , conflito de papéis, satisfação no trabalho e saúde psicossomática entre os profissionais de saúde húngaros.	Enfermagem	Achados mostram que os escores de exaustão emocional e despersonalização foram maiores, enquanto os escores de realização pessoal foram menores em comparação com amostras canadenses, norueguesas ou americanas. O <i>burnout</i> , particularmente a exaustão emocional ( $p < 0,001$ ), mostrou estar fortemente relacionado à insatisfação no trabalho.	Não possui.

<p>- <i>Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review.</i> - Friganović, Selić, Ilić e Sedić.</p>	<p>- Psychiatr Danub. - 2019 - Croácia</p>	<p>Realizar uma análise sistemática da literatura relacionada ao estresse dos enfermeiros e à incidência da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros de terapia intensiva e determinar a pesquisa de associações entre mecanismos de enfrentamento e satisfação no trabalho em um lado e <i>burnout</i> do outro lado.</p>	<p>Revisão sistemática de literatura.</p>	<p>Qualitativo e quantitativo. 786 estudos sobre <i>burnout</i> e sua associação com diferentes variáveis. Na conclusão, foram incluídos 24 estudos de desenho quantitativo, 22 estudos transversais, dois estudos longitudinais e cinco projetos qualitativos.</p>	<p>MBI</p>	<p><i>Burnout</i>, mecanismos de enfrentamento, satisfação no trabalho dos enfermeiros, incidência de síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiras.</p>	<p>Embora o <i>burnout</i> seja um problema de saúde pública baseado em evidências, ainda não existe uma abordagem sistemática para a prevenção. Atividades para reduzir o estresse e a incidência devem ser fornecidas aos enfermeiros, especialmente aqueles em cargos muito exigentes. A incidência de <i>burnout</i> tem forte influência na qualidade dos cuidados de saúde prestados e deve ser mais abordado nas instituições de saúde.</p>	<p>Medicina, psiquiatria.</p>	<p>Ainda permanecem questões em aberto sobre o <i>burnout</i> e as associações entre as variáveis consideradas.</p>	<p>Necessidade de mais investigação nesta área. Os hospitais devem ter programas de prevenção para seus funcionários e por meio dessas atividades reduzirem as licenças médicas e a intenção de abandono da profissão.</p>
<p><i>The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses.</i>  Danaci e Koç.</p>	<p>- Nurs Ethics. - 2020 - Turquia</p>	<p>Determinar a associação da satisfação no trabalho e <i>burnout</i> com percepções de cuidado individualizado em enfermeiras que trabalham em um hospital universitário localizado na região do Mar Negro, norte da Turquia.</p>	<p>Quantitativo e qualitativo. <i>Questionnaire survey.</i></p>	<p>-</p>	<p>MBI</p>	<p>- Dimensões do <i>burnout</i>. Áreas de atuação profissional. <i>Burnout</i>; cuidado individualizado; satisfação no trabalho; enfermagem.</p>	<p>As pontuações da subescala de dessensibilização e realização pessoal do MBI aumentaram à medida que a pontuação total da versão do enfermeiro da escala de cuidados individualizados-B diminuiu.</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>Fatores associados à percepção individualizada do cuidado do enfermeiro e fatores relacionados à vida pessoal e profissional devem ser considerados. Enfermeiros administrativos possuem menor propensão ao <i>burnout</i> e têm maior satisfação no trabalho por não lidarem diretamente com o sofrimento humano.</p>	<p>Não possui.</p>



<p>- <i>A Multi-center Investigation of Caring Behaviors and Burnout Among Oncology Nurses in China.</i> - Shen, Wang e Qiang.</p>	<p>- Cancer Nurs. - 2020 - China</p>	<p>Investigar a situação de <i>burnout</i> e os comportamentos de cuidado de cuidado entre enfermeiros oncológicos na China. Examinar a relação entre eles e identificar os fatores que afetam os comportamentos de cuidado.</p>	<p>Transversal descritivo, quantitativa e qualitativa. <i>Questionnaire survey.</i></p>	<p>3100 enfermeiras oncológicas foram convidadas a participar; 3.014 questionários válidos foram devolvidos. Os percentuais de enfermeiros oncológicos que experimentaram altos níveis de exaustão emocional, despersonalização ou diminuição da realização pessoal foram 30,16%, 19,97% e 47,28%, respectivamente. Caring Behavior Inventory e MBI. Estatísticas descritivas, testes t de amostras independentes ou análise de variância unilateral, análises de correlação de Pearson e análises de regressão múltipla foram aplicadas.</p>	<p>Caring Behavior Inventory e MBI. Um estudo multicêntrico de abrangência nacional foi realizado em seis hospitais públicos oncológicos em junho de 2016. Os dados foram coletados por meio de um questionário <i>online</i> com instrumentos de um questionário sociodemográfico e de características ocupacionais. Estatísticas descritivas, testes t de amostras independentes ou análise de variância unilateral, análises de correlação de Pearson e análises de regressão múltipla foram aplicadas.</p>	<p><i>Burnout</i>, cuidado individualizado; Examinar a relação entre eles e identificar os fatores que afetam os comportamentos de cuidado.</p>	<p><i>Burnout</i>, preocupação com a família e graduação original em enfermagem estiveram negativamente relacionados aos comportamentos de cuidado dos enfermeiros oncológicos.</p>	<p>–</p>	<p>São necessárias iniciativas em enfermagem oncológica na China que enfoquem a melhoria do esgotamento profissional e enfatizem os cuidados de enfermagem oncológica humanística, como fatores pessoais de enfermeiras cuidadoras, criando um ambiente de trabalho harmonioso, fortalecendo as habilidades de enfrentamento e construindo uma cultura organizacional de cuidado.</p>	<p>Não possui.</p>
--	--	--	---	---	--	---	---	----------	---	--------------------

<p>- <i>Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis.</i> - Nabizada-Gharghozar, Adib-Hajbaghery e Bolandianbafghi.</p>	<p>- J Caring Sci. - 2020 - Turquia, Isfahan, Irã</p>	<p>Analisar o conceito de <i>burnout</i> ocupacional do enfermeiro.</p>	<p>Quantitativa e qualitativa; <i>Questionnaire survey.</i></p>	<p>12 entrevistas semiestruturadas com análise temática. Na fase analítica final, os resultados da primeira e da segunda fases foram combinados.</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas usando modelo híbrido trifásico.</p>	<p><i>Concept analysis; Job Burnout.</i></p>	<p>O esgotamento profissional pode ser definido como "um estado de exaustão física, mental, emocional e social resultante dos efeitos negativos do estresse ocupacional não gerenciado e suporte administrativo e social inadequado, o que reduz o interesse e a motivação para o trabalho afetam a qualidade do cuidado e resultam em atitudes e comportamentos negativos em relação a si mesmo, aos clientes e ao trabalho.</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>Fornecer uma compreensão aprofundada do conceito de esgotamento profissional no contexto da enfermagem iraniana.</p>	<p>Os gerentes precisam desenvolver estratégias para a prevenção e gestão do esgotamento profissional com base em seus fatores contribuintes.</p>
<p>- <i>Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the Covid-19 health crisis in Spain.</i> - Ruiz-Fernández, Ramos-Pichardo, Ibáñez-Masero, Cabrera-Troya, Carmona-Rega e Ortega-Galán.</p>	<p>- J Clin Nurs. - 2020 - Espanha</p>	<p>Avaliar a fadiga da compaixão, o esgotamento por <i>burnout</i>, a satisfação da compaixão e o estresse percebido em profissionais de saúde durante a crise de saúde da doença Covid-19 na Espanha.</p>	<p>Transversal descritivo, quantitativa e qualitativa; <i>Questionnaire survey.</i></p>	<p>Responderam ao questionário 587 profissionais, dos quais 506 eram elegíveis</p>	<p>Questionário de autorrelato composto por 30 itens classificados em uma escala Likert de seis pontos (variando de 0=nunca a 5=sempre).</p>	<p>Esgotamento profissional; estresse durante a crise de Covid-19; <i>burnout</i> em profissionais enfermeiros.</p>	<p>Em uma situação de crise de saúde, os níveis de fadiga da compaixão e esgotamento permanecem semelhantes aos relatados em estudos anteriores à crise. Os níveis de satisfação com compaixão melhoram, especialmente entre os enfermeiros.</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>Independente dessa situação de crise, intervenções de longo prazo são necessárias para melhorar as habilidades de enfrentamento ao <i>burnout</i> entre os profissionais de saúde. Maior visibilidade dos enfermeiros; sua motivação para aliviar o sofrimento e o reconhecimento social podem influenciar nos níveis de satisfação dos enfermeiros.</p>	<p>Promover atendimento psicológico e aconselhamento ético para as equipes de saúde e, em última instância, fortalecer um sistema público de saúde que seja seguro para pacientes e profissionais da área.</p>

<p>- <i>Burnout syndrome: a preliminary study of a population of nurses in Italian prisons.</i></p> <p>- Petrelli, Cangelosi, Scuri, Davidici, Lavoragna, Debernardi, Benni, Veprini, Nguyen, Caraffa e Grappa-sonni.</p>	<p>- Clin Ter. - 2020 - Itália</p>	<p>Análise do nível de <i>burnout</i> em 12 enfermeiras que atuam em duas prisões italianas.</p>	<p>Qualitativa</p>		<p>MBI. Para explorar possíveis correlações entre as três dimensões do MBI e variáveis como idade, anos de serviço em geral e anos de serviço nas prisões, foi realizada regressão múltipla baseada no método dos mínimos quadrados ordinários.</p>	<p>Dimensões de <i>burnout</i>; variáveis individuais; variáveis laborais</p>	<p><i>Burnout</i> é um conjunto de manifestações psicológicas que afetam principalmente os profissionais de saúde. Mais da metade da amostra trabalhou de 0 a 10 anos em prisões (58,4%), e apenas um entrevistado o fez entre 21 e 30 anos (8,3%). Os dados indicam que os maiores níveis de <i>burnout</i> dizem respeito à dimensão "despessoalização" (66,7%) e "realização pessoal" (41,6%). O esgotamento emocional dos enfermeiros na realização do seu trabalho diminuiu com o aumento da variável independente "realização pessoal" (p-valor 0,0361) e aumentou com o aumento da variável idade (p-valor 0,0117).</p>	<p>Medicina, clínica médica.</p>	<p>–</p>	<p>Este estudo piloto pode servir como um ponto de referência para pesquisas futuras para melhorar a medicina baseada em evidências sobre a Síndrome de <i>burnout</i>.</p>
---	--	--	--------------------	--	---	---	--	----------------------------------	----------	---

<p>- <i>Quality of professional life and burnout of the nursing staff at an intensive care unit in Venezuela.</i></p> <p>- Quijada-Martínez, Cedeño-Ildrogo e Terán-Ángel.</p>	<p>- Invest Educ Enferm.</p> <p>- 2021</p> <p>-Venezuela</p>	<p>Verificar a relação entre o nível de qualidade de vida profissional e as características da síndrome de <i>burnout</i> da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva.</p>	<p>Estudo transversal analítico.</p>	<p>67,5% eram profissionais enfermeiros assistenciais e 32,5% enfermeiras residentes, menores de 41 anos (75%) e do sexo feminino (90%).</p>	<p>O instrumento MBI, para estabelecer o comportamento da síndrome de <i>burnout</i>, que é um questionário com 22 questões agrupadas em três dimensões: exaustão emocional (nove itens), despersonalização (cinco itens) e realização pessoal (oito itens).</p>	<p>-Exaustão emocional; realização pessoal; apoio diretivo; exaustão emocional e insatisfação no trabalho; qualidade de vida profissional; carga de trabalho (excesso de trabalho ou pressão para realizá-lo); motivação intrínseca.</p>	<p>A qualidade de vida profissional dos enfermeiros da UTI estudada é regular e está associada a um maior risco de sofrer de síndrome de <i>burnout</i> grave.</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>A prevalência de <i>burnout</i> alto foi de 22,5%, exaustão emocional afetou 75,5% dos participantes e 37,5% tiveram baixa realização pessoal. O nível de qualidade de vida profissional esteve relacionado à gravidade de <i>burnout</i> (<math>p=0,04</math>). A exaustão emocional atinge 77,5% dos participantes e 37,5% apresentam baixa realização pessoal; a despersonalização permanece em níveis elevados.</p>	<p>Não possui.</p>
<p>- <i>Job resources and burnout: Work motivation as a moderator.</i></p> <p>- Trépanier, Vallerand, Ménard e Peterson.</p>	<p>- Stress Health.</p> <p>- 2020</p> <p>- Canadá</p>	<p>Investigar o papel moderador da motivação para o trabalho (autônomo e controlado) na relação temporal entre os recursos do trabalho e o <i>burnout</i></p>	<p>Estudo longitudinal; quantitativo e qualitativo; <i>Questionnaire survey</i>.</p>	<p>399 enfermeiros que participaram do Tempo 1 (2.500 enfermeiros foram contatados, representando uma taxa de resposta de 16%), 279 também participaram do Tempo 2 (taxa de resposta de 70%). A amostra foi composta principalmente por mulheres (88,8%). A idade média foi de 42,74</p>	<p>MBI</p>	<p>Capacidade de tomar decisões importantes sobre o próprio trabalho; capacidade de obter acesso aos recursos necessários para fazer o seu trabalho com eficácia.</p>	<p>O reconhecimento e o controle do trabalho resultaram em mais <i>burnout</i> para os funcionários com motivação de trabalho de baixa qualidade (alta motivação controlada ou baixa motivação autônoma).</p>	<p>Enfermagem</p>	<p>Resultados sugerem que a motivação de baixa qualidade torna os funcionários mais vulneráveis a certos recursos em seu ambiente de trabalho, uma vez que essas características de trabalho estimulam comportamentos compensatórios, levando ao esgotamento de energia ao longo do tempo.</p>	<p>Pesquisas futuras também são encorajadas a investigar outros recursos de trabalho e ampliar o escopo dos resultados investigados e avaliar indicadores emocionais, atitudinais e comportamentais positivos e negativos de saúde e funcionamento do trabalho.</p>

				(DP=11,40) e a permanência no emprego média foi de 18,83 anos (SD=11,58).						
- <i>Exploration of the non-physical work environment and burnout syndrome for nurses at the jember regional hospital</i> - Afandi e Ardiana.	- Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, - 2021 - Europa, EUA	Descrever como o ambiente não físico de trabalho e o <i>burnout</i> se relacionam com enfermeiros em hospitais.	Não experimental, que usa um desenho de pesquisa correlacional para explicar a relação entre as variáveis.	Enfermeiras das unidades de internação do hospital na área de Pendalungan de Jember, com um total de 133 enfermeiras.	MBI. A técnica de amostragem utilizada pelos pesquisadores neste estudo foi a amostragem aleatória. A técnica de coleta de dados utilizada foi um questionário.	<i>Burnout</i> ; fadiga; despersionalização e autorrealização.	O ambiente não físico de trabalho com o enfermeiro com <i>burnout</i> tem uma relação fraca com a relação negativa entre o ambiente não físico de trabalho e o <i>burnout</i> . Portanto, para criar um excelente ambiente de trabalho não físico, o enfermeiro deve cuidar para não experimentar o <i>burnout</i> (saturação).	Medicina	Os resultados entre o ambiente não físico de trabalho e o <i>burnout</i> (fadiga, despersionalização e autorrealização) com pontuações na sequência: $\alpha=0,027$ , $\alpha=0,04$ e $\alpha=0,011$ .	Não possui.
- <i>Burnout and self-regulation failure: A diary study of self-undermining and job crafting among nurses.</i> - Roczniewska e Bakker.	- J Adv Nurs. - 2021 - Polônia	Testar como o esgotamento da enfermeira prejudica as estratégias de autorregulação adaptativa do dia-a-dia, que vinculam os níveis de recursos regulatórios ao desempenho do funcionário no trabalho.	Quantitativa e qualitativa; <i>Questionnaire survey</i> .	81 enfermeiras de hospitais e centros de saúde primários poloneses responderam a questionários de autorrelato entre janeiro e março de 2018.	MBI. Os enfermeiros responderam a um inquérito geral e a seguir completaram os inquéritos diários em três momentos diferentes: antes, durante e depois do trabalho durante 10 dias consecutivos (relatórios totais N=732).	- Dimensões de <i>burnout</i> ; Variáveis individuais; Variáveis laborais.	O <i>burnout</i> crônico perturba a regulação do comportamento no dia a dia. Indivíduos com sintomas elevados de <i>burnout</i> têm dificuldade em traduzir aumentos momentâneos de recursos regulatórios em estratégias adaptativas vinculadas a um desempenho superior.	Enfermagem	Funcionários com altos níveis de <i>burnout</i> precisam de ajuda para mudar estruturalmente suas condições de trabalho. A necessidade de soluções personalizadas para diferentes subgrupos exige que os líderes sejam capazes de detectar indivíduos em risco. Propõe-se que comportamentos autodesestrutivos devem estar entre os sinais a serem procurados.	Não possui.

- <i>Prevalence of burnout in mental health nurses in China: a meta-analysis of observational studies.</i> - Zeng, Zhang, Zong, Chan, Browne, Ungvari, Chen e Xiang.	- Arch Psychiatr Nurs. - 2020 - China	Estimar a prevalência combinada de alto <i>burnout</i> em enfermeiras de saúde mental na China.	Meta-análise de estudos observacionais; bancos de dados eletrônicos (PubMed, EMBASE, PsycINFO, Web of Science, CNKI, WanFang e SinoMed) foram pesquisados de forma independente e sistemática desde sua data de início até 14 de maio de 2018.	19 estudos foram incluídos nesta meta-análise.	Medido pelo MBI, foram incluídos e analisados usando o modelo de efeitos aleatórios.	Prevalência de qualquer uma das três dimensões de <i>burnout</i> , conforme medido pelo MBI, foram incluídos e analisados usando o modelo de efeitos aleatórios.	<i>Burnout</i> é comum em enfermeiras de saúde mental na China. Considerando seu impacto negativo sobre a saúde e o desempenho no trabalho, exames regulares, medidas preventivas e intervenções eficazes devem ser implementadas.	Psiquiatria e enfermagem.	<i>Burnout</i> é comum em enfermeiras de saúde mental, mas sua prevalência é mista entre os estudos. A prevalência combinada de alta EE foi de 28,1% (IC 95%: 20,4-35,8%), DP foi de 25,4% (18,1-32,6%) e baixa AF foi de 39,7% (28,3-51,1%). As análises de subgrupos descobriram que a curta experiência de trabalho, o uso do MBI-HSS e a idade mais jovem tiveram efeitos moderadores na prevalência de alto <i>burnout</i> . Triagem regular, medidas preventivas e intervenções eficazes devem ser realizadas.	A prevalência combinada de alto EE foi de 28,1% (IC 95%: 20,4-35,8%), DP foi de 25,4% (18,1-32,6%) e baixa AF foi de 39,7% (28,3-51,1%). As análises de subgrupos descobriram que a curta experiência de trabalho, o uso do MBI-Human Services Survey (HSS) e a idade mais jovem tiveram efeitos moderadores na prevalência de alto <i>Burnout</i> .
---	---	---	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--

Quadro 1 – Descrição da síntese dos estudos extraídos dos artigos selecionados

Fonte: elaborado pelos autores

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em geral, a literatura científica mostra a importância dos riscos psicossociais e da inteligência emocional na saúde e bem-estar dos trabalhadores (GARCIA et al., 2019; ÖZGÜR; TEKTAŞ, 2018; PIKO, 2018), sua satisfação com o trabalho (PURVIS, 2019) e até mesmo seu risco de desenvolver a síndrome de *burnout* (MONSALVE-REYES et al., 2018; CAÑADAS-DE LA FUENTE et al., 2018; QUIJADA-MARTÍNEZ; CEDEÑO-IDROGO; TERÁN-ÁNGEL, 2021).

Com base nos resultados deste estudo, em linha com a literatura científica, dois anos antes da pandemia (GARCIA et al., 2019; ÖZGÜR; TEKTAŞ, 2018; MONSALVE-REYES et al., 2018; MAZUR et al., 2018; PURVIS, 2019; MEFOH; UDE; CHUKWUORJI, 2019; CAÑADAS-DE LA FUENTE et al., 2018; PIKO, 2018; FRIGANOVIĆ et al., 2019), pode-se dizer que os riscos psicossociais e a inteligência emocional predizem amplamente

o *burnout*, a satisfação no trabalho e a saúde dos enfermeiros. Uma moderação da inteligência emocional foi observada no efeito dos riscos psicossociais na síndrome e essa moderação faz sentido se considerada em relação a pesquisas posteriores durante a pandemia, destacando a importância da habilidade do enfermeiro em perceber e regular suas emoções, estando ciente e empatizando com as emoções dos outros (DANACI; KOÇ, 2020; SHEN; WANG; qiang, 2020; NABIZADEH-GHARGHOZAR; ADIB-HAJBAGHERY; BOLANDIANBAFGHI, 2020; RUIZ-FERNÁNDEZ et al., 2020; PETRELLI et al., 2020; QUIJADA-MARTÍNEZ; CEDEÑO-IDROGO; TERÁN-ÁNGEL, 2021; TRÉPANIER et al., 2020; AFANDI; ARDIANA, 2021; ROCZNIEWSKA; BAKKER, 2021; ZENG et al., 2020).

Os riscos psicossociais são relevantes para os trabalhadores em geral, particularmente para os assistenciais, que lidam diretamente com o sofrimento humano, uma vez que estão expostos a altas demandas emocionais e a níveis muito elevados de estresse e responsabilidade (AFANDI; ARDIANA, 2021), como é o caso dos profissionais enfermeiros que desempenham um papel central no sistema de saúde.

O estudo realizado por Ruiz-Fernández et al. (2020) ocorreu em um momento de particular necessidade e vulnerabilidade: a crise global de saúde causada pela pandemia de Covid-19. Os dados desses autores foram coletados de enfermeiros ativos no sistema de saúde espanhol no momento do pico mais significativo da pandemia no país, ou seja, no final de março e início de abril de 2020. Estas circunstâncias de pesquisa oferecem uma oportunidade única e privilegiada para entender melhor como essas variáveis dizem respeito aos enfermeiros durante uma pandemia, a fim de serem capazes de projetar futuros programas de pesquisa voltados para a melhoria da saúde e do bem-estar neste setor quando mais precisam. A crise gerada pela Covid-19 infelizmente ainda não está sob controle, nem na Espanha, nem no mundo, sendo necessário entender como diferentes variáveis influenciam no bem-estar dos profissionais enfermeiros e se relacionam neste contexto pandêmico.

Estudos anteriores à pandemia já descrevem os fatores preditores para síndrome de *burnout* para profissionais da enfermagem como: ansiedade, medo, exaustão, ausência de perspectivas relacionada a profissão, dificuldade nos relacionamentos laborais e familiares, sobrecarga de trabalho, estresse, esgotamento físico, depressão e interação social comprometida (MONSALVE-REYES et al. 2018; FRIGANOVIĆ et al. 2019; GARCIA et al. 2019; ÖZGÜR; TEKTAŞ, 2018; PURVIS, 2019; MEFOH; UDE; CHUKWUORJI, 2019; CAÑADAS-DE LA FUENTE et al., 2018; PIKO, 2018).

O trabalho do enfermeiro sempre foi fundamental. Em uma situação de pandemia seu trabalho é ainda mais necessário e crítico, enquanto os riscos e as situações a que geralmente estão expostos são aumentados (Ruiz-Fernández et al., 2020), em grande parte em decorrência dos reflexos da situação precária na área da saúde, destacando como um dos principais agravos à saúde mental dos profissionais da enfermagem por atuarem na linha de frente da assistência.

Também pela maior sobrecarga de trabalho decorrente da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento dos serviços de saúde e atendimento efetivo aos usuários (ROCZNIIEWSKA; BAKKER, 2021). Além de outras atribuições, compete ao enfermeiro introduzir práticas gerenciais e administrativas, voltadas para promoção dos agravos, identificando riscos na comunidade e neles intervindo (TRÉPANIÉ et al., 2020).

Ruiz-Fernández et al. (2020) mencionam que durante a pandemia de Covid-19 percebeu-se que a vulnerabilidade, irritabilidade, suicídio e o medo frente a uma doença desconhecida estão mais evidentes entre os profissionais enfermeiros. De modo de geral, os enfermeiros têm elevadas chances de desenvolverem síndrome de *burnout* e são frequentemente acometidos com moderados índices de esgotamento emocional. Também são afetados com a despersonalização e baixa realização pessoal, tanto antes quanto durante o momento pandêmico, por estarem expostos a severas mudanças em seu cotidiano (AFANDI; ARDIANA, 2021).

Vários estudos forneceram evidências de uma relação negativa entre *burnout* e desempenho no trabalho dos enfermeiros. A ligação entre o esgotamento do enfermeiro e a redução do desempenho no trabalho está associado a consequências negativas para o atendimento ao paciente, como o aumento dos custos potenciais do sistema de saúde decorrente dessas alterações do aspecto psicológico deste profissional, que muitas vezes pode gerar indiferença frente à dor do paciente (QUIJADA-MARTÍNEZ; CEDEÑO-IDROGO; TERÁN-ÁNGEL, 2021; ZENG et al., 2020; ÖZGÜR; TEKTAŞ, 2018; MONSALVE-REYES et al., 2018; PURVIS, 2019).

A exaustão emocional é um dos fatores centrais que também podem contribuir para um estado de despersonalização, tais como: dificuldade em lidar com o sofrimento do outro e pouca habilidade para superar o cansaço por situações pessoais ou profissionais, elevadas demandas de trabalho cognitivo, emocional e ritmo de trabalho estressante no cotidiano, podendo gerar impacto psicológico resultando em exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (MEFOH; UDE; CHUKWUORJI, 2019).

Essa pesquisa traz a relevância do estudo sobre *burnout* durante a pandemia e a importância para que se realizem ações de intervenção na organização do trabalho. É interessante que se promovam mais estudos para investigar medidas de promoção à saúde mental, prevenção de síndrome de *burnout*, análise das respostas a essas medidas no cotidiano e, inclusive, durante ou após o enfrentamento da pandemia. Já que a síndrome está intimamente relacionada a tudo que envolve exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho como resultado da exposição contínua a estressores ocupacionais (TRÉPANIÉ et al., 2020).

Nos artigos selecionados nesta revisão, o dimensionamento de recursos humanos e materiais insuficiente, a complexidade assistencial, o aumento da carga de trabalho, o medo da contaminação na falta de equipamentos de proteção individual, as condições



insalubres dos serviços de saúde e o tipo de gestão nas organizações de saúde são fatores que impactam negativamente a saúde dos profissionais. Já o suporte das chefias teve impacto positivo como parte do cotidiano da profissão de enfermagem durante o cuidado e assistência aos pacientes (PETRELLI et al., 2020; NABIZADEH-GHARGHOZAR; ADIB-HAJBAGHERY; BOLANDIANBAFGHI, 2020; ROCZNIEWSKA; BAKKER, 2021), pois a falta de suporte, déficit na comunicação, pouco apoio social e *feedbacks* da liderança contribuem para a percepção de maior esforço físico, ritmo intenso de trabalho, conflitos de papeis da equipe e sentimento de injustiça (GARCIA et al., 2019).

## 4 | CONCLUSÃO

Em síntese, verificou-se que grande parte da produção científica sobre a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais enfermeiros foram desenvolvidas em âmbito internacional. É possível concluir também que há, nos últimos anos, o aumento do interesse científico pelos trabalhos referentes a síndrome e seus efeitos, em especial entre profissionais da saúde, devido aos graves reflexos que podem produzir na eficiência dos cuidados aos pacientes, sendo essa uma problemática comum em diversos países decorrente da pandemia de Covid-19.

Para os profissionais enfermeiros, as consequências psicossociais tornam o *burnout*, uma síndrome psicológica que traz consigo problemas físicos que interferem na qualidade de vida desses profissionais, tornando-se necessário a realização de estratégias de enfrentamento.

A presença de elevados níveis de despersonalização como uma das dimensões do *burnout* está associada ao processo de trabalho desgastante, evidenciado diretamente no aspecto psicológico do profissional, que em muitas situações pode gerar indiferença frente à dor e sofrimento do outro. Outros fatores também podem contribuir para um estado de despersonalização, tais como: pouca habilidade para superar o cansaço por situações pessoais ou profissionais e as elevadas demandas de trabalho cognitivas, emocionais e ritmo de trabalho foram identificados no cotidiano dos enfermeiros.

Acreditamos que esses dados podem contribuir na promoção da saúde e do bem-estar dos profissionais da enfermagem, principalmente em situações de tamanha complexidade e importância crucial como uma crise de saúde da magnitude de uma pandemia, como a que vivemos atualmente devido à Covid-19. Os resultados deste estudo, foram obtidos dois anos antes e dois anos durante a pandemia. Portanto, sua generalização para outros contextos deve ser feita com cautela.

Além disso, alguns dados refletem essas relações em um momento de crise mundial. Esperamos que os dados aqui fornecidos possam ajudar a garantir o bem-estar dos enfermeiros nesta e futuras circunstâncias. Tendo em vista que a ligação entre o esgotamento do enfermeiro e a redução do desempenho no trabalho é importante por estar

associada a consequências negativas para o atendimento ao paciente, bem como aos custos potenciais do sistema de saúde. Os artigos selecionados nesta revisão mostraram que os fatores preditores para síndrome de *burnout* são análogos antes e durante a pandemia.

O suporte das chefias teve impacto positivo. As intervenções para a redução do estresse laboral pressupõem a identificação dos fatores psicossociais implicados com a participação ativa dos gestores de enfermagem. Os fatores associados ao *burnout* apontados nos estudos, tanto antes como durante a pandemia, são os mesmos, visto que a pandemia evidenciou a situação vivenciada na área da saúde, apenas intensificando fatores intrínsecos e já relacionados como a vulnerabilidade, irritabilidade, suicídio e medo frente a uma doença desconhecida provocada pelo novo coronavírus.

Observou-se que na literatura há muitas propostas para o enfrentamento dos agravos, porém existe um déficit de publicações a respeito dos resultados dessas estratégias, considerando que são fundamentais para conservar a saúde mental, pois uma equipe de enfermagem com mais qualidade de vida reflete em uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Sugerimos medidas de intervenção psicológica que devem ser implementadas para minimizar os efeitos dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nos profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AFANDI, A. T.; ARDIANA, A. Exploration of the non-physical work environment and burnout syndrome for nurses at the jember regional hospital. **Pakistan Journal of Medical and Health Sciences**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 256-259, jan. 2021.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. A.; GÓMEZ-URQUIZA, J. L.; ORTEGA-CAMPOS, E. M.; CAÑADAS, G. R.; ALBENDÍN-GARCÍA, L.; DE LA FUENTE-SOLANA, I. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. **Psycho-Oncology**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 1426-1433, jan. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.4632>>.

CROPLEY, M.; RYDSTEDT, L. W.; DEVEREUX, J. J.; MIDDLETON, B. The relationship between work-related rumination and evening morning salivary cortisol secretion. **Stress and Health**, [s. l.], v. 31, p. 150-157, set. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/smi.2538>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DANACI, E.; KOÇ, Z. The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. **Nurs Ethics**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 301-315, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0969733019836151>>.

DEMEROUTI, E.; LE BLANC, P. M.; BAKKER, A. B.; SCHAUFELI, W. B.; HOX, J. Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. **The Career Development International**, [s. l.], v. 14, p. 50-68, mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/13620430910933574>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DHAINI, S. R.; ZÚÑIGA, F.; AUSSERHOFER, D.; SIMON, M.; KUNZ, R.; DE GEEST, S.; SCHWENDIMANN, R. Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 53, p. 105-115, fev. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FRIGANOVIĆ, A.; SELIČ, P.; ILIĆ, B.; SEDIĆ, B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. **Psychiatria Danubina**, [s. l.], v. 31, Suppl. 1, p. 21-31, mar. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946714/>>.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>.

GARCIA, C. L.; BEZERRA, I. M. P.; RAMOS, J. L. S.; VALLE, J. E. T. M. R.; OLIVEIRA, M. L. B.; ABREU, L. C. Association between culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals. **PLoS One**, [s. l.], v. 14, n. 6, e 0218756, jun. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218756>>.

GIORGI, F.; MATTEI, A.; NOTARNICOLA, I.; PETRUCCI, C.; LANCIA, L. Can sleep quality and Burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 74, n. 3, p. 698-708, set. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jan.13484>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GUERTLER, D.; VANDELANOTTE, C.; SHORT, C.; ALLEY, S.; SCHOEPPE, S.; DUNCAN, M. J. The association between physical activity, sitting time, sleep duration, and sleep quality as correlates of presenteeism. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 57, p. 321-328, jul. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000000355>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

HÜLSHEGER, U. R.; WALKOWIAK, A.; THOMMES, M. S. How can mindfulness be promoted? Workload and recovery experiences as antecedents of daily fluctuations in mindfulness. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, [s. l.], v. 91, p. 261-284, nov. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/joop.12206>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 29, n. 1, jan./mar. 2021. Disponível em: <[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/2368](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2368)>.

MAZUR, A.; CZARKOWSKA, M.; GOŚ, A.; HUMENIUK, E. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 552-558, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26444/aaem/85650>>.

MEFOH, P. C.; UDE, E. N.; CHUKWUORJI, J. B. C. Age and burnout syndrome in nursing professionals: moderating role of emotion-focused coping. **Psychology, Health & Medicine**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 101-107, jan. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1502457>>.

MIRAGLIA, M.; JOHNS, G. Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. **Journal of Occupational Health Psychology**, [s. l.], v. 21, p. 261-283, ago./set. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000015>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G.; THE PRISMA GROUP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>>.

MOLINO, M.; CORTESE, C. G.; BAKKER, A. B.; GHISLIERI, C. Do recovery experiences moderate the relationship between workload and work-family conflict? **The Career Development International**, [s. l.], v. 20, p. 686-702, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/CDI-01-2015-0011>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MONSALVE-REYES, C. S.; SAN LUIS-COSTAS, C.; GÓMEZ-URQUIZA, J. L.; ALBENDÍN-GARCÍA, L.; AGUAYO, R.; CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>>.

NANTSUPAWAT, A.; NANTSUPAWAT, R.; KUNAVIKTIKUL, W.; TURALE, S. Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. **Journal of Nursing Scholarship**, [s. l.], v. 48, p. 83-90, mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12187>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

NABIZADEH-GHARGHOZAR, Z.; ADIB-HAJBAGHERY, M.; BOLANDIANBAFGHI, S. Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis. **Journal of Caring Sciences**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 154-161, ago. 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.34172%2Fjcs.2020.023>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, OPAS, 2021.

ÖZGÜR, G.; TEKTAŞ, P. An examination of the correlation between nurses' organizational trust and burnout levels. **Applied Nursing Research**, [s. l.], v. 43, p. 93-97, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.004>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **CID**: burnout é um fenômeno ocupacional. 28 mai. 2019. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

PETRELLI, F.; CANGELOSI, G.; SCURI, S.; DAVIDICI, C.; LAVORAGNA, F.; DEBERNARDI, G.; BENNI, A.; VEPRINI, A.; NGUYEN, C. T. T.; CARAFFA, A.; GRAPPASONNI, I. Burnout syndrome: a preliminary study of a population of nurses in italian prisons. **Clinica Terapeutica**, [s. l.], v. 171, n. 4, p. e304-e309, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.7417/ct.2020.2233>>.

PIKO, B. F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 311-328, mar. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>>.

PURVIS, T. E. Neurocritical Care and Chaplaincy Study Group, Saylor D. Burnout and Resilience Among Neurosciences Critical Care Unit Staff. **Neurocrit Care**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 406-410, out. 2019. Disponível em: <<https://10.1007/s12028-019-00822-4>>. PMID: 31414372>.

QUIJADA-MARTÍNEZ, P. J.; CEDEÑO-IDROGO, I. R.; TERÁN-ÁNGEL, G. Quality of professional life and burnout of the nursing staff at an intensive care unit in Venezuela. **Investigación y Educación en Enfermería**, [s. l.], v. 39, n. 2, e08, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e08>>.

RIZO-BAEZA, M.; MENDIOLA-INFANTE, S. V.; SEPEHRI, A.; PALAZÓN, A.; GIL-GUILLÉN, V. F.; CORTÉS-CASTELL, E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. **Journal of Nursing Management**, [s. l.], v. 26, p. 19-25, jan. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12506>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ROCZNIEWSKA, M.; BAKKER, A. B. Burnout and self-regulation failure: A diary study of self-undermining and job crafting among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 77, n. 8, p. 3424-3435, ago. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jan.14872>>.

RUIZ-FERNÁNDEZ, M. D.; RAMOS-PICHARDO, J. D.; IBAÑEZ-MASERO, O.; CABRERA-TROYA, J.; CARMONA-REGA, M. I.; ORTEGA-GALÁN, A. M. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 29, n. 21-22, p. 4321-4330, ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jocn.15469>>.

SANTOS, C. L. C.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; BARBOSA, G. B. Síndrome de burnout em fisioterapeutas: uma revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 104-114, ago. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i1.1099>>. Acesso em 26 jan. 2021.

SONNENTAG, S.; FRITZ, C. The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. **Journal of Occupational Health Psychology**, [s. l.], v. 12, p. 204-221, nov. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SHEN, A.; WANG Y.; QIANG, W. A Multicenter Investigation of Caring Behaviors and Burnout Among Oncology Nurses in China. **Cancer Nursing**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. E246-E253, set./out. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000680>>.

TIRONI, M. O. S.; TELES, J. M. M.; BARROS, D. S.; VIEIRA, D. F. V. B.; SILVA FILHO, C. M.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; MATOS, M. A.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. Prevalência da Síndrome de Bounout em Médicos intensivistas de Cinco Capitais Brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 279-277, set. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

TRÉPANIER, S. G.; VALLERAND, R. J.; MÉNARD, J.; PETERSON, C. Job resources and burnout: Work motivation as a moderator. **Stress and Health**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 433-441, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/smi.2939>>.

VAN SCHEPPINGEN, A. R.; DE VROOME, E. M. M.; TEN HAVE, K. C. J. M.; ZWETSLOOT, G. I. J. M.; BOS, E. H.; VAN MECHELEN, W. Motivations for health and their associations with lifestyle, work style, health, vitality, and employee productivity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 56, p. 540-546, abr. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/JOM.000000000000143>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

XANTHOPOULOU, D.; BAKKER, A. B.; OERLEMANS, W. G. M.; KOSZUCKA, M. Need for recovery after emotional labor: Differential effects of daily deep and surface acting. **Journal of Organizational Behavior**, [s. l.], v. 39, p. 481-494, out./nov. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/job.2245>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ZENG, L. N.; ZHANG, J. W.; ZONG, Q. Q.; CHAN, S. W. C.; BROWNE, G.; UNGVARI, G. S.; CHEN, L. G.; XIANG, Y. T. Prevalence of burnout in mental health nurses in China: A meta-analysis of observational studies. **Archives of Psychiatric Nursing**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 141-148, jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.006>>.

## PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE PELE NO TRABALHADOR RURAL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 07/02/2022

### Josué José Lemos

Universidade Vale do Rio Doce-UNINCOR  
Três Corações-MG  
<http://lattes.cnpq.br/4294957357039083>

### Kemily Naira de Oliveira Bandeira

Universidade Vale do Rio Doce- UNINCOR  
Três Coraçõe-MG  
<http://lattes.cnpq.br/3387419735951971>

### Maria Leticia Landim Souza

Universidade Vale do Rio Doce-UNINCOR  
Três Corações-MG  
<http://lattes.cnpq.br/6616710623301664>

### Otávio Augusto Moraes de Almeida

Universidade Vale do Rio Doce-UNINCOR  
Três Corações-MG  
<http://lattes.cnpq.br/1079830545295831>

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo realizar uma pesquisa com os trabalhadores rurais, em que a intenção foi analisar se eles estão usando os EPI's. A pesquisa foi realizada com os moradores que trabalham na zona rural de luminárias em Minas Gerais. Foi aplicado um questionário com perguntas sobre dados pessoais como: nome, idade e dados sobre EPI's. A partir disso, foi possível concluir que a maioria não tinha conhecimento sobre o câncer de pele. Além disso, histórico de câncer na família era a minoria e nenhum trabalhador usava o

protetor solar, mesmo ficando até 8 horas no sol. Quase metade dos pesquisados apresentavam alteração devido ao sol, não havia fiscalização por exposição ao sol e mais da metade fazia manipulação de agrotóxico. Nesse sentido, foi constatado que o conhecimento das pessoas é muito limitado, e o combate ao câncer de pele tem que ser mais divulgado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde .cuidado. Prevenção.

### PREVALENCE OF SKIN CANCER IN RURAL WORKERS

**ABSTRACT:** This study aimed to conduct a survey with rural workers, in which the intention was to analyze whether they are using PPE. The research was carried out with residents who work in the rural area of luminaires in Minas Gerais. A questionnaire was applied with questions about personal data such as: name, age and PPE data. From this, it was possible to conclude that the majority had no knowledge about skin cancer. In addition, a family history of cancer was in the minority and no worker used sunscreen, even spending up to 8 hours in the sun. Almost half of those surveyed had alterations due to the sun, there was no inspection due to exposure to the sun and more than half were handling pesticides. In this sense, it was found that people's knowledge is very limited, and the fight against skin cancer has to be more publicized.

**KEYWORDS:** Health. care. Prevention.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer de pele é dividido em dois tipos, o melanoma e o não melanoma. O melanoma tem alta capacidade de metástase e é bem agressivo. Já o não melanoma é um tipo de câncer mais fraco, tendo boa chance de cura (SILVA; et all, 2017).

O câncer de pele tem mais incidência em pessoas brancas, devido às pessoas de pele negra terem mais produção de melanina o que é uma proteção contra os raios UV. E também, pessoas que são mais expostas aos raios UV, como trabalhadores rurais, guias de montanhas e esqui, militares, e agricultores estão mais susceptíveis a desenvolverem essa doença (ROSSI; et all, 2018).

Os equipamentos EPI's (equipamentos de segurança de trabalho), como chapéu, calça cumprida, camisa de manga cumprida, óculos de proteção e protetor solar são necessários para trabalhadores que se expõem muito ao sol. Normalmente, a neoplasia afeta mais as pessoas que são muito expostas ao sol e não utilizam desses EP's.

Os trabalhadores rurais, muita das vezes, são pessoas humildes que dependem da agricultura, por isso têm alta incidência de desenvolver câncer ou doença de pele. Normalmente, essas pessoas não têm conhecimento sobre os riscos que correm sendo expostas ao raio UV (SANTOS; et all, 2007).

Nesse sentido, o presente artigo objetivou conhecer a como os trabalhadores rurais da cidade de Luminarias-MG se comportam em relação à exposição ao sol, quais são os meios de prevenção contra os radiação UV e se eles detêm conhecimento a respeito dos malefícios da exposição ao sol.

## 2 | REVISÃO DE LITERATURA

### Como o câncer de pele se desenvolve

Vários cromóforos são absorvidos pela pele por causa da radiação UV, tais como: proteínas, DNA, RNA, melanina, como a tirosina, aminoácidos aromáticos e o triptofano, ácido urocânico, entre outros. Essa absorção pelos cromóforos causa reações fotoquímicas diferentes e interações secundárias, envolvendo espécies reativas do oxigênio, que resulta em efeitos negativos quando a exposição é abundante (BALOGH et all, 2011).

O DNA é um dos melhores alvos da radiação UV. As pirimidinas sofrem alterações fotoquímicas, resultando em dímeros de ciclobutano e demais subprodutos que são reparados, fisiologicamente, por enzimas específicas. ABC excinuclease, DNA polimerase I e DNA ligase são exemplos de enzimas que participam do sistema de reparo do DNA. Esse sistema é eficiente. Todavia, se deixado ao sol por muito tempo, pode tornar a reparação menos eficiente. A pele apresenta efeitos danosos devido às reações fotoquímicas. A epiderme e a derme sofrem alterações químicas e histológicas após exposição solar persistente, o que favorece o surgimento rápido de rugas, aspereza, ressecamento,



teleangectasias, pigmentação irregular, imunossupressão e lesões, que podem ser benignas, pré-malignas ou malignas (BALOGH et all, 2011).

## 2.1 Risco de Câncer de Pele

Na pesquisa realizada sobre o câncer de pele, entre os diagnosticados com Carcinoma Espinocelular, a maioria possuía cor parda, olhos castanho-claros, cabelo castanho escuro e mais de 60 anos. Todos os casos encontrados eram em homens que não utilizavam filtro solar. O perfil epidemiológico prevalente foi de pessoas com pele branca, idosas, olhos castanho-escuros e cabelos castanho-escuros. As áreas mais expostas ao sol são as de maior incidência da lesão. A face foi onde se diagnosticaram mais lesões, principalmente no nariz ( Pires et all, 2017).

## 2.2 Os Tipos de Câncer de Pele

O câncer de pele é a neoplasia mais frequente no mundo. O melanoma, que é um tipo de câncer de pele crescido a partir dos melancólicos, representa apenas 4% dos tumores malignos em pele, sendo bastante agressivo, pois tem alto poder invasivo e alta capacidade de se espalhar. O CBC (Carcinoma Basocelular), é o tumor maligno mais frequente desenvolvido na pele, representando entre 70 e 80% dos diagnósticos. O tipo não melanoma apresenta alta incidência, mas baixa mortalidade, com altos índices de cura. O CEC (Carcinoma Espinocelular), representando 25% dos casos (SILVA et all, 2017).

Carcinoma basocelular é a transformação maligna de uma célula da camada basal da epiderme ou dos anexos da origem ao CBC, tumor que apresenta como principais características a indolência e o crescimento lento, sendo localmente destrutivo e raramente produzindo metástases. Já o carcinoma espinocelular O CEC, representa cerca de 20% das neoplasias malignas cutâneas. É constituído por proliferação atípica de células espinhosas, de caráter invasor, podendo gerar metástases. Os CECs primários da pele, em geral, originam-se em regiões expostas ao sol e não há dúvida de que exposição crônica e cumulativa à radiação UV, em especial ao UVB, é a causa primária. Os CECs também podem surgir a partir de lesões pré-cancerosas, como queratoses actínicas (QA), queilites actínicas, leucoplasias orais e radiodermites crônicas. Entretanto, outros fatores extrínsecos podem desempenhar importante papel causal e incluem outras formas de radiação, substâncias químicas, como os hidrocarbonetos e o arsênico, tabaco, queimaduras, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), úlceras crônicas, entre outros (MARTINEZ et all, 2006).

## 2.3 A B C do Câncer de Pele e Sintomas

Segundo o ministério da saúde (2018), é um alerta os seguintes sintomas do câncer de pele: uma lesão na pele de aparência elevada e brilhante, translúcida, avermelhada, castanha, rósea ou multicolorida, com crosta central e que sangra facilmente, uma pinta preta ou castanha que muda sua cor, textura, torna-se irregular nas bordas e cresce de

tamanho, uma mancha ou ferida que não cicatriza, que continua a crescer apresentando coceira, crostas, erosões ou sangramento. Além de todos esses sinais e sintomas, melanomas metastáticos podem apresentar outros, que variam de acordo com a área para onde o câncer avançou. Isso pode incluir nódulos na pele, inchaço nos gânglios linfáticos, falta de ar ou tosse, dores abdominais e de cabeça, por exemplo. Para reconhecer as manifestações dos três tipos de câncer da pele: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma. Para auxiliar na identificação dos sinais perigosos, basta seguir a regra do ABCDE. Se estiver assimétrico, é maligno, e se estiver simétrico, é benigno. Se as bordas forem irregulares, é maligno, e se as bordas forem regulares, é benigno. Em relação às cores, dois tons ou mais é maligno, e se for tom único é benigno. A dimensão se for superior a 6 mm é, provavelmente, maligno, e se for inferior a 6 mm é, provavelmente, benigno. Quanto à evolução, se cresce e muda de cor, é maligno, e quando não cresce nem muda de cor é benigno.

### 3 | METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo e qualitativo. Foi realizado uma pesquisa com os moradores que trabalham em Luminárias-MG na área rural do Campo do Meio que são trabalhadores que se expõem muito aos raios solares.

As dúvidas sobre o câncer de pele foram avaliadas através de observação e questionário desenvolvido pelos autores, que aborda os seguintes assuntos: nome, idade, se é exigido o uso de equipamentos EPI's pelos empregadores, se os trabalhadores têm o hábito de usar o protetor, média diária de exposição ao sol, se existe alteração na pele devido ao sol, se tem fiscalização de uso de EPI's, se os trabalhadores possuem conhecimento sobre o câncer de pele e se têm histórico familiar oncológico.

Para a seleção amostral utilizou-se como critérios de inclusão: trabalhadores residentes na área rural de desenvolvimento do trabalho; idade mínima de dezoito anos completo e foram excluídos os trabalhadores que não realizavam atividades na agricultura no período da coleta de dados. A Pesquisa contou com 22 trabalhadores da zona rural, dentre eles, homens e mulheres que possuíam de 18 anos até 69 anos.

## 4 | RESULTADOS E DISCUÇÕES

### Pesquisa com os trabalhadores da zona rural de Luminárias

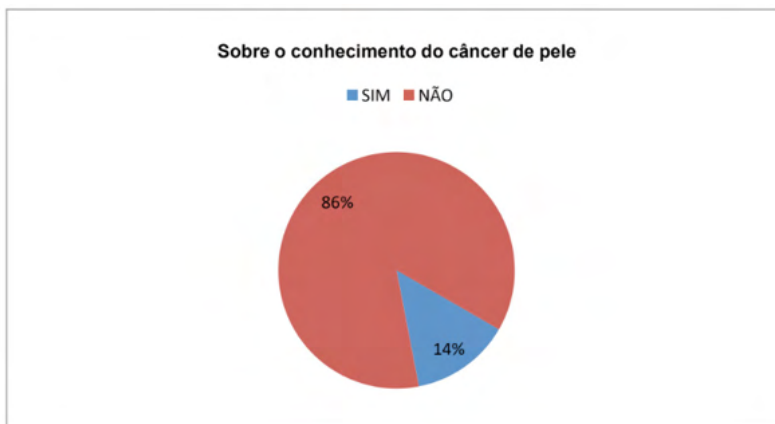


Gráfico 1\_Sobre o conhecimento do câncer de pele

Tabela 1: Elaborado pelos autores

O gráfico 1 relata que, dos 22 trabalhadores, 86% (19) não têm conhecimento sobre o câncer de pele. O gráfico 1 também relata que, dos 22 trabalhadores, 14% (3) têm o conhecimento sobre o câncer de pele. Segundo a pesquisa de Santos et al (2007), pode-se constatar que os trabalhadores não têm conhecimento sobre o mal que o sol pode causar, e essa falta de conhecimento aumenta mais nas pessoas menos estudadas. Ambas as pesquisas demonstraram que os trabalhadores não têm conhecimento sobre o câncer de pele.

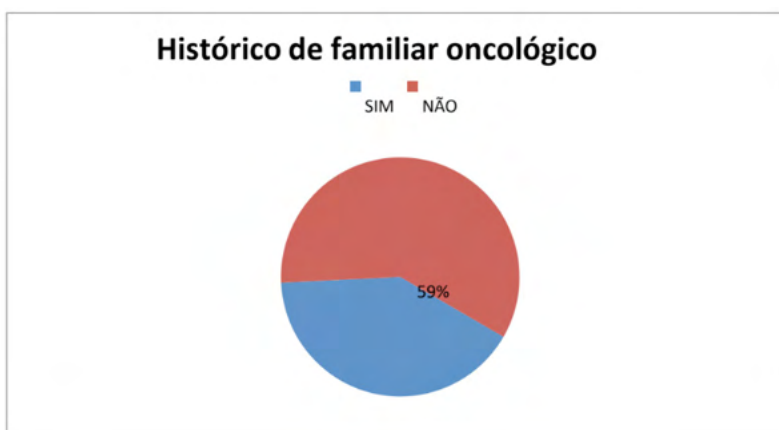


Gráfico 2\_Histórico de familiar oncológico

Tabela 2: Elaborado pelos autores

O gráfico 2 relata que, dos 22 trabalhadores, 59% (13) não possuem histórico de familiar oncológico. O gráfico 2 relata que, dos 22 trabalhadores, 41% (9) possuem histórico de familiar oncológico, mas com um número expressivo. Apesar da maioria relatar que não tem histórico oncológico na família, não os deixa livres de desenvolverem o cancer. No decorrer desse artigo, percebe-se que existem vários fatores de risco para se desenvolver o câncer, sendo a exposição ao raio UV o mais perigoso.

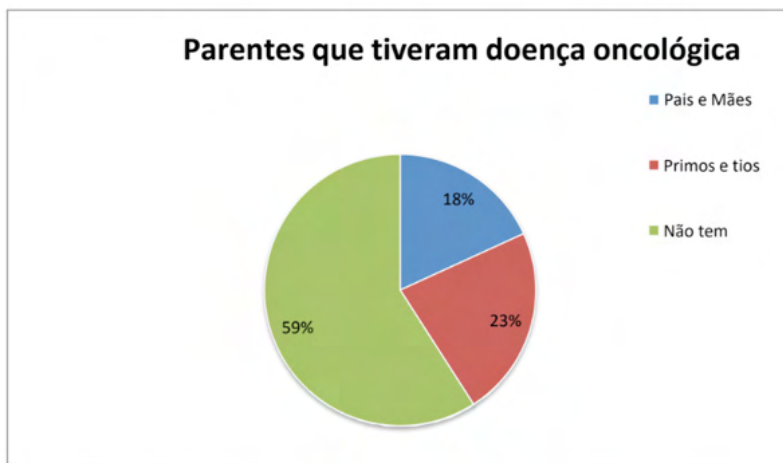


Gráfico 3\_ Parentes que tiveram doença oncológica

Tabela 3: Elaborado pelos autores

O gráfico 3 relata que, dos 22 trabalhadores, 59% (13) não têm parentesco oncológico. O gráfico 3 relata que, dos 22 trabalhadores, 23% (5) têm primos e tios oncológicos. O gráfico 3, relata que, dos 22 trabalhadores, 18% (4) têm pais e mães oncológicos. No caso dos pesquisados que têm parentes mais próximos, como pai e mãe, são os que mais estão pré-dispostos a desenvolverem câncer de pele. Em segundo estão os que têm parentes mais distantes, como primos e tios que também possuem alto risco.

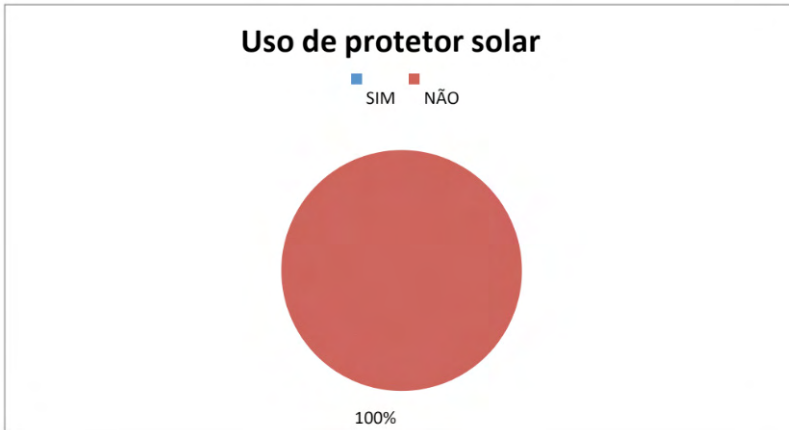


Gráfico 4\_Uso de protetor solar  
Tabela 4: Elaborado pelos autores

O gráfico 4 relata que, dos 22 trabalhadores, 100% (22) não usam o protetor solar. Podemos concluir que esses trabalhadores estão correndo sério risco, pois a falta de filtro solar, falta de EPI's, exposição à radiação ultravioleta, coloração clara, a hereditariedade e idade acima de 65 anos são os principais fatores de risco para se desenvolver câncer de pele (ROSSI et al, 2018).



Gráfico 5\_Média de tempo diária de exposição solar  
Tabela 5: Elaborado pelos autores

O gráfico 5 relata que, dos 22 trabalhadores, 100% (22) têm a média de 8 horas diária de exposição ao sol. Segundo a pesquisa de Araújo, Bento (2006) os trabalhadores rurais, por estarem expostos ao sol e ao trabalho externo durante o dia inteiro, e alguns

deles durante uma vida inteira, acreditam que a pele se “acostuma” ao sol, o que não é verdade, pois ela acumula seus efeitos como uma possível neoplasia no futuro.



Gráfico 6\_Alterações na pele pela exposição solar

Tabela 6: Elaborado pelos autores

O gráfico 6 relata que, dos 22 trabalhadores, 54,5% (12) têm alterações na pele por exposições solares. O gráfico 6 relata que, dos 22 trabalhadores, 45,5% (10) não têm alterações na pele por exposições solares. Como podemos ver, quase a metade dos pesquisados apresenta alguma alteração na pele. Desse modo, é muito provável que essas alterações estão se dando por causa do excesso de sol UV. Sendo assim, os trabalhadores estão correndo sérios riscos de desenvolverem câncer de pele.



Gráfico 7\_EPI's que são usados

Tabela 7: Elaborado pelos autores

O gráfico 7 relata que, dos 22 trabalhadores, 50% (11) usam calça, luva, blusa e chapéu como equipamento EPI. O gráfico 7 relata que, dos 22 trabalhadores, 32% (7) só usam calça como equipamento EPI. O gráfico 7 relata que, dos 22 trabalhadores, 9% (2) usam chapéu e calça como equipamento EPI. O gráfico 7 relata que, dos 22 trabalhadores, 9% (2) usam chapéu, calça e blusa como equipamento EPI. Em comparação com outro estudo, o tipo de proteção mais utilizado no dia a dia dos entrevistados foi chapéu ou bone. Nota-se, então, um comportamento melhor que o dos trabalhadores de Luminárias. Percebeu-se também que menos de um sexto utiliza filtro solar, já em Luminárias ninguém usava o filtro, entre os quais, quase a totalidade não o usava diariamente. Dessa forma, notou-se que o presente estudo tem resultado pior que o de Pires et al, (2017).



Gráfico 8\_ Fiscalização de uso de EPI'S

Tabela 8: Elaborado pelos autores

O gráfico 8 relata que, dos 22 trabalhadores, 100% (22) disseram que não têm a fiscalização. A exposição solar durante o trabalho é um grande problema, pela dissociação da percepção de risco, tanto por parte dos trabalhadores quanto empregadores. Essa falta de fiscalização pode trazer consequências para o empregador também, por isso ela é necessária (ROSSI et al, 2018).

## 5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que quase todos os trabalhadores não tinham conhecimento sobre o câncer, e que apenas 14% tinham conhecimento sobre. Mais da metade não tinha histórico de câncer na família, e os que possuíam grau de parentesco eram mais os tios e os primos do que os pais e as mães.

Sobre o protetor solar, todas as pessoas disseram que não fazem seu uso, e também que ficam em média mais de 4 horas expostas ao sol e no máximo até 8 horas.

Das pessoas expostas ao sol, 45% apresentaram alterações de pele.

Sobre o uso de equipamentos EPI's, todas as pessoas usam calça como proteção do sol, mais da metade usa chapéu e blusa como proteção e metade dos trabalhadores usam luvas para proteção solar. Eles disseram que não há fiscalização sobre o uso de EPI's.

A partir dessa pesquisa, podemos ver como há muito a se fazer no combate ao câncer de pele, pois uma medida simples, como o protetor solar ser deixado de lado por todas as pessoas da pesquisa, por falta de conhecimento, pode contribuir para o desenvolvimento do cancer de pele. Além disso, falta uma fiscalização por parte dos patrões e até mesmo pela saúde pública. Portanto, é preciso que haja mais divulgação e um melhor esclarecimento para esses cidadãos mais simples.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cíntia, BENTO, Maria. Avaliação do conhecimento quanto à prevenção do Câncer de Pele e Sua Relação com a Exposição Solar na População da Vila Rural. Paraná. 2006. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/139/115>

ARISAWA, Emilia. Et all. **Efeitos Colaterais da Terapia Antitumoral em Pacientes Submetidos à Químico e à Radioterapia.** São Paulo. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Josu%C3%A9/Downloads/188-630-1-PB.pdf>

BALOGH, Tatiana. Et All. **Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção.** São Paulo. 2011. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/Prote%C3%A7%C3%A3o\\_%20%C3%A0\\_%20radia%C3%A7%C3%A3o\\_%20ultravioleta\\_%20recursos\\_%20dispon%C3%ADveis.pdf](http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/Prote%C3%A7%C3%A3o_%20%C3%A0_%20radia%C3%A7%C3%A3o_%20ultravioleta_%20recursos_%20dispon%C3%ADveis.pdf)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer de pele: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** S.i. 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-pele>

MARTINEZ, MARCOS. Et all. **Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma.** São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n5/v81n05a03.pdf>

PIRES, Carla. Et All. **Caracterização do Perfil e Avaliação da Proteção Solar dos Pacientes Atendidos em Serviço Universitário.** Pará. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/viewFile/1433/551>

ROSSI, Daniele. Et All. **Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Pele.** Rio Grande do sul. 2018. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/30.pdf>

SANTOS, José. Et all. **Avaliação do Nível de Informação Quanto à Prevenção do Câncer de Pele em Trabalhadores Rurais do Município de Lágato.** Sergipe. 2007. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Paulo\\_Oliveira55/publication/282818412\\_Avaliacao\\_de\\_informacao\\_quanto\\_a\\_prevencao\\_do\\_cancer\\_da\\_pele\\_em\\_trabalhadores\\_rurais\\_do\\_municipio\\_de\\_Lagarto\\_Sergipe/links/561d6d8f08aeacade1acb3c3ba.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paulo_Oliveira55/publication/282818412_Avaliacao_de_informacao_quanto_a_prevencao_do_cancer_da_pele_em_trabalhadores_rurais_do_municipio_de_Lagarto_Sergipe/links/561d6d8f08aeacade1acb3c3ba.pdf)

SILVA, Luciana. Et all. índice **diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele.** São Paulo. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265554362007.pdf>



## PERFIL MICROBIOLÓGICO, SUSCEPTIBILIDADE E PRESCRIÇÃO EMPÍRICA DE ANTIBIÓTICOS PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Data de aceite: 01/03/2022

### **Gessiane de Fátima Gomes**

Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente  
da Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri  
Diamantina-Minas Gerais/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3115739485764511>

### **Paulo Celso Prado Telles Filho**

Professor do Departamento de Enfermagem  
da Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri. Orientador do trabalho  
de Dissertação  
Diamantina-Minas Gerais/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/9116899600440575>

### **Rosana Passos Cambraia**

Professora do Departamento de Farmácia  
da Faculdade de Ciências Biológicas e da  
Saúde da Universidade Federal dos Vales  
do Jequitinhonha e Mucuri. Coorientadora do  
trabalho de Dissertação  
Diamantina-Minas Gerais/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5804714230015958>

### **Mariana Roberta Lopes Simões**

Professora do Departamento de Enfermagem  
da Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri  
Diamantina-Minas Gerais/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2310447774963090>

### **Marcus Fernando da Silva Praxedes**

Centro Ciências da Saúde, Universidade  
Federal do Recôncavo da Bahia  
Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-4226-6926>

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri pela mestranda Gessiane de Fátima Gomes, tendo como orientador o Prof. Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho e coorientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Passos Cambraia.

**RESUMO:** O estudo teve por objetivo analisar o perfil microbiológico, a susceptibilidade e prescrição empírica de antibióticos para infecção do trato urinário na população estudada. Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e metodológico, realizado no pronto atendimento de uma instituição filantrópica, entre fevereiro e setembro de 2019. Foram analisadas 129 uroculturas de pacientes com hipótese diagnóstica de ITU, aos quais foram prescritos antibióticos empiricamente. O maior acometimento foi no sexo feminino com 101 (78,3%) dos participantes e quanto a faixa etária, predominou entre 18 e 59 anos com 98 (76%) pacientes. A hipertensão arterial sistêmica destacou-se como a comorbidade mais citada, 15 (22,1%) pacientes. Os sintomas mais frequentes foram a dor lombar, 60 (14,5%), disúria, 52 (12,5%) e dor suprapúbica, 48 (11,6%). Em relação aos antibióticos mais prescritos a amoxicilina + ácido clavulânico ocupou o primeiro lugar com 51 (39,2%) prescrições, seguido de ciprofloxacino com 25 (19,4%), nitrofurantoína com 14 (10,8%) e sulfametoxazol + trimetropina com 11 (8,6%). Não foi solicitado o exame de elementos anormais do sedimentado a 76 (59%) dos pacientes, sendo que não houve crescimento bacteriano em 49 (64,5%), no entanto, todos utilizaram antibióticos.

Os patógenos identificados foram a *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Proteus vulgaris*. Em relação a resistência antimicrobiana, as variáveis com significância foram o agente etiológico ( $p < 0,001$ ) e as comorbidades do sistema urinário ( $p = 0,02$ ). Entre os antibióticos prescritos e testados, a sulfametoxazol + trimetropina apresentou maior resistência. Nitrofurantoína, cefalotina e amoxicilina + ácido clavulânico também se destacaram. O estudo traz aspectos relevantes para a prática clínica e de prescrição segura, uma vez que resultou em um delineamento do perfil microbiológico, com suas respectivas taxas de resistência bacteriana.

**PALAVRAS-CHAVE:** Antibacterianos. Infecções urinárias. Susceptibilidade a doenças. Gestão de antimicrobianos. Prescrições de medicamentos.

**ABSTRACT:** The study aimed to analyze the microbiological profile, susceptibility and empirical prescription of antibiotics for urinary tract infection in the studied population. This is a quantitative and descriptive study, carried out in the emergency care of a philanthropic institution, between February and September 2019. It were analyzed 129 urine cultures of patients with hypothesis diagnostic of UTI, who were prescribed antibiotics empirically. A greater involvement was evidenced in females: 101(78,3%) between 18 and 59 years of age: 98 (76%). Systemic arterial hypertension stood out as the most cited comorbidity: 15 (22,1%). The most common symptoms were low back pain: 60 (14,5%), dysuria: 52 (12,5%) and suprapubic pain: 48 (11,6%). Regarding the most prescribed antibiotics, the amoxicillin + clavulanic acid occupied the first place: 51 (39,2%), followed by ciprofloxacin: 25 (19,4%), nitrofurantoin: 14 (10,8%) and sulfamethoxazole + trimetropine: 11 (8,6%). Abnormal elements of sediment were not requested at 76 (59%) patients, and there was no bacterial growth in 49 (64.5%), however, all patients used antibiotics. The pathogens identified were *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* and *Proteus vulgaris*. Regarding antimicrobial resistance, the variables with significance were the etiological agent ( $p < 0.001$ ) and the comorbidities of the urinary system ( $p = 0.02$ ). Among the prescribed and tested antibiotics, sulfamethoxazole + trimetropine showed the highest resistance. Nitrofurantoin, cephalotin and amoxicillin + clavulanic acid also stood out. The study brings relevant aspects to clinical practice and safe prescribing, since it resulted in an outline of the microbiological profile, with their respective rates of bacterial resistance.

**KEYWORDS:** Antibiotic. Urinary system. Susceptibility to disease. Antimicrobial management. Drug prescriptions.

## INTRODUÇÃO

A inadequação das prescrições de antibióticos é uma das causas de resistência de alguns patógenos à ação antimicrobiana. Recentemente, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou esta não conformidade nas indicações de antibióticos em atendimentos ambulatoriais. Tal pesquisa concluiu que 23,2% das prescrições antimicrobianas eram inadequadas, ou seja, um a cada quatro pacientes recebeu uma receita não conforme (CHUA; FISCHER; LINDER, 2019).

Diferentes mecanismos possibilitam que patógenos se adaptem à ação dos antibióticos tornando-os resistentes. Porém, o mais agravante é a ocorrência da resistência

em bactérias causadoras de doenças comuns e frequentes como as infecções do trato urinário (ITU) (REIS *et al*, 2016). A ITU acomete mais de 100 milhões de pessoas anualmente e com consequentes impactos socioeconômicos. Estudos apontam a infecção urinária como uma das principais causas de prescrição antimicrobiana (MASSON *et al*, 2009).

Dentre os agentes etiológicos causadores da ITU, dois estão presentes na lista das bactérias resistentes mais comuns em todo o mundo: *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*, sendo a segunda a mais incidente nas infecções hospitalares e comunitárias, com até 65% de resistência a antibióticos prescritos frequentemente (WHO, 2014).

A alta incidência de ITU, o acesso restrito a urinocultura e demora nos resultados associados à sintomatologia desconfortável conduzem, em sua maioria, a instituição de antimicrobianos empíricos. Esta conduta apresenta um maior custo-benefício, além de ser justificada pela prevalência de uropatógenos da mesma família. Porém, estudos apontam para a necessidade de identificar o perfil de susceptibilidade microbiológica local a fim de estabelecer protocolos adequados a população assistida (NICOLLE *et al*, 2019).

As terapêuticas empíricas devem ser norteadas pelo delineamento infeccioso de uma dada população e de suas variantes como sexo, faixa etária, origem e antibioticoterapia prévia. Os fatores de susceptibilidade e resistência antimicrobiana são influenciados diretamente pelo consumo de antibióticos desta população e contaminação ambiental local. Desta forma, traçar fatores locais é fundamental para o planejamento de ações preventivas e minimizar a indução da resistência bacteriana local (BITENCOURT; PAVANELLI, 2014). Diante do exposto, o presente estudo teve o objetivo de analisar o perfil microbiológico, a susceptibilidade e prescrição empírica de antibióticos para infecção do trato urinário na população estudada.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e metodológico. Segundo Polit; Beck; Hungler (2011) é quantitativo pois constitui um processo objetivo e sistemático, utilizado para testar relações e inferir causas. Analítico por buscar averiguar uma hipótese utilizando ferramentas bioestatísticas e metodológico, por abranger a investigação de métodos para coleta e organização dos dados.

### Local do estudo e Amostra

O estudo foi desenvolvido na unidade de pronto atendimento adulto de uma instituição filantrópica localizada no interior de Minas Gerais. Este serviço atende a macrorregião do Vale do Jequitinhonha, que abrange 23 municípios circunvizinhos e possui média mensal de 3500 atendimentos.

Fizeram parte do estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior

a 18 anos, que procuraram atendimento na unidade apresentando queixas urinárias inespecíficas, que tiveram como hipótese diagnóstica a infecção do trato urinário e aos quais foram prescritos antibióticos empiricamente para tratamento do diagnóstico levantado pelo médico plantonista, totalizando 129 participantes, que compõe a amostra. O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional no semestre anterior ao delineamento da coleta, com um total populacional de 914, o tamanho amostral requerido foi de  $n = 129$  pacientes. O programa adotado para o cálculo amostral foi o R (R Core Team, 2017) versão 3.4.3.

### **Entrevista e coleta de dados**

Foi realizada de fevereiro a setembro do ano de 2019, utilizando-se um instrumento estruturado adaptado de Alves, Edelweis e Botelho (2016) para coleta de dados, contendo variáveis sociodemográficas: sexo, idade e procedência; e relacionados à história pregressa e atual: manifestação clínica, história prévia da infecção, comorbidades, uso prévio de antimicrobianos, agente etiológico, perfil de susceptibilidade antimicrobiana, conduta terapêutica instituída e desfecho do atendimento atual.

Para a entrevista e orientação dos pacientes para a coleta de urina, contou-se com três pesquisadores, que foram submetidos a treinamento e simulação do processo da pesquisa previamente, com o objetivo de padronizar a abordagem aos pacientes.

Ao solicitarem atendimento no pronto socorro, os pacientes eram inicialmente triados por um enfermeiro. Durante este processo o enfermeiro faz anotações referentes aos relatos dos clientes. Havendo qualquer queixa urinária o profissional responsável pela triagem comunicava, via telefone, ao pesquisador deste estudo, que se encontrava alocado no setor de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, para que pudesse contatar o paciente.

Vale enfatizar, que todas as amostras de urina eram exclusivas para o trabalho. Havendo solicitação médica de outro exame urinário, coletava-se em frascos diferentes, objetivando manipulação mínima das amostras para os exames de cultura deste estudo. Todas as diureses coletadas foram analisadas pelo laboratório terceirizado da instituição, não havendo interferência dos pesquisadores nos testes de perfis de susceptibilidade pré-estabelecidos do serviço laboratorial, nem mesmo do método utilizado pelo mesmo. Por isso, observa-se que nem todos os antibióticos prescritos no pronto atendimento foram registrados nos testes.

Durante a pesquisa 12 pacientes recusaram-se a participar. Um dos pacientes por não concordar com a hipótese diagnóstica médica de provável infecção urinária. Dois pacientes relataram não conseguirem coletar diurese no momento e desinteresse em participar. Nove informaram sintomatologia extremamente desconfortável e/ou dor, sentindo-se indispostos para a entrevista. Acredita-se que houveram mais perdas na amostra uma vez que não houve intervenção com pacientes que por ventura procuraram atendimento no período

noturno.

## Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do estudo pela direção da instituição e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o número 99329818.4.0000.5108, bem como da autorização dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se a distribuição da amostra dos pacientes com queixas urinárias conforme variáveis sociodemográficas, de saúde e características da ITU. A maioria dos participantes eram do sexo feminino, com idade mínima de 18 anos e a idade máxima de 95 anos. A média e a mediana foram respectivamente 47,5 e 45 anos e o desvio-padrão foi 22,24.

Variáveis	Distribuição		
	n	%	
<b>Sociodemográficas</b>			
Idade (anos)	18 a 59	98	76
	≥ 60	31	24
Sexo	Feminino	101	78,3
	Masculino	28	21,7
<b>Saúde</b>			
Comorbidades*	HAS	15	22,1
	DM	4	4,4
	HAS+DM	8	11,8
	Outras	16	23,5
	HAS+Outras	16	23,5
	DM+Outras	4	5,9
<b>Características da ITU</b>			
Classificação**	ITU baixa	33	25,6
	ITU alta/pielonefrite	17	13,2
	ITU complicada/sepse	6	4,6
	ITU não especificada	73	56,6
Manifestações clínicas	Dor lombar	60	14,5
	Disúria	52	12,5
	Dor suprapúbica	48	11,6
	Urina turva/avermelhada	44	10,6

	Urgência miccional	43	10,4
	Dor no abdome/flancos/virilha	40	9,5
	Febre	33	7,9
	Calafrios	21	5,1
	Náusea/vômitos	13	3,1
	Confusão mental/agitação	9	2,2
	Mal estar	9	2,2
Início dos sintomas	1 a 3 dias	52	40,3
	4 a 7 dias	33	25,6
	8 a 10 dias	5	3,9
	Mais que 11 dias	21	16,3
História prévia	Não sabe informar quantos dias	18	13,9
	Primeira ITU	13	10,1
	ITU no último ano	15	11,6
	ITU há mais de 1 ano	4	3,1
	ITU de repetição/crônica	11	8,5
	ITU prévia, mas não lembra a data	1	0,8
Uso prévio de antimicrobianos	Não sabe informar	85	65,9
	Não utilizaram	79	61,2
	Utilizaram	32	24,8
	Não souberam informar	18	14,0

\*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica / DM – Diabetes *Mellitus* / Outras - insuficiência renal, disfunção renal, bexiga neurogênica, estenose de uretra, doenças cardíacas, respiratórias, endócrinas e neurológicas

\*\*ITU – Infecção do Trato Urinário

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos pacientes com queixas urinárias conforme variáveis sociodemográficas, de saúde e características da ITU. Diamantina-MG, 2019.

Dentre as manifestações clínicas destaca-se a dor lombar, seguida de disúria, dor suprapúbica, urina turva ou avermelhada e urgência miccional, os demais sintomas sugestivos de ITU aparecem com menor frequência. Em relação ao início da sintomatologia até a procura por assistência no pronto atendimento, houve grande variação em números de dias, de um até mais que 11 dias, sendo que um corresponde à procura pelo serviço no dia em que apresentou o primeiro sintoma. Com média de 8,23 dias, mediana de 4 dias e desvio-padrão de 12,74. Ao serem questionados sobre o histórico de infecções urinárias anteriores, nota-se que a maioria não soube informar se se tratava do primeiro episódio de ITU.

Na Tabela 2, apresenta-se a distribuição dos tipos de prescrições empíricas de antibióticos conforme dosagem e duração do tratamento. Todas as prescrições foram realizadas empiricamente, ou seja, baseadas na sintomatologia, exame físico e em exames urinários de elementos anormais de sedimentos (EAS) alterados.

Antibiótico/dosagem	Duração (dias)	Distribuição	
		N	%
Amoxicilina + ácido clavulânico 500+125 mg	3	4	3
	5	12	9,3
	7	22	17
	10	9	6,9
	14	4	3
Amoxicilina + ácido clavulânico / Azitromicina 500+125 /500 mg	7	2	1,6
Amoxicilina + ácido clavulânico / Ceftriaxona 500+125 /2g	10	1	0,8
Ciprofloxacino 400 mg	5	3	2,3
	7	2	1,6
Ciprofloxacino 500 mg	5	5	3,8
	7	10	7,7
	10	1	0,8
Ciprofloxacino / Azitromicina 500/500 mg	2	1	0,8
Ciprofloxacino / Ceftriaxona 500mg/1g	5	1	0,8
Ciprofloxacino 1g	7	1	0,8
Ciprofloxacino / Nitrofurantoína 500mg/100mg	7 // 3	1	0,8
Ceftriaxona 1 g	7	8	6,2
	10	2	1,6
	14	1	0,8
Ceftriaxona / Metronidazol 1g/500mg	10	1	0,8
Nitrofurantoína 100mg	3	8	6,2
	5	5	3,8
Sulfametoxazol + trimetopina 800+160mg	3	5	3,8
	5	1	0,8
	6	1	0,8
	7	2	1,6
	14	2	1,6
Fosfomicina trometamol 5,631g	Única	6	4,6
Cefalexina 500mg	5	3	2,3
	7	1	0,8
Cefepime / Clindamicina 3g/2,4g	14	1	0,8
Ceftazidima 2g	10	1	0,8
Norfloxacin 400mg	10	1	0,8
Piperaciclina + tazobactam 4,5g	14	1	0,8

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de prescrições empíricas de antibióticos conforme intervalo e duração do tratamento. Diamantina-MG, 2019.

Amoxicilina + ácido clavulânico foi o medicamento mais prescrito, seja como droga única ou associada a outro antibiótico. Destacam-se também o ciprofloxacino, a nitrofurantoína e sulfametoxazol + trimetropina. Percebe-se que foram registradas variações das durações em dias de tratamento e em alguns casos, da dosagem.

Nota-se na tabela 3 a distribuição da amostra conforme solicitação de exame de EAS versus resultado de urocultura. Observa-se que dentre os participantes que não foram submetidos à exames prévios de EAS, a maioria não teve crescimento bacteriano na urocultura. Ao contrário, os pacientes que fizeram EAS antes do diagnóstico de ITU tiveram maior porcentagem de resultado positivo na urocultura.

	Solicitação de EAS*		Total n (%)
	SIM n (%)	NÃO n (%)	
COM crescimento Bacteriano	49 (92,5)	27 (35,5)	76 (59)
SEM crescimento bacteriano	4 (7,5)	49 (64,5)	53 (41)
Total	53 (100)	76 (100)	129 (100)

\* EAS: Elementos anormais de sedimento - realizado antes da prescrição do antibiótico.

Tabela 3: Distribuição da amostra conforme solicitação de exame de EAS versus resultado de urocultura. Diamantina-MG, 2019.

A tabela 4, com a distribuição dos resultados de urocultura que tiveram crescimento bacteriano, aponta que os microrganismos gram-negativos foram os uropatógenos mais prevalentes, com destaque para a *Escherichia coli*, bactéria mais isolada nas amostras coletadas. O único gram-positivo que cresceu em apenas duas coletas foi o *Staphylococcus sp.*

Microrganismo	Perfil de sensibilidade		Total
	Sensível n(%)	Resistente n(%)	
<i>Escherichia coli</i>	42 (71,2)	17 (28,8)	59
<i>Proteus mirabilis</i>	1 (10)	9 (90)	10
<i>Proteus vulgaris</i>	0 (0)	5 (100)	5
<i>Staphylococcus sp.</i>	1 (50)	1 (50)	2
Total	44	32	76

Tabela 4: Distribuição dos resultados de urocultura que apresentaram crescimento bacteriano conforme microrganismos isolados e perfil de sensibilidade a antibióticos. Diamantina-MG, 2019.



Através da análise bivariada, observada na tabela 5, verifica-se que as duas variáveis estatisticamente significativas à resistência antimicrobiana foram o agente etiológico com  $p < 0,001$  e as comorbidades que acometem o sistema urinário, com  $p = 0,02$ . Optou-se por testar o modelo multivariado (tabela 6) com todas as variáveis, inclusive as sociodemográficas, a fim de retirar o efeito de possíveis confundidoras e ainda assim, agente etiológico e outras comorbidades mantiveram-se associadas à RAM. As patologias citadas e agrupadas para a análise foram: insuficiência renal, disfunção renal, bexiga neurogênica e estenose de uretra.

Variável	Resistência		p-valor*
	Não n(%)	Sim n(%)	
<b>Faixa etária</b>			
<=25 anos	19(59,4)	13 (40,6)	0,945
26-45 anos	11(61,1)	7 (38,9)	
46-59 anos	5 (50,0)	5 (50,0)	
60 anos e mais	9 (56,3)	7 (43,7)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	8(66,7)	4(33,3)	0.502
Feminino	36(52,3)	28(43,7)	
<b>ITU prévia</b>			
Primeira ITU	9(90)	1(10)	0.085
ITU repetição/ultimo	10(55,6)	8(44,4)	
ITU há+1 ano/n sabe	25(52,1)	23(47,9)	
<b>ATB prévio (último ano)</b>			
NÃO	31(56,4)	24(43,6)	0.662
SIM	13(61,9)	8(38,1)	
<b>Agente etiológico</b>			
<i>E. coli</i>	42(71,2)	17(28,8)	<b>p&lt;0.001</b>
<i>Proteusmirabilis</i>	1(10)	9(90)	
<i>Proteusvulgaris</i>	0(0)	5(100)	
<i>Staphylococcuspp</i> (coagulase negativa)	1(50)	1(50)	
<b>Desfecho</b>			
Alta	37(61,7)	23(38,3)	0.197
Internação	7(43,7)	9(56,3)	
<b>Comorbidades</b>			
<b>HAS**</b>			
Não	25(56,8)	19(43,2)	0.824
Sim	19(59,4)	13(40,6)	
<b>DM***</b>			
Não	36(59,6)	23(40,4)	0.592

Sim	10(52,6)	9(47,4)	
<b>Outras****</b>			<b>0,02</b>
Não	27(60)	18(40)	
Sim urinário	2(20)	8(80)	
Sem informação	15(71,4)	6(28,6)	
<b>Hipótese diagnóstica (Classificação de ITU)</b>			
ITU alta	3(37,5)	5(62,5)	0.425
ITU baixa	14(66,7)	7(33,3)	
ITU complicada	1(100)	0(0)	
Não classificada	26(56,5)	20(43,5)	

\*Obtido com o teste do Quiquadrado

\*\* HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

\*\*\*DM – Diabetes *Mellitus*

\*\*\*\*Outras - insuficiência renal, disfunção renal, bexiga neurogênica e estenose de uretra

Tabela 5 - Análise bivariada entre a resistência bacteriana e variáveis sociodemográficas e de saúde na amostra estudada. Diamantina, 2019.

Na análise multivariada, apresentada na tabela 6, revelou-se significância ( $p=0,001$ ) na relação entre dois microrganismos identificados no estudo: *Proteus mirabilis* e *Proteus vulgaris* e a resistência antimicrobiana. Houve relação significativa também entre as comorbidades com acometimento em qualquer parte do sistema urinário e a RAM. Estas patologias foram agrupadas como “Sim COM urinárias”, e apresentaram significância de  $p=0,043$  (Tabela 6).

Variável	Resistência		RP (IC95%)*	p-valor
	Não n(%)	Sim n(%)		
<b>Comorbidade</b>				
Nenhuma	27 (60)	18 (40)	1	
Sim COM Urinárias	2 (20)	8 (80)	1,98 (1,01-2,89)	<b>0,04</b>
Sim SEM urinárias	15 (71,4)	6 (21,6)	1,49 (0,32-1,16)	0,14
<b>Agente etiológico</b>				
<i>E. coli</i>	42 (71,2)	17 (28,8)	1	
<i>Proteus mirabilis</i>	1 (10)	9 (90)	5,28 (2,14-5,28)	<b>&lt;0,001</b>
<i>Proteus vulgaris</i>	0	5(100)	3,96 (1,69-4,75)	<b>&lt;0,001</b>
<i>Staphylococcus spp</i>	1 (50)	1 (50)	1,29 (0,68-6,62)	0,20
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>32</b>		

\*Obtido pela Regressão de Poisson

Tabela 6 - Análise multivariada dos fatores associados à prevalência de resistência bacteriana na amostra estudada. Diamantina, 2019.

Entre os antibióticos testados, conforme a padronização pré-estabelecida pelo laboratório responsável, a sulfametoxazol + trimetropina foi o de maior perfil de resistência bacteriana, com 20 (62,5%); seguida pela nitrofurantoína e cefalotina, ambas resistentes em 14 amostras (43,7%). Destacam-se também o azetreonama com nove (28,1%) resultados resistentes, a amoxicilina + ácido clavulânico com cinco (15,6%) resistências e ampicilina também com cinco (15,6%). Em menor relevância, seguem a azitromicina, ampicilina + sulbactam, levofloxacino, gentamicina e tobramicina.

## DISCUSSÃO

O maior acometimento em adultos do sexo feminino e com porcentagem significativa de idosos está em concordância com a literatura. Sabe-se que a infecção urinária está entre as infecções mais comuns, somente suplantada pelas respiratórias. Apesar de acometer pacientes de todas as faixas etárias, a população adulta parece estar mais propensa, especialmente do sexo feminino, com prevalência que varia de 10% a 20%. Entre os idosos já não se observa esta diferença percentual em relação aos sexos (FERREIRA; BARROS; BRAGA, 2016).

As infecções urinárias são classificadas de acordo com o local de acometimento, ITU baixa (cistite) ou alta (pielonefrite) e a presença ou ausência de complicações. Classificar as infecções urinárias é de grande relevância epidemiológica, impactando especialmente nos tratamentos empíricos, recomendados a partir de registros da epidemiologia local (AGUINAGA *et al.*, 2018; GRABE *et al.*, 2018). No entanto, neste estudo, nota-se que a maioria dos pacientes com hipótese diagnóstica de ITU não tiveram sua patologia classificada adequadamente, pressupondo-se que a conduta estabelecida poderia não ser condizente com a classificação destas infecções.

Dos antibióticos descritos neste estudo, o mais prescrito foi amoxicilina + ácido clavulânico, seguido pelo ciprofloxacino. No entanto, há um consenso para que as aminopenicilinas não sejam indicadas para tratamento empírico devido à alta resistência da *Escherichia coli* em todo o mundo, especialmente quando se evidencia a alta prevalência deste patógeno no local do estudo. Já para as fluoroquinolonas, recomenda-se utilizá-las quando não houver outras alternativas, devido aos efeitos colaterais incapacitantes (BONKAT *et al.*, 2018). Mesmo sendo consideradas drogas de primeira escolha para tratamento de cistites, a nitrofurantoína e sulfametoxazol + trimetoprima apresentaram as maiores taxas de resistência. Com isso, é prudente que esses medicamentos não sejam as primeiras drogas a serem indicadas.

A variação encontrada na duração dos tratamentos prescritos solidifica a importância das condutas serem guiadas por diretrizes bem estabelecidas. Pode-se observar que o antimicrobiano mais prescrito, amoxicilina + ácido clavulânico, variou entre 3, 5, 7, 10 e 14 dias de tratamento. Outro antibiótico, sulfametoxazol + trimetoprima, amplamente utilizado,

também apresentou variações significativas com duração muito curta ou longa: 3, 5, 6, 7 e 14 dias. SPEK *et al* (2020) evidenciaram não conformidade nas prescrições de antimicrobianos para ITU em uma proporção de um para cada cinco pacientes. O tempo de duração do tratamento foi a principal inadequação, seja com terapêuticas antimicrobianas muito longas ou muito curtas. Outro estudo, também aponta o tempo de antibioticoterapia como um dos erros mais comuns de prescrição desta classe medicamentosa, além de inadequações quanto à RAM, já que os pacientes foram tratados empiricamente (MANSHAHIA *et al*, 2020).

Outra correlação interessante refere-se à realização do exame de EAS e a cultura de urina. Assis *et al* (2018) observaram que as amostras de urina coletadas para análise que não tiveram alterações no exame de EAS, também não obtiveram crescimento bacteriano após 48 horas de incubação, enquanto nas uroculturas positivas, observaram também a redução do nitrato em nitrito. Nesta pesquisa, observa-se que 76 (59%) participantes foram diagnosticados com ITU sem a solicitação do exame de EAS, utilizando-se apenas os critérios clínicos, dos quais 49 (64,5%) não tiveram crescimento bacteriano na urocultura. Dentre os 53 (41%) dos que foram solicitados EAS, 49 (92,45%) apresentaram resultado positivo na cultura da urina. Desta forma, ressalta-se a importância do exame de EAS para a triagem de possíveis pacientes com infecção.

Quanto aos agentes patogênicos de ITU, os dados encontrados estão em consonância com outros estudos, sendo identificadas *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Proteus vulgaris*. O único gram-positivo presente foi o *Staphylococcus sp.* com baixa frequência. Mesmo variando em diferentes comunidades, outros estudos apontam a *Escherichia coli*, como uma das bactérias isoladas mais frequentemente nestas infecções, além do *Proteus mirabilis* que também ocupa posição de destaque. Por serem microrganismos que residem na flora intestinal sua ascensão à bexiga é facilitada, especialmente em mulheres, por características anatômicas próprias como a uretra mais curta e a proximidade do ânus (HRBACEK; CERMAK; ZACHOVAL, 2020).

No que se refere ao perfil de resistência, sulfametoxazol + trimetoprima foi o medicamento com maior percentual de resistência, seguidos pela cefalotina e nitrofurantoína, além da amoxicilina + ácido clavulânico que também ocuparam posição de destaque entre os antimicrobianos resistentes, o que demonstra consonância dos resultados com a literatura especialmente pela *Escherichia coli* (SPITIA *et al*, 2019).

Os valores de resistência encontrados especialmente para *Escherichia coli* também corroboram com a literatura. Mortazavi-Tabatabael *et al* (2019) relataram uma taxa de 64% de resistência deste patógeno à sulfametoxazol + trimetoprima, enquanto Petca *et al* (2020), identificaram percentual de 14,13% de resistência à amoxicilina + ácido clavulânico.

Uma limitação do estudo está relacionada ao método de coleta das amostras de urina, uma vez que para o exame de urocultura, é preferível que seja colhido o jato médio da primeira urina do dia. A busca por atendimento com queixas urinárias ocorre durante todo

o dia e há orientação médica de início imediato do medicamento, o que inviabiliza colher a primeira diurese. Outra restrição é a demora nos resultados das culturas (acima de sete dias), impossibilitando adequações das condutas estabelecidas. Além disso, a amostra foi coletada por conveniência, ou seja, até alcançar o n correspondente a 129 participantes e não foi realizada no período noturno, pode ter ocorrido perdas nos atendimentos da noite. Ademais, não há como mensurar o grau de comprometimento dos profissionais do serviço, ocasionando eventuais perdas de participantes.

A despeito destas limitações, o estudo traz aspectos relevantes para a prática clínica e de prescrição segura, uma vez que resultou em um delineamento do perfil microbiológico, com suas respectivas taxas de resistência bacteriana, possibilitando a criação de um protocolo para as condutas de terapêutica empírica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os agentes patogênicos identificados demonstraram uma evidência significativa em relação a resistência antimicrobiana local, assim como, as comorbidades relacionadas ao sistema urinário relatadas pelos participantes. Isto posto, é imprescindível monitorar sistematicamente o perfil microbiológico local, como também caracterizar e acompanhar os agravos que acometem esses indivíduos, a fim de intervir precocemente.

Salienta-se que estudos como este, que buscam caracterizar a susceptibilidade microbiológica local é fundamental para uma contextualização epidemiológica regional e também nacional dada a extensão deste país. Ao traçar esse perfil, possibilita-se prestar uma assistência terapêutica mais fundamentada, contribuindo assim para a redução da resistência antimicrobiana.

Vale destacar que este estudo contemplou a execução e aplicação de um protocolo. Entretanto, por questões de normatização do capítulo no qual esse artigo está inserido, não foi possível apresentá-lo, fato que ocorrerá em capítulo a ser, em breve, publicado.

## REFERÊNCIAS

AGUINAGA, A. *et al.* *Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra.* **An. Sist. Sanit. Navar**, v. 41, n. 1, p. 17-26, 2018. DOI: [doi.org/10.23938/ASSN.0125](https://doi.org/10.23938/ASSN.0125). Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/asigna/v41n1/1137-6627-asigna-41-01-17.pdf>. Acesso em: julho de 2020

ALVES, D. M. S.; EDELWEIS, M. K.; BOTELHO, L. J. Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência e susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1187](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1187). Acesso em: fevereiro de 2018.

ASSIS, T. P. *et al.* A incidência de infecções no trato urinário: uma análise documental de prontuários. **REBES – Rev. Brasileira de Educação em Saúde**, v. 8, n. 4, p. 58-64, 2018. ISSN 2358-2391 DOI: <https://10.18378/rebes.v8i4.6115> Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES>

BITENCOURT, J. S.; PAVANELLI, M. F. Infecção urinária em pacientes de cuidados de saúde pública de Campo Mourão-PR, Brasil: bacteriana prevalência e sensibilidade perfil. **J. Bras. Patol. Med. Lab**, v. 50, n. 5, p. 346-351, 2014. ISSN 1678-4774. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20140038>. Acesso em: janeiro de 2018.

BONKAT, G. *et al* (Coord.). *Urological Infections. European Association of Urology EAU*. 2018. IBSN 978-94-92671-07-3. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/>. Acesso em: setembro de 2020.

CHUA, K.; FISCHER, M. A.; LINDER, J. A. *Appropriateness of outpatient antibiotic prescribing among privately insured US patients: ICD-10-CM based cross sectional study*. **BMJ**. 2019. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.k5092>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k5092>. Acesso em: dezembro de 2020.

FERREIRA, R. C.; BARROS, C. E.; BRAGA, A. L. Perfil de infecção urinária associada à taxa de glicemia alterada. **Rev. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, n. 4, p. 346-351, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.21877/2448-3877.201600485>.

GRABE, M. *et al*. *Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology*, 2018. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2018-large-text.pdf>. Acesso em: julho de 2020.

HRBACEK, J.; CERMAK, P.; ZACHOVAL, R. *Current Antibiotic Resistance Trends of Uropathogens in Central Europe: Survey from a Tertiary Hospital Urology Department 2011–2019*. **Journal List Antibiotics**, v. 9, n. 9, p. 630, 2020. DOI: 10.3390/antibiotics9090630 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559630/>. Acesso em: janeiro de 2021.

MANSHAHIA, P. S. *et al*. *A prospective, follow up study to assess guidelines compliance in uncomplicated urinary tract infection*. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 8, p. 4292-4297, 2020. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_849\_20 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7586631/> Acesso em: janeiro de 2021.

MASSON, P. *et al*. *Meta-analyses in Prevention and Treatment of Urinary Tract Infections*. **Infect Dis Clin N Am**, v. 23, n. 2, p. 355-385, 2009. DOI:10.1016/j.idc.2009.01.00. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19393914/>. Acesso em: agosto de 2020.

MORTAZAVI-TABATABAEI, S. A. R. *et al*, 2019. *Pattern of Antibacterial Resistance in Urinary Tract Infections: A Systematic Review and Meta-analysis*. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 10, n. 169, (várias paginações), 2019. DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_419\_17 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6826787/> Acesso em: janeiro de 2021.

NICOLLE, L. E., *et al*. *Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America*. **Clinical Infectious Diseases**, v. 68, n. 10, p. 83-110, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciy1121>. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/68/10/e83/5407612>. Acesso em: julho de 2020.

PETCA, R.-C. *et al*. *Spectrum and Antibiotic Resistance of Uropathogens in Romanian Females*. **Journal List Antibiotics**, v. 9, n. 8, p. 472, 2020. DOI: 10.3390/antibiotics9080472 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459805/> Acesso em: janeiro de 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. **Porto Alegre: Artmed**, p. 406-26, 2011.

R Core Team. R: ***A language and environment for statistical computing***. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2017. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: abril de 2018.

REIS, A. C. C.; et al. Ciprofloxacin resistance pattern among bacteria isolated from patients with community-acquired urinary tract infection. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 58, n. 53, (várias paginações), 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1678-9946201658053>. Acesso em: janeiro de 2018.

SPEK, M. et al. *Workload, diagnostic work-up and treatment of urinary tract infections in adults during out-of-hours primary care: a retrospective cohort study*. **BMC Family Practice**, 2020. DOI: 10.1186/s12875-020-01305-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7653778/>. Acesso em: janeiro de 2021.

SPITIA, J. D. C. et al. *Etiología y perfil de resistencia antimicrobiana en pacientes con infección urinaria*. **Rev. Infectio**, v. 23, n. 1, p. 45-51, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v23i1.755>. Disponível em: <https://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n1/0123-9392-inf-23-01-00045.pdf>. Acesso em: julho de 2020.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **South-East Asia: WHO, WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health**, 2014. Disponível em: <http://www.searo.who.int/mediacentre/releases/2014/pr1574/en/>. Acesso em: janeiro de 2018.

## **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

Acidentes 158, 218, 220, 260

Acolhimento 7, 51, 59, 73, 80, 81, 86, 87, 100, 110, 113, 149, 151, 153, 155, 177, 240, 242, 243, 244, 249, 254, 256, 258, 260, 261, 262

Acupuntura 110, 111, 120, 128, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147

Alívio 2, 6, 35, 77, 111, 115, 116, 119, 120, 121, 138, 139

Aromaterapia 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 129

Assistência centrada no paciente 75

Assistência de enfermagem 18, 36, 49, 52, 53, 73, 91, 97, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 148, 149, 152, 153, 154, 157, 159, 163, 166, 171, 172, 174, 202, 218, 223, 224, 225, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 252, 253, 265

### B

Bilirrubina 66, 69, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101

### C

Câncer 2, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 36, 37, 138, 227, 228, 229, 235, 236, 247, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328

Centros de assistência à gravidez e ao parto 75

Cirurgia ambulatorial 205, 216, 217

Coagulação intravascular disseminada 62, 63, 64, 73, 74

Covid-19 75, 76, 77, 78, 81, 83, 87, 88, 90, 154, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 292, 293, 295, 296, 297, 306, 311, 312, 313, 317

Cuidado 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 65, 68, 69, 70, 73, 75, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 93, 97, 98, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 141, 142, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 176, 177, 183, 188, 194, 196, 198, 200, 202, 215, 226, 229, 233, 234, 236, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 252, 253, 264, 273, 294, 304, 305, 306, 313, 319

Cuidados de enfermagem 13, 25, 62, 93, 98, 103, 104, 107, 108, 116, 131, 137, 149, 151, 160, 161, 164, 191, 199, 215, 243, 256, 278, 305

Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38

## D

Dificuldades 8, 26, 29, 30, 31, 35, 36, 41, 49, 52, 53, 54, 55, 59, 61, 153, 159, 174, 177, 178, 179, 241, 242, 244, 256, 268, 273, 274

Dor 2, 3, 6, 7, 18, 20, 21, 27, 32, 33, 34, 37, 66, 69, 77, 83, 106, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 119, 120, 121, 138, 139, 143, 144, 163, 166, 167, 169, 172, 198, 215, 246, 247, 251, 312, 313, 329, 332, 333, 334

Dreno 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

## E

Emergências 254, 255, 256, 257, 261

Emoções 21, 27, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 311

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 60, 61, 62, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 91, 93, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 114, 115, 116, 119, 121, 122, 123, 124, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 215, 216, 217, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 249, 252, 253, 254, 256, 257, 259, 260, 262, 263, 264, 265, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 284, 287, 288, 289, 290, 292, 295, 296, 297, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 329, 342, 344

Enfermagem oncológica 13, 17, 18, 21, 37, 305

Enfermeiros 6, 7, 8, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 60, 61, 73, 97, 105, 112, 122, 126, 128, 129, 130, 133, 136, 138, 139, 140, 141, 144, 146, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 159, 162, 164, 166, 170, 171, 186, 218, 221, 224, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 258, 262, 264, 274, 276, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 294, 295, 297, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313

Enterocolite necrosante 102, 103, 104, 108, 109

Escrita manual 39

Esgotamento 192, 193, 194, 292, 297, 299, 300, 302, 303, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313

## G

Gestação 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 66, 69, 70, 78, 80, 83, 84, 85, 86, 93, 97, 111, 120, 187, 266

Gravidez de alto risco 62

## H

Humanização da assistência 30, 31, 36, 149, 151, 155, 261

## I

Icterícia neonatal 91, 93, 100, 101

Idoso 218, 219, 220, 223, 236

## K

Kernicterus 91, 92, 93, 94, 100

## M

Morte 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 19, 21, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 63, 170, 273

Motivação 26, 30, 68, 180, 183, 279, 283, 286, 287, 289, 293, 306, 308

## N

Nefrectomia 205, 215, 216

## O

Óleo essencial 111, 114, 115, 116

Oncologia 1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 39, 40, 41, 302

## P

Paciente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 57, 63, 65, 69, 70, 72, 75, 81, 85, 91, 92, 93, 97, 99, 105, 108, 110, 113, 116, 123, 124, 129, 133, 134, 137, 142, 143, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 171, 173, 176, 177, 181, 184, 187, 188, 189, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 205, 215, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 238, 239, 241, 244, 245, 251, 254, 255, 256, 260, 261, 269, 273, 274, 275, 278, 299, 312, 314, 332, 344

Parto 50, 65, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 101, 110, 111, 112, 113, 117, 119, 120, 121, 139, 143, 187

Pós-operatório 192, 193, 194, 195, 201, 202, 205, 215

Práticas integrativas 110, 111, 112, 113, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 137, 140, 141, 142, 145, 147, 243

Prematuro 76, 103, 104, 105, 106, 107

Pré-natal 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 78, 80

Pré-operatório 205, 215

Prevenção 2, 6, 18, 19, 22, 23, 50, 51, 52, 72, 89, 91, 100, 104, 105, 106, 108, 110, 111,

123, 129, 131, 133, 136, 141, 145, 147, 168, 176, 177, 218, 220, 221, 222, 224, 225, 227, 228, 229, 233, 235, 241, 264, 265, 269, 300, 302, 304, 306, 312, 319, 320, 328

Processo de enfermagem 37, 62, 73, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 171, 172, 173, 189, 241, 243, 244, 252, 253

Protocolo 61, 93, 107, 108, 134, 138, 225, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 297, 341

## Q

Quedas 164, 166, 172, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 294

Queimaduras 98, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 172, 173, 321

## R

Reações emocionais 21, 26, 30, 32, 33, 34, 35, 36

Recém-nascido 55, 77, 78, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106

Redes sociais 263, 270, 277

Relações enfermeiro-paciente 149, 151

## S

Saúde 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 93, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 163, 165, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 188, 191, 193, 195, 202, 216, 218, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 275, 279, 280, 283, 284, 285, 292, 294, 295, 297, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 319, 321, 328, 329, 333, 334, 338, 341, 342, 344

Segurança 14, 43, 46, 58, 81, 83, 87, 116, 132, 163, 164, 170, 183, 187, 192, 193, 198, 201, 202, 218, 220, 221, 222, 224, 225, 239, 259, 274, 279, 285, 287, 299, 320, 344

Sentimentos de perda 39

Socioeconômicos 49, 52, 125, 331

Surdos 174, 175, 176, 177, 179, 180

## T

Terapia coadjuvante 131

Transtornos mentais 174, 242, 243, 244, 252

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM

# III





# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM

# III

