



TECNOLOGIAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM:

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA 2

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)


Ano 2022



TECNOLOGIAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM:

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA 2

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)


Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

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



Tecnologias e o cuidado de enfermagem: contribuições para a prática 2

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T255 Tecnologias e o cuidado de enfermagem: contribuições para a prática 2 / 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 978-65-258-0194-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.940221306>

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

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “Tecnologias e o Cuidado de Enfermagem: Contribuições para a Prática 2”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Enfermagem. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais que envolvem tecnologias e o cuidado de enfermagem. Dentre algumas discussões, tem-se o processo de enfermagem na prevenção de lesões por pressão; o uso da toxina botulínica; cuidados paliativos em ambiente domiciliar; cuidados com os cateteres venosos periféricos; principais diagnósticos de enfermagem frente ao acidente vascular encefálico; técnica de injeção intramuscular; a enfermagem forense; atuação da enfermagem na prevenção de infecções hospitalares e na central de material e esterilização; atuação da enfermagem no centro cirúrgico e no pós-operatório; alterações renais provocadas por medicamentos; assistência humanizada; avaliação das competências adquiridas durante a graduação; importância do Serviço Social na assistência à saúde; atuação da enfermagem frente ao COVID-19; assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil e a importância das práticas saudáveis de alimentação infantil.

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 ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO MANEJO TERAPÊUTICO E PREVENTIVO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Lucas da Silva Teixeira
Danilo Trigueiro de Moura
Samara Raiany Borges de Anselmo
Rian Clares Silvestre
Josefa Melo da Silva
Clecianna Alves Cruz
Rayanne de Sousa Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213061>

CAPÍTULO 2..... 11

A TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: TRATAMENTO ALTERNATIVO NA TERAPÊUTICA DA PARALISIA FACIAL E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Ana Carolline Pires Furtado
Luciana Arantes Dantas
Jacqueline da Silva Guimarães dos Santos
Manoel Aguiar Neto Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213062>

CAPÍTULO 3..... 20

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Fabiana Alves Soares
Raylena Martins da Costa
Fabrícia Alves Soares
Jardel da Silva Santos
Francisco Lucas Alves Soares
Rosa Maria Assunção de Queiroga
Meryhelen Costa Moura
Wilma Lemos Privado
Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva
Nivya Carla de Oliveira Pereira Rolim
Karla Kelma Almeida Rocha
Mayane Cristina Pereira Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213063>

CAPÍTULO 4..... 30

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FLEBITE APÓS CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

David Rafael Pereira Ventura
João Filipe Fernandes Lindo Simões
José Alberto da Silva Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213064>

CAPÍTULO 5..... 42

CATETER PERIFÉRICO COM SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Mitzy Tannia Reichembach Danski
Gabriella Lemes Rodrigues de Oliveira
Luana Lenzi
Edivane Pedrolo
Derdried Athanasio Johann
Simone Martins Nascimento Piubello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213065>

CAPÍTULO 6..... 60

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA TÉCNICA DE INJEÇÃO INTRAMUSCULAR

Gabriela dos Santos Fazano
Júlia Peres Pinto
Rita de Cássia Silva Vieira Janicas
Cristina Rodrigues Padula Coiado
Sandra Maria da Penha Conceição
Tatiana Magnaboschi Villaça
Jacilene dos Santos Fasani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213066>

CAPÍTULO 7..... 70

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Evellyn Victória dos Santos Monteiro
Fátima Regina Cividini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213067>

CAPÍTULO 8..... 81

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Elizabete Rosane Palharini Yoneda Kahl
Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Ivana Duarte Brum
Rosane Maria Sordi
Mari Angela Victoria Lourenci
Terezinha de Fátima Gorreis
Rosa Helena Kreutz Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213068>

CAPÍTULO 9..... 92

TRAJETÓRIA HOSPITALAR DEVIDO À INFECÇÃO POR *Pseudomonas aeruginosa*: DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Ana Paula Medeiros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9402213069>

CAPÍTULO 10..... 94

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José Ricardo Lucas de Castro Junior
Amanda Maria Pereira de Menezes
Máguida Gomes da Silva
Ana Karine Mesquita de Sousa
João Paulo Fernandes de Souza
Ana Carolina Farias da Rocha
Almir Rogério Rabelo da Silva
Jose Luis da Luz Gomes
Dayane Estephne Matos de Souza
Maria das Graças Celestino Silva
Cristina Costa Bessa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130610>

CAPÍTULO 11 101

GABINETE PARA DESINFECÇÃO DE PAPÉIS ATRAVÉS DE LUZ ULTRAVIOLETA EM AMBIENTES HOSPITALARES

Rosiellen Sanávio Sene de Oliveira
Michele Cristina Batiston
José Rodrigo de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130611>

CAPÍTULO 12..... 113

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

Raquel dos Santos de Jesus Amorim
Luciana Arantes Dantas
Jacqueline da Silva Guimarães dos Santos
Manoel Aguiar Neto Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130612>

CAPÍTULO 13..... 124

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PÓS- OPERATÓRIO E SUAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Luciana Martins Ribeiro
Luzimare de Matos Avelino Ventura
Kelly Monte Santo Fontes
Pamela Nery do Lago
Mariana Regina Pinto Pereira
Karine Alkmim Durães
Laiana Otto da Costa
Karine Letícia de Araújo Costa
Fabiola Fontes Padovani
Luzia Maria dos Santos
Leonardo Oliveira Silva
Heloisa da Silva Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130613>

CAPÍTULO 14..... 133

ALTERAÇÕES RENAIIS PROVOCADOS PELO USO CRÔNICO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Mariane Vieira Barroso
Sonia Pantoja Nascimento Lima
Polyana Magalhães Pereira
Denise Ramos Rangel Bolzan
Thiago Pontes da Fonseca
Luzinete Araujo Nepumoceno
Paulo Humberto Teixeira
Andreia Morais Teixeira
Erineuda Maria Bezerra Moura
Zoneide Maria Bezerra
Ana Cláudia Rodrigues da Silva
Thais Máximo Resende Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130614>

CAPÍTULO 15..... 144

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Andreia Tanara de Carvalho
Rosane Maria Sordi
Liege Segabinazzi Lunardi
Terezinha de Fátima Gorreis
Flávia Giendruczak da Silva
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Ana Paula Wunder
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Alice Beatriz Bennemann

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130615>

CAPÍTULO 16..... 155

PERCEPÇÃO DAS GRADUANDAS SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA DURANTE O PARTO

Bruna Langelli Lopes
Laura Giulia Adriano Borges
Débora Fernanda Colombara
Thalita Luiza Madoglio
Nathalia Domingues de Oliveira
Simone Buchignani Maigret
Patrícia Elda Sobrinho Scudeler
Michelle Cristine de Oliveira Minharro
Natália Augusto Benedetti
Gianfábio Pimentel Franco

Marcio Rossato Badke
Marcos Aurélio Matos Lemões

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130616>

CAPÍTULO 17..... 168

SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO MARANHÃO

Francisca Paula Araújo Matias
Monyka Brito Lima dos Santos
Aida Patricia da Fonseca Dias Silva
Selma Fernanda Silva Arruda
Romário Pontes Cardoso
Nara Franklin Santos Martins
Fabiana Freire Anastácio
Jordeilson Luis Araújo Silva
Quelrinele Vieira Guimarães
Eveline Thomaz Moura Santos de Vasconcelos Soares
Michelline Brayner Pereira Roxo
Lívia Martins Dantas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130617>

CAPÍTULO 18..... 180

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO, PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE LOS EGRESADOS DE ENFERMERÍA, SOBRE LA SUFICIENCIA DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL

Luz Ayda Saldarriaga Gallego
Freddy Leon Valencia Arroyave
Edgardo Ramos Caballero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130618>

CAPÍTULO 19..... 193

DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS A FRENTE DO MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19 SOB CUIDADOS CRÍTICOS

Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito
Sarah Vieira Figueiredo
Ana Gleice da Silveira Mota
Luiza Marques Cavalcante
Ana Lydiane Saldanha de Oliveira
Antônio Elizon Amorin de Sousa
Juliana Campos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130619>

CAPÍTULO 20..... 202

PREVENÇÃO DO COVID-19 NA COMUNIDADE DE MENDANHA – MG: PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA E AÇÃO EDUCATIVA

Paulo Celso Prado Telles Filho
Christiane Motta Araújo

Carolina Pires Ferreira
Giovanna Brandão de Moraes
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130620>

CAPÍTULO 21..... 212

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nayara Sousa de Mesquita
Pamela Nery do Lago
Raquel Resende Cabral de Castro e Silva
Paola Conceição da Silva
Priscila Tafuri de Paiva
Simone Aparecida de Souza Freitas
Merilaine Isabel dos Santos
Priscila de Oliveira Martins
João Batista Camargos Junior
Maria Ivanilde de Andrade
Tatiana Lamounier Silva
Raiane Almeida Silva
Tamara Olímpio Prado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130621>

CAPÍTULO 22..... 220

**A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS E SEGURAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL
COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL**

Claudia Nery Teixeira Palombo
Jessiane Machado Alves Almeida
Lisiane Silva Carvalho Sacramento
Clécia Souza da Silva Gil Ferreira
Tayelle Cristina de Souza Takamatsu
Cíntia Michelle Alexandria Nepomuceno
Liliam Dayse Ramos Silva dos Santos
Jamile Santos Oliveira
Tatiane Pina Santos Linhares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94022130622>

SOBRE O ORGANIZADOR 230

ÍNDICE REMISSIVO..... 231

CAPÍTULO 1

A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO MANEJO TERAPÊUTICO E PREVENTIVO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/04/2022

Lucas da Silva Teixeira

Graduando do curso de Enfermagem no Centro
Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Icó-CE
<http://lattes.cnpq.br/6412373059808068>

Danilo Trigueiro de Moura

Graduando do curso de Enfermagem no Centro
Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Icó-CE
<http://lattes.cnpq.br/3023466146045091>

Samara Raiany Borges de Anselmo

Graduanda do curso de Enfermagem no centro
Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Icó-CE
<http://lattes.cnpq.br/0795705912454965>

Rian Clares Silvestre

Graduando do curso de Enfermagem no Centro
Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Icó-CE
<http://lattes.cnpq.br/7630993354737163>

Josefa Melo da Silva

Graduanda do curso de Enfermagem no Centro
Universitário Vale do Salgado (UNIVS)
Icó-CE
<http://lattes.cnpq.br/2341946229151001>

Clecianna Alves Cruz

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade
de Fortaleza (UNIFOR)
Docente do curso de Enfermagem e
Fisioterapia Centro Universitário Vale do
Salgado - UNIVS
Icó -CE
<http://lattes.cnpq.br/7391016294866985>

Rayanne de Sousa Barbosa

Mestre em Enfermagem pela Universidade
Regional do Cariri (URCA)
Docente do curso de Enfermagem e
Fisioterapia Centro Universitário Vale do
Salgado - UNIVS
Icó -CE
<http://lattes.cnpq.br/9578582904117514>

RESUMO: Objetivo: Identificar na literatura a atuação da Enfermagem no manejo terapêutico e preventivo das lesões por pressão. **Métodos:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de modo descritivo, com tipologia qualitativa. A pesquisa ocorreu entre os meses de Agosto e Setembro de 2021. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (ScieLO) no período de 2016 a 2021. **Resultados:** Foram analisados um total de 9 artigos originais, sendo perceptível que as lesões por pressão são comumente relacionadas às regiões corporais de proeminências ósseas, cisalhamento, fricção e demais fatores presentes no indivíduo que geram a lesão tegumentar, apresentam retardo cicatricial, presença de dor e desconforto. A importância da utilização da Escala de Braden,

classificação das lesões e aplicação de medidas preventivas. **Conclusão:** Percebe-se a escassez de profissionais especializados na área, mostrando-se necessário a realização de capacitações, cursos de aprimoramento e especialização na área, acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro no âmbito do manejo terapêutico e preventivo de lesões por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Promoção da Saúde, Lesão Por Pressão.

THE ROLE OF NURSING IN THE THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MANAGEMENT OF PRESSURE INJURIES

ABSTRACT: Objective: To identify in the literature the role of Nursing in the therapeutic and preventive management of pressure injuries. **Methods:** This is an Integrative Literature Review (ILR), in a descriptive way, with a qualitative typology. The research took place between August and September 2021. Data were collected in the Virtual Health Library (BVS) and Scielo from 2016 to 2021. **Results:** A total of 9 original articles were analyzed, and it is noticeable that the lesions by pressure are commonly related to the body regions of bony prominences, shear, friction and other factors present in the individual that generate the integumentary lesion, present healing delay, presence of pain and discomfort. The importance of using the Braden Scale, classification of injuries and application of preventive measures. **Conclusion:** There is a shortage of specialized professionals in the area, showing that it is necessary to carry out training, improvement and specialization courses in the area, about the care provided by nurses in the context of the therapeutic and preventive management of pressure injuries.

KEYWORDS: Nursing, Health Promotion, Pressure Injury.

1 | INTRODUÇÃO

Tratar de lesões é uma atividade regular no cotidiano do profissional enfermeiro, assim, o mesmo presta cuidados a respeito das Lesões por Pressão (LPP's) estas que são definidas pela *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP), *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA), como um tipo de dano situado na pele e/ou tecidos moles subjacentes (pele intacta ou ferida aberta, dolorosa) de consequência por uma pressão e/ou aliado a uma a fricção, comumente sobre um tipo de proeminência óssea ou com relação a um dispositivo médico ou outro artefato (GUIDELINE, 2019).

Ainda que, os avanços tecnológicos/científicos sejam existentes atualmente adjunto da evolução dos métodos de cuidados à saúde, os acontecimentos de LPP são muito altos e variam de 23,1% a 59,5%, especialmente em pacientes que estão no setor de terapia intensiva. Tanto que pesquisas apontam diversos índices na ocorrência de lesão por pressão decorrente a variados fatores, a exemplo o posicionamento dos pacientes, este que se mostra como causa em 13% nos Estados Unidos, e no Brasil apresentando variações entre 10,1%, 21,7% e 77%. Aliado ainda ao fato que o tratamento da LPP se associa aos altos custos, tendo em vista que quanto maior a gravidade da lesão, elevado

será o gasto com o tratamento, este que se demonstra com valor médio de US\$11,9 nos estágios 2, 3, 4 e lesão não classificável (BUSO et al., 2021).

Diante das situações vivenciadas pelo profissional enfermeiro em diversificadas áreas de atuação, de enfoque principal naquelas que apresentam pacientes de elevada permanência nos setores assistenciais, como em casos de internações, direcionamento ao setor de Terapia Intensiva (UTI), ambiente de observação, e dentre outros, pode-se observar que o enfermeiro tem grande importância de atuação frente a classificação e prevenção no que se refere a Lesões por Pressão.

As LPP's são consideradas uma problemática séria, haja vista a longevidade de permanência dos pacientes no âmbito assistencial, que se dá pela necessidade de tratamento mais lento, possibilitando o surgimento de tais lesões, especialmente em pessoas idosas e portadores de doenças degenerativas crônicas, além dos índices altos que indicam maior incidência em lugares de proeminência óssea, pressão externa ou cisalhamento (PEREIRA; NOGUEIRA, 2020).

Assim o enfermeiro atuante em tais situações deve obter como características: a compreensão acerca dos aspectos morfológicos e fisiológicos dos tecidos presentes no corpo humano, como também os fatores de riscos que podem ocasionar as lesões, a classificação/avaliação de tais lesões quando estas estão presentes nos pacientes e qual procedimento será realizado como tratamento, bem como as fases cicatriciais que se observam em uma ferida (FRAZÃO et al., 2017).

O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura a atuação da Enfermagem no manejo terapêutico e preventivo das lesões por pressão. Assim, colaborando para uma diminuição dos danos/agravos da situação clínica do paciente.

O estudo justifica-se pela importância da atuação da enfermagem no manejo terapêutico e preventivo das LPP's, que tem se apresentado como estratégias de alto nível acerca de sua eficácia, propiciando o desenvolvimento de capacidades e aprimoramentos nas práticas clínicas, e possibilitando uma qualidade de vida e conforto para o paciente acometido por Lesões por Pressão. Sendo assim, se enxerga que o profissional deve ter primariamente um olhar humanizado e holístico aos pacientes que se fazem presentes, com certa permanência no local assistencial em que estão inseridos, visando cuidar de tais pacientes com excelência, promovendo o bem-estar dos mesmos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), de modo descritivo, com tipologia qualitativa. Valendo ressaltar que a pesquisa bibliográfica não demonstra ser baseada a uma simples repetição do que já se teve exposição, seja de forma verbal ou escrita abordado sobre determinado assunto, e sim em promover a minuciosa análise de tal assunto sob um inovador enfoque ou abordagem, podendo obter-se resultados conclusivos

e atualizados (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Desta maneira, as questões norteadoras de tal pesquisa foram as seguintes: O que as publicações científicas expõem acerca da importância na classificação/avaliação e prevenção de Lesões por Pressão? Quais as principais etiologias de LPP's encontradas com elevada frequência nos serviços de Saúde? Qual o papel do Enfermeiro frente a classificação e prevenção das LPP's?

A pesquisa ocorreu entre os meses de Agosto e Setembro de 2021, por meio do cruzamento dos seguintes descritores e palavras escolhidas a modo prévio: “Enfermagem”, “Promoção da Saúde” e “Lesão Por Pressão” na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (ScieLO), sendo escolhidos artigos em língua portuguesa, e inglesa. Utilizou-se o operador booleano “AND” em todas as combinações da seguinte forma: “Enfermagem and Lesão Por Pressão”, “Enfermagem and Promoção da Saúde”, e “Promoção da Saúde and Lesão Por Pressão”.

Para a seleção da amostra, se utilizou como critérios de inclusão: as pesquisas originais ou estudo de caso, com o enfoque qualitativo, publicado tais estudos na íntegra, com a linguagem em português, inglês ou espanhol, em recorte temporal de 2016 a 2021. Os estudos ainda deveriam descrever, no título ou resumo, úlcera/Lesão por pressão. Como critérios exclusivos: Artigos de revisão, relatos de experiência, cartas, teses, dissertações e estudos duplicados. E como critérios de inclusão: Artigos científicos na íntegra (pesquisas quali/quantitativas, qualitativas e quantitativos), e os que respondem as questões norteadoras deste estudo.

3 | RESULTADOS

A procura inicial realizada nas bases de dados obteve-se 110 artigos, que após filtragem observou-se a presença de 52 em amostra inicial, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, aliada a leitura detalhada e na íntegra de tais artigos, possibilitou uma amostra final com 9 artigos.

Com a realização da análise dos estudos selecionados, pode-se perceber que as lesões por pressão são comumente relacionadas às regiões corporais de proeminências ósseas, cisalhamento, fricção e demais fatores presentes no indivíduo que geram a lesão tegumentar, apresentam retardo cicatricial, presença de dor e desconforto. Com isso em vista, relaciona-se a seguir (Quadro 1) tais fatores externos e internos influenciam nas causas e se caracterizam como fatores de risco para o aparecimento de LPP's com base nas literaturas pesquisadas (FAVRETO et al., 2017).

Fatores Externos	Fatores Internos
Pressão	Extremos de Idade
Cisalhamento	Comorbidades
Umidade	Estado Nutricional
Fricção	Hidratação
Apoio das proeminências ósseas e falta de mudança de decúbito.	Condições de mobilidade e nível de consciência

Quadro 1 - Etiologias e motivos dos fatores de risco para lesões por pressão.

Fonte: Favreto, FJL et.al, 2017.

Como já visto que as lesões por pressão são consideradas eventos adversos, e que tem seus acontecimentos na fase de prestação de assistência prolongada, é perceptível, por tanto outro adicional para verificação de fatores de riscos de LPP's, ao qual se refere e se mostra relevante este sendo segundo os estudos o método de utilização da escala de Braden (Quadro 2), na qual se avalia os seguintes fatores de risco:

Escala de Braden				
	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Excessivamente úmida	Muita umidade	Ocasionalmente úmida	Raramente úmida
Atividade	Acamado	Sentado	Pouca limitação	Sem limitação
Mobilidade	Imóvel	Muito limitada	Pouca limitada	Sem limitação
Nutrição	Deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema aparente	-----
Total	15 a 16 risco baixo		12 a 14 risco moderado	<11 alto risco

Quadro 2 - Escala de Braden

Fonte: Barbara Braden.

Demonstrando desse modo que a aplicabilidade da Escala de Braden reverbera equilíbrio por meio da especificidade e sensibilidade observada, auxiliando os profissionais sobre a procura de intervenções baseadas em evidências, promovendo debate quanto a necessidade a ser efetuada a sistema, visando o atendimento às reais carências e necessidades de saúde dos clientes (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

Concernente a isso, obteve-se também o registro (Quadro 3) em que o conhecimento

em classificações de lesões por pressão se mostra fundamental para o atendimento a pacientes que já apresentam a existência das mesmas, seguindo o modelo da Associação Brasileira de Estomaterapia de classificação das LPP's e seus estágios.

Estágios	Classificação/Definição
Estágio I	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece.
Estágio II	Perda parcial da pele, com coloração rosa ou vermelha, aspecto úmido, exposição da derme e podendo apresentar-se como um tipo de bolha intacta ou rompida.
Estágio III	Perda da pele em sua espessura total com tecido adiposo visível, apresentando tecido de granulação, podendo ocorrer descolamento e túneis.
Estágio IV	Perda da pele em sua espessura total com exposição direta da fáscia, tendão, ligamento, músculo, esfacelo e/ou escara podendo estar visível, cartilagem ou osso, apresentar túneis.
Lesão por Pressão não classificável	Pele apresenta perda em sua espessura total e tissular onde a extensão do dano não possibilita sua confirmação em decorrência do esfacelo ou escara estarem encobrindo
Lesão por pressão tissular profunda	Pele intacta ou não, vermelha escura, com área de descoloração, de aspecto marrom ou púrpura que não embranquece ou bolha com presença de exsudato sanguinolento
Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico	É relacionada a dispositivo médico, apresentando comumente um padrão ou forma do mesmo
Lesão por pressão em membranas mucosas	Lesão decorrente do uso de dispositivos médicos no local do dano, não podendo ser categorizadas.

Quadro 3 - Classificação por estágio de lesões por pressão.

Fonte: Favreto, FJL et.al, 2017.

Outro resultado obtido que se mostra importante segundo as análises é o que se refere ao conhecimento sobre as etiologias, definições, fatores de risco por parte do enfermeiro, a fim de efetivar os métodos preventivos e eficácia de tratamento das lesões por pressão, os quais pode-se observar descritos a seguir. (Quadro 4).

Medidas de Prevenção de LPP's	
Observação de alterações da pele, Inspeção na admissão	Secagem e aquecimento de comadre antes de utilização
Identificar paciente de alto risco	Dieta
Manutenção de higiene do paciente e leito	Controle da ingestão líquida
Mudança de Decúbito	Orientação ao paciente e família acerca das possibilidades de LPP
Movimentação passiva de membros	Hidratação da Pele

Quadro 4 - Métodos Preventivos para Lesões por Pressão

Fonte: Favreto, FJL et.al, 2017.

4 | DISCUSSÕES

Com base na amostra foi perceptível que após a colocação e julgamento de todos os dados relacionados aos fatores internos e externos, se demonstraram essenciais para o surgimento das lesões, viu-se a existência de elevada carência na prestação de assistência holística e perspicaz por parte do profissional enfermeiro, o qual deve efetuar a identificação destes fatores e etiologias que contribuem para as LPP's, e onde o mesmo precisa atender aos requisitos necessários de conhecimento para efetivação desta prestação de serviço, visando promover a prevenção das lesões, e conseqüentemente a qualidade de vida do paciente assistido no serviço de saúde.

Aliado a isso ressalta-se o processo de avaliação das feridas, e no enfoque das LPP's, devem garantir confiabilidade e concisão em seus registros, isso podendo ser efetuado através de padrões e critérios antecipadamente definidos, como a respeito a localidade anatômica, tamanho, coloração, tipo de tecido afetado e sua extensibilidade, como também a observação existência de corpos estranhos, tunelações, condições dos tecidos subjacentes e as características da exsudação quando essa se mostra presente nas lesões (FAVRETO et al., 2017)

Referindo-se a avaliação de feridas, e no objetivo deste estudo as lesões por pressão, desde a classificação e definição, estas se mostram influentes na abordagem e realização da assistência, tendo em vista que todo o contexto da avaliação como localidade, extensão, exsudato, bordas, margens, pele perilesional e dor devem ser analisadas para efetivação do tratamento, e promoção do processo de cicatrização e remodelagem tecidual a qual fora perdida anteriormente pelo paciente, e que o profissional deve ter o conhecimento necessário para aplicar tais classificações.

Percebe-se ainda dificuldades nesta tangente de conhecimento em quesito de classificação e avaliação das lesões, bem como no uso de escalas. A esse exemplo a Escala de Braden, sendo perceptível a necessidade de correções e atualizações de conhecimento

em pontos, como de interpretação correta da escala e aspectos característicos da lesão por parte dos profissionais. Isto que, se ajustado da forma correta estimularia as equipes a realizar medidas eficazes baseadas nos riscos que são observados nas avaliações realizadas aliado aos achados registrados em escala sobre determinados pacientes (REBOUÇAS et al., 2020).

Considerando, portanto, os dados revisados, podemos perceber a existência de condutas de enfermagem em ações que corroboram de modo direto como meios preventivos das lesões por pressão, onde o profissional enfermeiro atua e desempenha papel relevante adjunto da equipe de enfermagem, no que diz respeito à prevenção dos casos de LPP. Diante disso, espera-se que o profissional assuma a liderança, de maneira que haja a identificação e direcionamento acerca dos cuidados que serão prestados pela equipe, de modo que venha proporcionar uma assistência humanizada, pautada na prevenção das LPP's e na segurança e qualidade de vida do paciente.

Se dirigindo assim a execução dos cuidados de enfermagem frente às lesões por pressão por parte do profissional, o que ressalta na necessidade de atenção quanto a todos os quesitos encontrados e que se fazem necessários para sua atuação, ou seja, os diagnósticos de enfermagem, a avaliação da lesão, as intervenções para a mesma e as próprias medidas preventivas para tal condição. Além disso, a criação e elaboração de um protocolo por parte da assistência, este servindo como orientação acerca do manejo e cuidados a serem implementados nas LPP's, visando a sistematização de tais ações e proporcionando uma excelência na assistência a ser prestada.

Evidenciou-se a inexistência de elevadas limitações acerca da temática deste estudo e sua estruturação, houve apenas uma pequena percepção de certa escassez no que se diz respeito a dados epidemiológicos sobre tais lesões, corroborando assim para uma eficiente análise das informações divulgadas e para o levantamento dos fatores objetivados pela pesquisa. Sendo assim, é visível a falta de profissionais que adentram em especializações sobre tal prática, e desde modo se fazendo necessário uma maior demanda de interesse em determinada área de atuação, podendo apresentar como intervenção o próprio curso de graduação em enfermagem, no que se refere a suas grades curriculares, atividades complementares e situações expositivas a este contexto, aliado a divulgação das especializações em estomoterapia, e avanço nas próprias publicações acerca do tema em questão e as suas possíveis atualizações de manejo.

5 | CONCLUSÃO

Infer-se, deste modo, que foi possível diante dos estudos publicados e analisados, alcançar o objetivo pressuposto por este estudo. Onde, se obteve dados essenciais que corroboram para uma melhor prestação da assistência quanto ao manejo terapêutico e preventivo no contexto de pacientes acometidos por Lesão por Pressão, e que são assistidos

pela equipe de enfermagem, ressaltando o quão fundamental é o estabelecimento de medidas preventivas, escalas, ações, avaliações e classificações acerca desta temática.

Portanto, com as análises das pesquisas, considerou-se que o profissional enfermeiro com sua autonomia deve efetuar em sua assistência de cuidado por meio métodos que sejam por sua vez interativos e humanizados, objetivando a prevenção e tratamento de modo adequado o paciente acometido por lesão por pressão. Ressaltando que a prevenção é a alternativa de maior eficácia para a redução da incidência das LPP's, mas que em casos onde não se foi possível tais implementações o enfermeiro deve desempenhar um papel decisivo no tratamento das lesões, já que o mesmo é o cuidador na profilaxia, tratamento e processo cicatricial da ferida.

Entretanto, ainda pode-se visualizar que algumas medidas, a exemplo o posicionamento/mudança de decúbito, que é de extrema importância para paciente com a presença de LPP, ainda origina um grau de insegurança por uma parte dos profissionais, isto principalmente em vista do elevado número de dispositivos médicos que muitos pacientes portam de acordo com suas necessidades e gravidade.

Por fim, se mostra necessário a realização de um processo de reflexão acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro no âmbito da avaliação e prevenção de Lesões por Pressão, como a forma de atuação sobre a problemática, procurando estimular, orientar e informar a equipe de enfermagem e as demais classes de profissionais ligada ao âmbito da saúde quanto a tais cuidados. Visando assim que se efetue a prevenção, evitando assim a ocorrência de casos desse evento adverso que corresponde diretamente como um fator causal da elevação de permanência do indivíduo no âmbito assistencial, como também de dor e sofrimento não somente ao paciente como as pessoas próximas ao mesmo.

REFERÊNCIAS

ARNETT, D. K. et al. ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. **Circulation**, v. 140, n. 11, 17 mar. 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000678>. Acesso em: 05 de Setembro de 2021

BEZERRA, S. M. G. et al. Estratégias de enfermagem para prevenção de lesões por pressão em pacientes cirúrgicos. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, 10 jun. 2020.

BUSO, F. D. S. et al. Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-9, jul. 2021.

FAVRETO, F. J. L. et al. O Papel do Enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>. Acesso em: 15 de Agosto de 2021

FRAZÃO, J. M. et al. Abordagem do enfermeiro na prevenção de feridas em pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s.], p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/307/432>. Acesso em: 15 de Agosto de 2021

GALETTO, S. G. S. et al. Medical device-related pressure injury prevention in critically ill patients: nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 1-8, 03 out. 2020.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 01-07, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017

REBOUÇAS, R. DE O. et al. Qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, 4 jan. 2021.

SANTOS, V. B. et al. COVID-19 patients in prone position: validation of instructional materials for pressure injury prevention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 1, p. 1-8, 17 dez. 2020.

PINHEIRO, R. V. *et al.* Algoritmos para prevenção e tratamento de lesão por fricção. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-8, jun. 2021.

CAPÍTULO 2

A TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: TRATAMENTO ALTERNATIVO NA TERAPÊUTICA DA PARALISIA FACIAL E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Data de aceite: 01/06/2022

Ana Caroline Pires Furtado

Faculdade de Enfermagem – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/4092197515944864>

Luciana Arantes Dantas

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/9060711028862840>

Jacqueline da Silva Guimarães dos Santos

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/9030073726426342>

Manoel Aguiar Neto Filho

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/7832029509863473>

RESUMO: **Objetivo:** O presente estudo objetivou descrever a aplicabilidade da toxina botulínica tipo A no tratamento da paralisia facial e a assistência de enfermagem que pode ser prestada nas possíveis complicações deste tratamento. **Resultados:** A toxina botulínica pode ser usada no tratamento da espasticidade causada pela paralisia facial de maneira segura, desde que sejam obedecidas as recomendações do uso. Possui vantagens satisfatórias e poucas desvantagens. Riscos e complicações são passíveis de ocorrer. A equipe de enfermagem deve se manter preparada e embasada para fornecer assistência adequada às emergências

que podem surgir de maneira a auxiliar os demais membros da equipe. **Conclusão:** O uso da Toxina Botulínica Tipo A, no tratamento da paralisia facial é um procedimento de baixo risco à saúde do paciente, sendo que as complicações tendem a ser leves e provisórias. O profissional de enfermagem, no exercício de sua função, tem um papel fundamental na identificação das possíveis complicações decorrentes do uso da TBA, devendo se apresentar embasado cientificamente e com habilidades práticas a fim de auxiliar e reverter a situação, por meio da prescrição de cuidados de enfermagem, coerentes com o contexto clínico apresentado.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia facial, Toxina Botulínica Tipo A, Assimetria Facial, Cuidados de Enfermagem.

BOTULINUM TOXIN TYPE A: ALTERNATIVE TREATMENT IN FACIAL PALSY THERAPY AND NURSING ASSISTANCE FACED WITH POSSIBLE COMPLICATIONS

ABSTRACT: **Objective:** The present study aimed to describe the applicability of botulinum toxin type A in the treatment of facial paralysis and the nursing care that can be provided in the possible complications of this treatment. **Results:** Botulinum toxin can be used in the treatment of spasticity caused by facial paralysis in a safe way, as long as the recommendations for use are followed. It has satisfactory advantages and few disadvantages. Risks and complications are likely to occur. The nursing team must remain prepared and informed to provide adequate assistance to

emergências que podem surgir para ajudar outros membros da equipe. **Conclusão:** O uso de Toxina Botulínica Tipo A no tratamento da paralisia facial é um procedimento de baixo risco para a saúde do paciente, e as complicações tendem a ser leves e temporárias. O profissional de enfermagem, no exercício de sua função, tem um papel fundamental na identificação de possíveis complicações decorrentes do uso da TBA, devendo apresentá-las baseadas cientificamente e com habilidades práticas para auxiliar e reverter a situação, por meio da prescrição de cuidados de enfermagem, consistentes com o contexto clínico apresentado.

KEYWORDS: Facial paralysis, Botulinum Toxin Type A, Facial Asymmetry, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A face engloba cerca de 20 músculos distribuídos na região dos olhos, boca, nariz e ouvido, e são responsáveis pelas expressões da face, formada por músculos estriados esqueléticos, que se movimentam de forma voluntária. Diferente de outros músculos estriados esqueléticos, os faciais possuem relação direta com o Sistema Nervoso Central (SNC) estabelecida através do nervo trigêmeo (V) e do nervo facial (VII). (SANTOS, 2013).

A paralisia facial pode ocorrer em razão de um processo inflamatório do nervo facial, não propagando a transmissão dos impulsos nervosos para o músculo, causando uma assimetria e mobilidade diferenciada entre os dois lados da face (MARANHÃO-FILHO, 2013). Já as rugas são provocadas por contrações repetitivas de certos músculos e a Toxina Botulínica Tipo A (TBA), consegue atuar diminuindo essa tensão muscular (SANTOS, 2013).

A Toxina Botulínica é obtida por meio da coleta dos esporos da *Clostridium botulinum*, uma bactéria anaeróbica que atua inibindo a liberação da acetilcolina na junção mioneural e promovendo a diminuição temporária da tonicidade muscular, melhorando a assimetria facial do paciente e a suavidade nas expressões. (DALL´MAGRO et al., 2015). Há oito sorotipos da toxina botulínica, que são classificadas em A, B, C1, C2, D, E, F e G. Dentre as toxinas botulínicas conhecidas, a tipo A é vastamente utilizada em procedimentos estéticos, com eficácia conhecida na correção e prevenção da assimetria facial, sem a necessidade de correções cirúrgicas. (BARBOSA; BRITO, 2020).

Considerada uma opção de tratamento na paralisia facial, a aplicação da TBA é minimamente invasiva em comparação à opção cirúrgica, e possui vantagens satisfatórias como o menor risco, ausência de cicatrizes, além de dispensar a necessidade de internação hospitalar na realização do procedimento e permitir a reversão em caso de resultados insatisfatórios (DOBIE; FISCH, 1986).

Contudo, dentre todas as vantagens do tratamento da paralisia facial por meio da utilização da TBA, a qualidade de vida do paciente acometido com a paralisia facial é o benefício que mais se destaca. Sendo possível restabelecer ao paciente os movimentos necessários para sorrir, falar e comer adequadamente (HEYNDENRYCH, 2020).

Assim, o uso da Toxina Botulínica Tipo A na reabilitação dos pacientes no campo

orofacial vem aumentando cada vez mais e os estudos científicos abordando essa temática se tornam cada vez mais necessários. (SERRERA-FIGALLO et al., 2020).

Inflamação, hematomas, inchaços, vermelhidão e edema são algumas complicações da aplicação da TBA (PECORA, 2021). Nesse contexto, o enfermeiro, no exercício de sua profissão, deve prescrever os cuidados domiciliares e realizar orientações de autocuidado aos pacientes submetidos a esse procedimento, seguindo as normativas da Resolução COFEN 626/2020, que trata da atuação do enfermeiro na área da estética.

Diante disso, o presente estudo objetivou descrever a aplicabilidade da Toxina Botulínica Tipo A no tratamento da paralisia facial e a assistência de enfermagem nas possíveis complicações.

2 | MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa. A coleta de dados foi realizada por meio das plataformas virtuais Google Scholar, Scielo, Lilacs, MEDLINE e BVS.

A busca literária abrange artigos entre 2011 e 2021. Os descritores utilizados foram: “Toxina Botulínica Tipo A”; “Paralisia Facial”; “Assimetria Facial” e “Cuidados de Enfermagem” em idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores foram previamente selecionados, além de serem devidamente combinados e cruzados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos disponíveis na íntegra com acesso gratuito, publicados em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos não compatíveis com o objeto de estudo e artigos com apenas os resumos disponíveis para leitura. A busca nas plataformas pelos descritores localizou um total de 741 artigos nas línguas inglesa e portuguesa no intervalo de tempo dos últimos dez anos.

Na primeira seleção dos artigos foram realizadas a leitura do título e análise dos resumos e a exclusão de artigos sobrepostos. Em seguida foi realizada a leitura dos artigos na íntegra com uma abordagem que privilegiasse a compreensão do fenômeno estudado. Utilizou-se a análise documental como principal técnica de apreensão de dados, de forma a permitir a compreensão dos achados no estudo. Foram incluídos nesse estudo um total de 26 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos encontrados abordaram sobre o tratamento exclusivo da paralisia facial por meio do uso da Toxina Botulínica Tipo A, enfatizando as indicações e contraindicações, benefícios, riscos e duração do tratamento, bem como a assistência de enfermagem frente às possíveis complicações. Para facilitar a compreensão dos achados nesse estudo, os resultados e discussões serão expostos em três categorias: Abordagem e temática da paralisia facial; considerações gerais sobre a utilização da TBA, juntamente com as suas eventuais complicações e os cuidados da equipe de enfermagem frente aos eventos

adversos, conforme apresentado a seguir:

3.1 Paralisia facial

A Paralisia Facial é uma condição em que os músculos da face enfraquecem ou se paralisam, sendo consequência de um dano no nervo facial, o sétimo par dos nervos cranianos. (BATISTA, 2011). A etiologia da paralisia facial procede em razões diversas, podendo estar associada a processos infecciosos, iatrogenias, síndromes, toxinas, traumatismos, tumores, acidentes vasculares cerebrais, lesões cirúrgicas, podendo, também, ter origem congênita (FONSECA, et al. 2014).

A paralisia do nervo facial é a doença mais comum dos nervos cranianos. A paralisia de Bell é a sua forma idiopática, que é responsável por 60-75% dos casos. A cada 100.000 (Cem mil) pessoas, surgem entre 7 e 40 novos casos por ano; a incidência é semelhante em homens e mulheres. Geralmente, se manifesta como fraqueza súbita dos músculos da expressão facial em um lado da face (HECKMANN et al., 2019).

A gravidade da paralisia do nervo facial é em geral julgada pela escala de House e Brackmann de seis pontos, com o grau I correspondendo à função normal do nervo facial e o grau VI correspondendo à paralisia completa (HECKMANN et al., 2019).

Após uma lesão nervosa, ocorrem basicamente três mecanismos de plasticidade neural: a religação, a reorganização dendrítica e a regeneração axonal. Baseado nestes conceitos dá-se início à reabilitação motora dos indivíduos portadores da patologia. (MEDEIROS, 2013).

3.2 Considerações gerais sobre a utilização da toxina botulínica tipo A (TBA)

A TBA, após ser injetada no paciente, é conduzida para a junção neuromuscular, onde passa pelo processo de internalização nos terminais colinérgicos pré-sinápticos. No citosol, a cadeia cliva as SNARE (*Receptor de Proteínas Solúveis de Associação ao Fator Sensível à N-etilmaleimida*) e as proteínas de membrana plasmática, SNAP-25 e sintaxina envolvem o complexo SNARE. As moléculas SNARE são fundamentais para o mecanismo que intercede à fusão de vesículas sinápticas com a membrana plasmática pré-sináptica, ocasionando a liberação de um neurotransmissor, a acetilcolina nas terminações nervosas pré-sinápticas. (GOORIAH; AHMED, 2015).

Na estética existe uma ampla aplicabilidade da TBA. Mas no contexto do estudo, sua indicação é a terapêutica da paralisia facial, onde o emprego da toxina tem como função reduzir ou eliminar as ações involuntárias dos músculos da face no lado paralisado e diminuir a assimetria e hiperfunção dos músculos no lado não paralisado, ou contralateral (CABIN; MASSRY; AZIZZADEH, 2015).

As contraindicações da TBA podem ser classificadas em absolutas e relativas, mas de forma geral são: aplicação em pacientes com hipersensibilidade conhecida aos componentes da fórmula ou que apresentam distúrbios da junção neuromuscular como,

por exemplo, a miastenia grave, esclerose amiotrófica e miopatias. A TBA também é contraindicada para pacientes que estão em tratamento simultâneo com antibióticos aminoglicosídeos ou estreptomicina. Além disso, a TBA é contraindicada para pacientes em uso de quinidina, bloqueadores dos canais de cálcio, sulfato de magnésio, succinilcolina, polimixina, por provocar interações medicamentosas com essas substâncias. Outras contraindicações são nos casos em que o paciente apresenta distúrbio hemorrágico ou está em tratamento com anticoagulante, gravidez e lactação (ALLERGAN, 2014; YIANNAKOPOULOU, 2015).

Avalia-se que a toxina botulínica pode ser usada no tratamento da espasticidade causada pela paralisia facial de maneira segura, desde que sejam obedecidas as recomendações do uso (BARBOSA et al., 2020).

Ao que diz respeito à duração do efeito da TBA na pele, embora ocorra de forma individual, sendo levada em consideração fatores como idade, sexo, patologia e ainda a formação de anticorpos antitoxina botulínica, que podem reduzir sua eficácia terapêutica, é de aproximadamente 3 a 6 meses. (MARTINS et al., 2016).

3.3 Complicações na aplicação da toxina botulínica tipo A (TBA)

As complicações decorrentes do tratamento com aplicação da TBA, em geral, tendem a ser leves e passageiras. A aplicação de qualquer substância na derme causa reações localizadas decorrentes do trauma, sendo as reações mais comuns o surgimento de eritema, dor e equimose (SANTOS, 2013; DAYAN, 2013).

Além dos efeitos gerados pelo trauma da aplicação da TBA citados, outros efeitos adversos podem ocorrer, tais como: hipotensão, náusea, vômitos, disfagia, prurido, sintomas similares aos gripais, dificuldade na fala, deficiência de controle da salivação e fraqueza de músculos distantes ao sítio de aplicação, a qual pode se relacionar à dispersão sistêmica da TBA (DAYAN, 2013).

Outros efeitos adversos descritos nos artigos de estudo são: denervação, depressão respiratória, insuficiência respiratória, dispneia, pneumonia aspirativa, estrabismo, dor abdominal, diarreia, febre, anorexia, borramento de visão, distúrbio visual, hipoacusia, zumbido, vertigem, plexopatia braquial, radiculopatia, síncope, hipoestesia, mal estar geral, miastenia gravis, parestesia, erupção cutânea, eritema multiforme, prurido, dermatite psoriásica, hiperidrose, alopecia incluindo madarose e espasmos musculares localizados (ALLERGAN, 2014).

Grande parte desses eventos está relacionada com doses muito altas da neuroproteína, por isso é necessária ciência da técnica de aplicação e precisão da dose do produto a ser administrado (BRASIL, 2017). Além disso, apresenta maior relação com as aplicações realizadas para fins exclusivamente estéticos (PERO; LANERI; FICO, 2018).

No uso terapêutico da TBA, os principais eventos adversos podem incluir: morte, anafilaxia, disfagia, insuficiência respiratória e fraqueza muscular (PERO; LANERI;

FICO, 2018). Contudo, é importante salientar que, quando empregada de acordo com os padrões preconizados de tratamento, a TBA é um dos agentes farmacêuticos mais seguros disponíveis para uso cosmético e terapêutico (DAYAN, 2013).

O exercício clínico para essa terapia deve ser baseado em um nível de julgamento profissional, por meio de estudos clínicos e experiência empírica dos profissionais, e mais ensaios são necessários para facilitar a prática baseada em evidências (DEMETRIOS et al., 2013).

É preconizada a individualização do tratamento a cada paciente, conhecendo seu perfil demográfico (idade, sexo, estado civil, religião, residência, escolaridade e profissão); o seu estado psicológico determinando se está apto a receber o procedimento e abranger as suas expectativas com ele. Esse método deve ser feito em um pré-atendimento explanando mitos e expectativas ilusórios, informando o paciente sobre o resultado, a durabilidade, as possíveis complicações e intercorrências, bem como os efeitos colaterais do procedimento (BRATZ, 2016; FRANÇA, 2016).

Nesse contexto, alguns cuidados são fundamentais na prevenção da ocorrência de complicações relacionadas ao uso de TBA, tais como: a realização do exame físico completo, observando toda a disposição das estruturas da face em repouso e durante o movimento; fotografias prévias; marcação da região a ser tratada para evitar aplicações assimétricas; técnica precisa de diluição e conservação correta da TBA; injeção de volumes pequenos e concentrados; aplicação com margem de 1 (um) cm da borda orbitária no tratamento das rugas próximas a essa região; respeito às doses recomendadas para cada área e músculo; técnica minuciosa de aplicação. Além disso, é fundamental que o paciente seja orientado a permanecer em posição ortostática e não manipular a área tratada até 4 horas após a aplicação e orientação detalhada e clara do procedimento e seus efeitos esperados. (MAIO, 2011).

3.4 Cuidados de enfermagem frente às complicações durante o tratamento com a toxina botulínica tipo A (TBA)

Nota-se que a TBA é uma referência para o tratamento da espasticidade, com baixa relevância de complicações, reversibilidade e eficácia na redução da hipertonia espástica. (SOUZA et al., 2016).

O enfermeiro se insere como membro da equipe multidisciplinar, o qual, diante da ocorrência das complicações relacionadas ao uso da TBA, deverá estabelecer os protocolos do procedimento, cuidados domiciliares e orientações de autocuidado, bem como registrar em prontuários todas as ocorrências e dados referentes ao procedimento, seguindo o Art. 1º da Resolução COFEN 626/2020. Contudo, para atuar na área de estética, o enfermeiro deverá possuir formação especializada lato sensu em “estética avançada”, reconhecida pelo Ministério da Educação para atuação na área. (COFEN, 2020).

Entre as complicações que podem acontecer temos a ocorrência de lesão vascular,

o profissional de enfermagem no âmbito de sua competência pode atuar minimizando os efeitos desse evento, podendo realizar a compressão da área por alguns minutos, sem maquiagem, essa técnica é útil para auxiliar a hemostasia. (MAIO, 2011).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é outra complicação, embora rara durante a aplicação da TBA, mas é uma complicação de alto grau, responsável por morbimortalidade, mesmo em situações de atendimento ideal. Dessa forma, seu atendimento exige agilidade, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica no desempenho da ação (FREITAS; PELLENZ, 2018). Como o enfermeiro, na maioria das vezes, é o membro da equipe que primeiro se depara com a situação de emergência, especialmente a PCR, este deve estar preparado para atuar com competência, iniciando as manobras básicas de reanimação, com finalidade de restabelecimento dos batimentos cardíacos, evitando lesão cerebral, o que demanda tomada de decisão instantânea, sincronia e liderança dentro da equipe durante o atendimento. (LUGON et al., 2014).

É de total importância que toda a equipe de enfermagem se mantenha preparada e embasada para fornecer assistência adequada às emergências que podem surgir e de maneira a auxiliar os demais membros da equipe (ROCHA et al., 2012).

4 | CONCLUSÃO

O uso da Toxina Botulínica Tipo A, no tratamento da paralisia facial, mostra-se eficaz, principalmente por se tratar de uma alternativa minimamente invasiva, com baixa taxa de complicações, reversível e restabelecendo ao paciente autoestima e prazeres diários. É um procedimento de baixo risco à saúde do paciente, as complicações tendem a ser leves e provisórias. As complicações graves ocupam uma porcentagem mínima, difíceis até de serem encontradas em relatos na literatura. Porém, não exclui a necessidade de um preparo por parte da equipe multidisciplinar para lidar de forma eficiente frente aos eventos adversos. Nesse contexto, o profissional de enfermagem, no exercício de sua função, tem um papel fundamental na identificação das possíveis complicações decorrentes do uso da TBA, devendo se apresentar embasado cientificamente e com habilidades práticas a fim de auxiliar e reverter a situação, por meio de cuidados de enfermagem, coerentes com o contexto clínico apresentado. Faz-se necessário estudos que abordam o papel da enfermagem de forma ampla no âmbito da saúde estética, onde o enfermeiro possa atuar na recuperação da saúde e auxiliar na reversão de eventos adversos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à faculdade, pela oportunidade de realizar este curso. Agradeço a minha orientadora pelo apoio e ajuda que muito contribuíram para a realização deste trabalho com correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho na minha formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

ALLERGAN, Botox® - **Bula para o paciente**, 2014. Disponível em: http://www.allergan.com.br/Bulas/Documents/botox@_paciente.pdf. Acesso em: 02 nov 2015.

Barbosa, D. B. M. & Brito, A. S. (2020). **A utilização da toxina botulínica tipo a para alcançar a estética facial**. Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa, 36(70), 75 -86.

Batista, K. T. (2011). **Paralisia facial**: análise epidemiológica em hospital de reabilitação. Rev. Bras. Cir. Plást.,26(4), 591-595.

BRASIL. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 29 DE MAIO DE 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Espasticidade.

Cabin, J. A., Massry, G. G. & Azizzadeh, B. (2015). **Botulinumtoxin in the management of facial paralysis, Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery**, 23(4), 272-280.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 626, de 21 de fevereiro de 2020 que altera a Resolução Cofen nº 529, de novembro de 2016, que trata da atuação do Enfermeiro na área da Estética, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n%C2%BA-626-2020.pdf>

DALL'MAGRO, A. K. et al. **Aplicações da toxina botulínica em odontologia**. Rev. Salusvita (Online), v. 34, n. 2, p. 371–382, 2015.

DAYAN, Steven H. Complications from toxins and fillers in the dermatology clinic: recognition, prevention, and treatment. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2013 Nov; v. 21, n.4, p. 663-73, 2013.

Demetrios, M., Khan F., Stokes, L. T. M., Brand, C. & McSweeney, S. (2013). **Multidisciplinary rehabilitation following botulinum toxin and other focal intramuscular treatment for post-stroke spasticity**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5 (6).

Dobie RA, Fisch U. **Primary and revision surgery (selective neurectomy) for facial hyperkinesia**. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;112(2):154-63.

Fonseca, K. M. O., Mourão, A. M., Motta, A. R. & Vicente, L. C. C. (2015). **Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement**. *Braz. j. otorhinolaryngol.*, 81(3), 288-293.

FRANÇA, K. **Toxina Botulínica na Dermatologia**: Aspectos Psicodermatológicos nos Procedimentos Cosmiátricos. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 29-45, 2016.

GOORIAH, R.; AHMED, F. **Onabotulinumtoxin A for chronic migraine: a critical appraisal**. *Therapeutics and Clinical Risk Management.* V. 11, p. 1003-13, 2015.

Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágyor I. **The Diagnosis and Treatment of Idiopathic Facial Paresis (Bell's Palsy)**. *Dtsch Arztebl Int.* 2019 Oct 11;116(41):692-702. doi: 10.3238/arztebl.2019.0692. PMID: 31709978; PMCID: PMC6865187.

LUGON, A.S.et al. **Atuação do profissional enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória de acordo com as novas diretrizes.**Centro Universitário São Camilo-ES, Cachoeiro de Itapemirim-ES,2014.<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I54234.E12.T10523.D8AP.pdf><acesso em 10/09/2018>

MAIO, Maurício. **Tratado de Medicina Estética.** 2.ed, v.2, São Paulo: Roca, 2011.

MARANHÃO FILHO, Péricles; MARANHÃO, Eliana Teixeira; AGUIAR, Tiago; NOGUEIRA, Renata. **Paralisia facial:** quantos tipos clínicos você conhece? Parte I. Revista Brasileira de Neurologia; v. 49, n.3, jul - ago - set, 2013.

MARTINS et al., **Toxina botulínica tipo A no tratamento de rugas:** Uma Revisão de Literatura. Mostra Científica da Farmácia, Quixadá anais, Centro Universitário de Quixadá. Quixadá (CE), 10, 2016.

Medeiros FRG. **Cinesioterapia Neurológica Clássica Esquematzada.** Natal – RN GM Edictor;2013.

PECORA, Carla de Sancts. **The One21 Technique:** AnIndividualizedTreatment for GlabellarLinesBasedonClinicalandAnatomicalLandmarks,Clinical, CosmeticandInvestigationalDermatology 2021:14.

PERO, R.; LANERI, S.; FICO, G. **BotulinumToxin Adverse Events.** IntechOpen, 2018.

ROCHA, F. A. Z.et al. **Atuação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória intrahospitalar.**R. Enferm. Cent. O. Min., v. 2, n. 1, p. 141-150, 2012.

SANTOS, Thiago José. **Aplicação da toxina Botulínica em Dermatologia e estética e suas complicações:** Revisão da Literatura. Trabalho de obtenção de título de pós-graduação em Dermatologia – Núcleo Alfenas, 2013.

Serrera-Figalo, M. A., Ruiz-de-León-Hernández., Torres-Lagares, D., Castro-Araya, A., Torres-Ferreros, O., Hernández-Pacheco, E. et al. (2020). **Use ofBotulinumToxin in Orofacial ClinicalPractice.** *Toxins*, 12(2), 1-16.

Souza,A. O.&Cavalcanti,D.S.P.(2016). **Toxina Botulínica Tipo A:** aplicação e particularidades no tratamento da espasticidade,do estrabismo, do blefaroespasmoe de rugas faciais.Saúde & Ciênciaem Ação, 3 (1), 58-70.<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009689>.

YIANNAKOPOULOU, E. **SeriousandLong-Term Adverse Events Associated with the Therapeutic and Cosmetic Use of Botulinum Toxin.** Pharmacology, v. 95, n. 1–2, p. 65–69, 2015.

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 25/05/2022

Wilma Lemos Privado

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6254316700786122>

Fabiana Alves Soares

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID:0000-0002-2940-8865

Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID: 0000-0003-0138-8505

Raylena Martins da Costa

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID: 0000-0002-93856291

Nivya Carla de Oliveira Pereira Rolim

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID: 0000-0001-6701-5213

Fabírcia Alves Soares

Universidade Paulista- UNIP
Teresina – Piauí
ORCID:0000-0003-1186-1001

Karla Kelma Almeida Rocha

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID: 0000-0003-4793-214X

Jardel da Silva Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID: 0000-0002-8895-3767

Mayane Cristina Pereira Marques

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
ORCID:0000-0003-3341-0818

Fancisco Lucas Alves Soares

Centro de Ensino Unificado de Teresina,
Faculdade Estácio
Teresina – Piauí
ORCID: 0000-0002-5509-1806

Rosa Maria Assunção de Queiroga

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8012504726662098>:

Meryhelen Costa Moura

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3115342388255095>

RESUMO: **Introdução:**A palição é uma modalidade assistencial realizada por equipe multidisciplinar, com abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e dos familiares frente a essas doenças. Dentre a equipe multiprofissional que atua em práticas de atenção domiciliar, o enfermeiro ocupa papel primordial, por desenvolver o cuidado integral na perspectiva da abordagem paliativa interdisciplinar. **Objetivo:** Discutir a atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos em ambiente domiciliar. **Metodologia:** Estudo qualitativo de

revisão da literatura de publicações sobre Cuidados Paliativos na atenção domiciliar. Foram utilizados para coleta de dados as seguintes banco de pesquisa: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), e analisados artigos publicados entre 2011 a 2022. O período da coleta da dados ocorreu em maio de 2022. A pesquisa se deu por meio dos descritores: "Cuidados Paliativos"; "Serviço de Assistência Domiciliar", "Enfermagem na Atenção Primária". Foram excluídos títulos em que não se discutia a relação entre os três termos, sendo incluídos 14 publicações no estudo. **Resultados e Discussão:** Os estudos analisados, evidenciaram que enfermeiro é indispensável para o desenvolvimento dos objetivos fundamentais dos Cuidados Paliativos, e também a apontaram o compromisso da enfermagem na assistência ao paciente em situação de terminalidade da vida, no âmbito domiciliar, visto que as publicações abarcaram a percepção de profissionais, pacientes, cuidadores e familiares sobre esse tipo de assistência, com abordagem de contextos dos serviços da atenção domiciliar. **Considerações Finais:** O cuidado paliativo na enfermagem é uma área de assistência incipiente, mas promissora para a consolidação dos cuidados integrais ao paciente e à família, tendo em vista a capacidade do profissional de responder ao sofrimento humano nas dimensões física, psicológica, social e espiritual. No contexto do cuidado paliativo na atenção domiciliar, os profissionais enfermeiros desenvolvem atuação essencial na assistência ao binômio paciente-família.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Assistência Domiciliar. Cuidados de Enfermagem.

NURSES' PERFORMANCE IN PALLIATIVE CARE IN THE HOME ENVIRONMENT

ABSTRACT: Introduction: Palliation is a care modality performed by a multidisciplinary team, with an approach that improves the quality of life of patients and their families in the face of these diseases. Among the multiprofessional team that works in home care practices, nurses play a key role, as they develop comprehensive care from the perspective of an interdisciplinary palliative approach. Objective: To discuss the role of nurses in Palliative Care in a home environment. Methodology: Qualitative study of literature review of publications on Palliative Care in home care. The following research databases were used for data collection: Latin American Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and all articles published between 2011 and 2022 were analyzed. data took place in May 2022. The research was carried out using the descriptors: "Palliative Care"; "Home Care Service", "Nursing in Primary Care". Titles in which the relationship between the three terms was not discussed were excluded, and 14 publications were included in the study. Results and Discussion: The analyzed studies showed that nurses are indispensable for the development of the fundamental objectives of Palliative Care, and also pointed to the commitment of nursing in the care of patients in a situation of terminality of life, in the home environment, since the publications encompassed the perception of professionals, patients, caregivers and family members about this type of assistance, approaching the contexts of home care services. Final Considerations: Palliative care in nursing is an incipient area of care, but promising for the consolidation of comprehensive care for the patient and family, in view of the professional's ability to respond to human suffering in the physical, psychological, social and spiritual dimensions. . And it can be seen, in the context of palliative care in home care, that professional nurses develop an essential role in assisting the patient-family binomial.

KEYWORDS: Palliative care. Home Assistance. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A palição é uma modalidade assistencial realizada por equipe multidisciplinar, com abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e dos familiares frente a essas doenças, sendo contempladas as diversas demandas de natureza física, espiritual e psicossocial, com identificação precoce, avaliação, tratamento e alívio da dor (WHO, 2002).

Cuidados totais e ativos destinados a pacientes distantes da possibilidade de cura foi o primeiro conceito emitido pela Organização Mundial de Saúde, em 1990, para cuidados paliativos. Esta definição diminuta e obsoleta foi superada em 2002, o novo conceito não discorre sobre prolongar a vida, mas de oferecer melhor qualidade aos dias de vida para pessoas nessa condição, além de contemplar as diversas necessidades do doente e dos familiares, não decreta subjetivamente o momento da falência de um tratamento (WHO, 2002).

Aproximadamente, 40 milhões de pessoas no mundo, incluindo todas as faixas etárias, necessitam de cuidados paliativos (CP), porém apenas pequena parcela tem acesso ao recurso, cerca de 14% desse total (INCA,2021). No Brasil, a assistência hospitalar destinada a pacientes em Cuidados Paliativo (CP) ainda é bastante reduzida e disponibilizada em apenas 10% dos hospitais. Nesse sentido, o país fica muito aquém no suporte de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras a vida (ANCP,2018).

No Brasil, as primeiras discussões sobre CP surgiram na década de 1980, fim da ditadura, quando o sistema de saúde era voltado somente para a cura das doenças. Expandem-se em 1997, com a criação da Associação Brasileira de CP. Tendo um grande avanço em 2011, com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (VASCONCELOS; SANTANA; SILVA,2012).

A Resolução n°41, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2018, define que os Cuidados Paliativos devem estar disponíveis em todo ponto da rede de assistência à saúde: atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência (BRASIL, 2020). Contudo, a Atenção Domiciliar (AD) ainda possui grande desafio de se integrar aos pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

O cenário da AD no Brasil, contempla o programa de atenção domiciliar “O Melhor em Casa”, vinculado à Rede de Atenção às Urgências, realiza ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos realizados em domicílio por equipe multiprofissional, que garante a continuidade da assistência, inclusive para indivíduos em CP (SOUSA, 2015).

No ambiente domiciliar, a promoção de Cuidados Paliativos possibilita aos pacientes a continuidade de tratamento inserido na conjuntura social e familiar, em que se evitam reinternações algumas vezes desnecessárias, pois estes continuam sendo

assistidos por equipe multiprofissional, a qual garante suporte e orientações aos familiares (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Dentre a equipe multiprofissional que atua em práticas de atenção domiciliar, estudos mostram que o enfermeiro ocupa papel primordial por apresentar características como especialista em clínica, coordenador do cuidado, gerente de caso, responsável pela prestação de diversos cuidados aos pacientes, além do perfil de liderança (ANDRADE *et al.*, 2017).

Nos Cuidados Paliativos, os enfermeiros oferecem cuidado profissional que reduza o sofrimento e promova o conforto e a dignidade do paciente e da família, atendendo às necessidades básicas de saúde física, emocional, espiritual e social. Os enfermeiros têm, nos cuidados paliativos, a qualidade de vida como o principal objetivo, oferecendo meios que garantam mais vida aos anos, ao invés de anos à vida (UNIS, 2019).

Nesse sentido, destaca-se ainda que cabe ao enfermeiro desenvolver o cuidado integral na perspectiva da abordagem paliativa interdisciplinar. Contudo, os profissionais de enfermagem ainda possuem pouca experiência na realização dos cuidados paliativos e têm dificuldade em lidar com os sentimentos, tornando-os, às vezes, impossibilitados de agir mediante as angústias dos envolvidos e com a morte, fato decorrente da formação acadêmica insuficiente nessa área. Isso reforça a importância de discutir sobre a temática na graduação e pós-graduação, como forma de qualificar o profissional de enfermagem para atender, de forma digna, ao paciente com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na terminalidade da vida (SILVA; VIANA; LIMA, 2018; SARMENTO *et al.*, 2021).

Acrescenta-se ainda, que o aperfeiçoamento da compreensão do enfermeiro no contexto dos cuidados paliativos centrado na família, a partir das evidências científicas, possibilita a qualificação da assistência prestada na terminalidade da vida, bem como suporte profissional aos cuidadores familiares, a partir do desenvolvimento de habilidades para o cuidar (SILVA *et al.*, 2016)

Nesse contexto, este estudo objetivou discutir a atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos em ambiente domiciliar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão da literatura de publicações sobre Cuidados Paliativos na atenção domiciliar. Para o estudo, foram analisados artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. Contudo, foram excluídos do estudo, os trabalhos na forma de editoriais e cartas. Foram utilizados os portais The National Library of Medicine (NCBI) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos quais foram acessadas as seguintes fontes de pesquisa: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). E analisados todos os artigos publicados entre 2011 a 2022.

O período da coleta de dados ocorreu em maio de 2022. A pesquisa se deu por meio dos descritores: "Cuidados Paliativos"; "Serviço de Assistência Domiciliar", "Enfermagem na Atenção Primária". A seleção foi realizada em duas fases: na primeira fase, houve uma avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; na segunda fase, uma avaliação do texto completo.

Foram excluídos títulos em que não se discutia a relação entre os três termos. Assim 14 estudos foram incluídos, pois contemplavam a literatura objetivada na pesquisa, e estavam dentro dos critérios expostos na metodologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito da profissão os enfermeiros, se deparam com doentes terminais nos vários contextos da sua atuação e, embora o CP exija uma abordagem multidisciplinar, é inegável a importância do enfermeiros na equipe, pois são o primeiro elo entre a equipe, o paciente e a família. Assim, é de fundamental importância que possuam o conhecimento necessário para desenvolver suas ações frente aos CPs (GAMA; MENDONÇA; SILVA, 2022).

Geralmente, observa-se que o foco da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades da pessoa enferma. Porém, sabe-se que nesse contexto, o indivíduo doente não é o único a sofrer com a doença e os respectivos efeitos, os familiares e outras pessoas próximas vivenciam o medo, a angústia e o sofrimento, necessitando, também, de olhar diferenciado e cuidados dispensados, muitas vezes, no processo ou na interação de comunicação sobre o quadro clínico do cliente/paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Também sabe-se que amparo profissional, especialmente da enfermagem, é indispensável para uma boa capacidade de cuidar não só responsabilizando os cuidadores com diversas atribuições mas avaliando suas potencialidades e principalmente incapacidades para intervenções sistematizadas e concretas de melhorias, respeitando sobretudo a capacidade de compreensão e ação desses cuidadores (HEY *et al.*, 2017; BENTO; AMARAL; SILVA, 2021).

Nesse cenário, o profissional de enfermagem é indispensável para o desenvolvimento dos objetivos fundamentais dos Cuidados Paliativos apresentados pela Organização Mundial da Saúde, pois o alicerce do ofício é o cuidado ao ser humano, em uma visão biopsicossocial. As atividades dos profissionais de enfermagem são direcionadas para promoção e restauração da saúde, prevenção de novas patologias, como também para o cuidado de forma efetiva e digna aos pacientes e familiares que enfrentam o processo de morte (HERMES; LAMARCA, 2013).

A família/cuidador da pessoa em fase terminal apresenta diferentes necessidades, pois o processo é complexo e dinâmico, por isso, o enfermeiro nas intervenções deve estar desperto para o reconhecimento, com base no estabelecimento de relação de confiança,

no desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão (FONSECA; REBELO, 2011).

Nesta perspectiva, as ações no contexto domiciliar são permeadas por vínculo, diálogo, negociação, apoio e conforto a pacientes e familiares e educação em saúde, com vistas a melhorias no cuidado domiciliar (ANDRADE *et al.*, 2017).

Amplio estudo de revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar revelou que estes realizam ações diversificadas na AD, como apoio interpessoal, educação em saúde a pacientes, familiares e cuidadores, realização de procedimentos técnicos, supervisão clínica e administrativa. Constatou-se, ainda, gestão do cuidado que qualifica a atenção por meio de inovação tecnológica, com valorização, sobretudo, da utilização de tecnologias leves e leve-duras (ANDRADE *et al.*, 2017). Quanto à assistência à família, a ênfase está relacionada à educação em saúde que é abordada a cada visita desse profissional ao domicílio, uma vez que é necessário capacitar o cuidador e o paciente (RIBEIRO; ABREU, 2017).

Reforçando o papel do enfermeiro no Cuidado Paliativo, outro estudo aponta que, o enfermeiro apresenta-se como figura central no processo de produção do cuidado na atenção domiciliar, seja pela intermediação que faz com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e os usuários. Esse assume, além da prestação direta do cuidado, a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e treinamento do cuidador domiciliar, a função como referência na elaboração e gestão do projeto terapêutico dos usuários, responsabilizando-se por mobilizar outros profissionais para a assistência (SILVA *et al.*, 2014).

Em face dessa amplitude na assistência do enfermeiro a esse público que compreende trabalho totalmente holístico e multidimensional que varia de procedimentos técnicos ao apoio emocional, estudo aponta que este deve concentrar a sua atuação em cuidado ético e, acima de tudo, humanizado para satisfação do objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e, por consequência, da família no domicílio (SANTOS, CERETTA, SORATO, 2015).

No Brasil o programa de atenção domiciliar, o Melhor em Casa, realiza ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos realizados em domicílio por equipe multiprofissional, que garante a continuidade da assistência, inclusive para indivíduos em cuidados paliativos. Nesse programa a atuação do enfermeiro é expressiva, pois conforme suas competências, este é capaz de modificar para melhor todas as dimensões abordadas nesse grupo específico de indivíduos. Pautando suas ações em planejamento sistematizado e individualizado, apoiando o doente e o grupo familiar, e assim minimizando os medos e ansiedades e colaborando com a adequada participação de ambos no processo (VASCONCELOS; SANTANA; SILVA, 2012).

No cenário de atenção domiciliar ao paciente sob cuidado paliativo, trabalho recente aponta que, a participação do enfermeiro compreende diagnóstico acurado, não somente

para aplicabilidade de métodos e procedimentos, bem como para diversidade que engloba as demandas do paciente e cuidador que mudam constantemente, de acordo com o declínio das funções orgânicas do paciente (HEY *et al.*, 2017).

Os estudos expostos até aqui expressam o compromisso da enfermagem na assistência ao paciente em situação de terminalidade da vida, no âmbito domiciliar, visto que as publicações abarcaram a percepção de profissionais, pacientes, cuidadores e familiares sobre esse tipo de assistência, com abordagem de contextos dos serviços da atenção domiciliar.

No entanto cabe ainda ressaltar, que a assistência domiciliar no país enfrenta desafios no estabelecimento de parceria com a família, em aprender a trabalhar em conjunto com a comunidade, no estabelecimento de rede de apoio social e de retaguarda em serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, configurando entraves ao provimento de uma melhor qualidade de vida aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a vida (SILVA *et al.*, 2014).

Além disso, o ensino dos CP no Brasil ainda engatinha, em todas as áreas da saúde, bem como para a enfermagem. Estudos expõem a falta de qualificação dos profissionais de saúde nessas áreas, o que consiste em uma das principais barreiras para a implementação dos Cuidados Paliativos na atenção domiciliar. Nesse sentido, é preciso que os profissionais de enfermagem assumam o desafio da assistência a pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida, na proposição de ações de educação permanente em serviço (VASCONCELOS; SANTANA; SILVA, 2012; SOUSA; ALVES, 2015; COSTA; POLES; SILVA, 2016; FONSECA *et al.*, 2022).

Estudos ainda apontam que na graduação o ensino dos CP, ainda é pouco abordado no currículo do curso de enfermagem, indicando mais um desafio para área (SOUSA; ALVES, 2015; COSTA; POLES; SILVA, 2016; FONSECA *et al.*, 2022).

Além disso, sabe-se que para a obtenção de um cuidado ideal, também faz-se necessário a formação de profissionais de cuidados paliativos que atendam à necessidade não só dos pacientes, mas que possibilitem um suporte à família e ao cuidador desse doente (VASCONCELOS; SANTANA; SILVA, 2012).

Dessa forma, deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos CP nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, bem como para enfermagem e incentivar pesquisas que visem o aprimoramento desta formação (SILVA *et al.*, 2016).

Somente assim, se conseguirá garantir, aos pacientes em final de vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todo o conforto e dignidade a que eles têm direito (SILVA *et al.*, 2014; COSTA; POLES; SILVA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos selecionados, foi possível verificar que, o enfermeiro é indispensável para o desenvolvimento dos objetivos fundamentais dos Cuidados Paliativos, pois realizam ações diversificadas, como apoio interpessoal, educação em saúde a pacientes, familiares e cuidadores, realização de procedimentos técnicos, supervisão clínica e administrativa.

Os estudos também evidenciaram o compromisso da enfermagem na assistência ao paciente em situação de terminalidade da vida, no âmbito domiciliar, visto que as publicações abarcaram a percepção de profissionais, pacientes, cuidadores e familiares sobre esse tipo de assistência, com abordagem de contextos dos serviços da atenção domiciliar.

Também foi possível verificar que os cuidados paliativos na enfermagem é uma área de assistência ainda incipiente, mas promissora para a consolidação dos cuidados integrais ao paciente e à família, tendo em vista a capacidade do profissional de responder ao sofrimento humano nas dimensões física, psicológica, social e espiritual, ao experimentar a fragilidade diante do processo de morrer em domicílio.

REFERÊNCIAS

- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **ANCP Divulga panorama de cuidados paliativos no Brasil**. 2018. Acesso em: 05 maio. 2022.
- ANDRADE, A. M. *et al.* **Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Bras Enferm., v.70, n.1, p.210219, 2017.
- BENTO, M.C.S.C.;AMARAL, A.S; SILVA, A .P . **Idosos a cuidar de idosos: Um desafio à organização dos cuidados domiciliários**. Cogitare enferm., Curitiba , v. 26, 79093,2021 Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362021000100383&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 maio. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CAVALCANTE, A. E. S. *et al.* **Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos**. Arq Ciênc Saúde, v.25, n.1, p.24-28, 2018.
- COSTA, AP, POLES,K; SILVA, A.R. **Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 20, n. 59, pp. 1041-1052, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>>. acessos em 05 maio. 2022.
- FONSECA, J.V.C.; REBELO, T. **Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos**. Rev Bras Enferm., v.64, n.1, p.180-184, 2011.

FONSECA, L.S. .; CARVALHO, B. C. .; SANTOS, H. O. .; SILVA, J. M. .; SANTOS, J. C.O. .; FERREIRA, L. L. de L. .; KAMEO, S. Y. . **Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa**. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 68, n. 1, p. e-071383, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1383. Acesso em: 05 maio. 2022.

GAMA, S. R.C. .; DE MENDONÇA, B. A. C.; DA SILVA, G. S.; DA COSTA, R. S. lima. **Atuação da equipe de enfermagem em um programa de atenção domiciliar em cuidados paliativos** . Revista Enfermagem Contemporânea, [S. l.], v. 11, p. e4232, 2022. DOI: 10.17267/2317-3378rec.2022.e4232. Acesso em: 05 maio. 2022.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I.C.A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciênc Saúde Coletiva, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

HEY, A.; HERMANN, A. P.; MERCÊS, N. N. A.; LACERDA, M. R. **Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares**. REME - Rev Min Enferm., v.21, e1000, 2017.

INCA.Instituto Nacional do Câncer.Jornada discute importância dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos.Disponível em <https://www.inca.gov.br/noticias/jornada-discute-importancia-dos-cuidados-paliativos-para-pacientes-oncologicos.>Acesso em :05 maio.2022.

RIBEIRO, D. F. S.; ABREUB, G.P. **Atribuições do enfermeiro em um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde**. Rev Atenção Saúde, v.15, n.52, p.55-60, 2017.

SANTOS, M.E.S.S.; CERETTA.L.B.; SORATTO, M.T. **Atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar**. RIES, v.4, n.1, p.10-23, 2015.

SARMENTO, W.M. *et al.* **Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em cuidados paliativos**. Enferm Foco. 2021;12(1):33-9.

SILVA, R. S. *et al.* **Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos**. Rev Min Enferm., v.20, e983, 2016.

SILVA, T.R.G. *et al.* **Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Rev Rene, v. 17, n. 5, p.643-650, 2016.

SILVA ,H,A ,DA;VIANA, G,K,B; LIMA ,A,K,G ET AL .**Intervenção em cuidados paliativos: Conhecimento e percepção dos enfermeiros**.Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1325-30, maio., 2018

SILVA, K. L.; SENA, R. R. DE; SILVA, P. M.; SOUZA, C. G. DE; MARTINS, A. C. S. **Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 13, n. 3, p. 503 - 510, 29 maio 2014 DOI: 10.4025/ciencnuisade.v13i3.1922. Acesso em 05 maio. 2022

SOUSA, E. A. Rede HumanizaSUS. **Programa Melhor em Casa**. 2015. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/92274-programa-melhor-em-casa/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SOUSA, J.M.; ALVES, E.D. **Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. v. 28, n. 3, pp. 264-269, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500044>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500044>. Acesso em 05 maio. 2022

UNIS. Grupo Educacional Unis. **Conheça o papel da Enfermagem nos cuidados paliativos**. Disponível em: <https://blog.unis.edu.br/conheca-o-papel-da-enfermagem-nos-cuidados-paliativos>. Acesso em 05 maio. 2022

VASCONCELOS, G.; BELÉM.; PEREIRA, P. M. **Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica**. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/112>. Acesso em: 05 maio. 2022.

VASCONCELOS, E.V; DE SANTANA, M.E; DA SILVA, S.E.D. **Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa**. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 127-130, ago. 2012. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/296/158>>. Acesso em: 05 maio. 2022.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FLEBITE APÓS CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 20/04/2022

David Rafael Pereira Ventura

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal e Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (CHBV)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0001-8365-0065

João Filipe Fernandes Lindo Simões

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

José Alberto da Silva Freitas

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS)
Porto, Portugal
ORCID: 0000-0003-2113-9653

RESUMO: A introdução de um Cateter Venoso Periférico (CVP) é realizada com a finalidade de administração de fluidos, nutrientes, terapêutica e hemoderivados. É um procedimento minimamente invasivo e tem um risco de infeção da corrente sanguínea relativamente baixo em comparação com outros procedimentos mais invasivos. No entanto, não está isento de riscos, podendo resultar da sua introdução o aparecimento de flebites e a ocorrência

de estase venosa com formação de trombos que podem migrar na corrente sanguínea, podendo levar à ocorrência de tromboflebite. É importante a vigilância do local de inserção do CVP, com a consequente avaliação sistemática de sinais e sintomas de flebite. O Enfermeiro é o profissional de saúde responsável pelas intervenções relacionadas com o CVP, sendo importante sensibilizar estes profissionais para a importância do diagnóstico precoce da flebite e implementação de intervenções adequadas.

PALAVRAS-CHAVE: Flebite, Cateter, Cateter Venoso Periférico, Enfermeiros, Assistência Centrada no Paciente.

ASSESSMENT AND NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH PHLEBITIS AFTER PERIPHERAL VENOUS CATHETERIZATION

ABSTRACT: The insertion of a Peripheral Venous Catheter (PVC) is performed for the administration of fluids, nutrients, therapeutics, and blood products. It is a minimally invasive procedure and has a relatively low risk of bloodstream infection compared to other more invasive procedures. However, it is not entirely harmless, and its insertion may result in phlebitis and venous stasis with thrombus formation that may migrate in the bloodstream and lead to thrombophlebitis. It is important to supervise the PVC insertion site, with the consequent systematic evaluation of signs and symptoms of phlebitis. The Nurse is the health professional responsible for the PVC related interventions, and it is important to raise awareness to these professionals about the importance of early phlebitis diagnosis and

implementation of appropriate interventions.

KEYWORDS: Phlebitis, Catheter, Peripheral Intravenous Catheter, Nurses, Patient-Centered Care.

1 | INTRODUÇÃO

A introdução de um Cateter Venoso Periférico (CVP) num doente não está isenta de complicações, sendo uma delas a possível ocorrência de flebite, que consiste na inflamação de uma veia, podendo evoluir para estádios mais avançados e acarretar consequências mais graves para o doente. Para além destas, há a assinalar também as de natureza económica para a própria instituição onde o doente está internado.

O enfermeiro é o elemento da equipa multidisciplinar responsável pelo ato de introduzir um CVP, pelo que lhe são imputadas responsabilidades a nível da manutenção e permeabilidade do acesso. Para responder aos desafios que diariamente lhe são colocados urge a necessidade de adquirir conhecimento e experiência que permitam documentar e sustentar a prática de enfermagem e assegurar a continuidade dos cuidados prestados, estabelecendo-se, assim, como padrão de qualidade.

Considerando esta realidade, de seguida iremos abordar os principais conceitos relacionados com a cateterização venosa periférica, o conceito e epidemiologia da flebite, a avaliação da pessoa com flebite e as intervenções de enfermagem à pessoa com flebite.

2 | CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

O procedimento de cateterização venosa periférica é definido pela introdução de um cateter, numa veia periférica de forma a aceder à rede venosa. Os Cateteres Venosos Periféricos (CVPs) são dispositivos de dimensões reduzidas, medindo entre 3 a 6 centímetros de comprimento, cujo calibre varia de 24 Gauge (G), os mais pequenos, até 14 G, os de maior diâmetro. A nível hospitalar é uma prática recorrente e comum e é sem dúvida um dos procedimentos invasivos mais realizados nos hospitais de todo o mundo. Só nos Estados Unidos da América mais de 300 milhões de CVPs são vendidos anualmente, e cerca de 60%-90% de todos os doentes hospitalizados necessitam de um acesso por via do CVP durante o internamento (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018; HELM, KLAUSNER, et al., 2015).

A introdução de um CVP é feita com o objetivo de nele serem infundidos terapêutica, fluidos e nutrientes, reposição de hemoderivados e ainda de realizar colheitas sanguíneas. É uma das vias de eleição para administração de medicação, pois garante que a concentração do princípio ativo que entra na corrente sanguínea é sempre constante. A opção por esta via evita problemas como inativação das drogas ou má absorção pelas vísceras, tratando-se, portanto, de uma via predileta para quando a via oral está indisponível (OLIVEIRA, 2014).

A introdução de um CVP tem a vantagem de ser um procedimento minimamente invasivo, de fácil aprendizagem, com um leque variado de utilizações, não sendo necessário o uso de meios de diagnóstico e terapêutica para confirmar o seu posicionamento. Para além disso, tem um risco de infeção da corrente sanguínea relativamente baixo em comparação com outros procedimentos mais invasivos, como o cateter venoso central (SIMONOV, PITTIRUTI, et al., 2015).

Apesar da sua utilidade, a introdução de um CVP não está isenta de complicações. A rede vascular é uma estrutura bastante sensível e múltiplas tentativas sem sucesso de introdução de um CVP comprometem a curto e a longo prazo a taxa de obtenção de novos acessos. Na opinião de SIMONOV, PITTIRUTI, et al. (2015) existe risco de infeção extra-lúmen associada ao procedimento, uma vez que o cateter perfura a superfície cutânea permitindo assim que bactérias e patógenos entrem na corrente sanguínea. Além do mais, fatores como má assepsia, no manuseamento do acesso, aumentam o risco de infeção endo-lúmen. Uma infeção com ponto de partida o CVP, aumenta em média 7 a 20 dias o internamento do doente, para além de custos económicos avultados para a instituição que podem ir até 48 mil dólares nos Estados Unidos da América.

Verifica-se que até um quarto dos CVPs inseridos ficam obstruídos ou são retirados de forma acidental, podendo levar a extravasão da solução em perfusão com formação de edema. Os CVPs predispõem o aparecimento de flebites e a ocorrência de estase venosa com formação de trombos que podem migrar na corrente sanguínea, podendo levar à ocorrência de tromboflebite (SIMONOV, PITTIRUTI, et al., 2015).

Ainda, fatores como: o progressivo envelhecimento da população, a obesidade, a raça, o historial de infeções, de punções venosas e de cirurgias *major*, maior predominância no sexo feminino, a hipotensão, o uso de contraceptivos, a falta de descanso, a inatividade, contribuem também para a degradação da rede venosa (OLIVEIRA, 2014).

A depleção venosa contínua e progressiva leva a que sejam aplicadas técnicas mais invasivas, com maior risco de infeção e com custos mais elevados para a instituição (HELM, KLAUSNER, et al., 2015). MCGOWAN (2014) é da opinião de que uma adequada rotação do local de punção revela-se fulcral neste paradigma.

O ato de puncionar uma veia para introdução do CVP acarreta também algumas consequências para o utente, pois é um foco de dor, medo e ansiedade. Tudo isto leva a que haja uma ativação do sistema nervoso simpático que inicia uma resposta de vasoconstricção das veias periféricas. Esta reação faz com que a inserção do CVP seja mais difícil, o que pode levar a erros e à necessidade de repuncionar uma veia, podendo levar a náuseas, ao aumento da frequência cardíaca, ou até mesmo à síncope (ROBINSON, PALIADELIS, et al., 2016).

3 | CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA FLEBITE

A flebite é definida como um processo inflamatório da túnica íntima, a parede mais interna das veias, composta por tecido endotelial. Fisicamente, apesar de ainda não haver um consenso pela comunidade científica, tudo aponta para que se caracterize pelos seguintes sinais e sintomas: rubor local, edema, dor, calor e formação de um cordão venoso palpável ao longo trajeto da veia (REIS, 2016).

A patofisiologia da flebite envolve um rápido processo inflamatório que é iniciado após a sensibilização do endotélio vascular, depois da introdução de um CVP. Tudo isto leva à libertação de serotonina e agentes inflamatórios como a bradicinina e histaminas, que causam vasodilatação e promovem assim a extravasão de proteínas, sangue e plasma para o espaço intersticial, levando à formação de edema. A ação da histamina leva a que haja agregação plaquetária, podendo haver a formação de trombos desde o lúmen do CVP até ao trajeto da veia. A ação dos leucócitos no local da inflamação contribui para o aumento do edema, o que faz com que o cordão venoso palpável, previamente formado, seja mais proeminente, cerca de 7,5-15 cm. Nesta fase do processo inflamatório, existe a presença de exsudado purulento no local de inserção do CVP, assim como um aumento da temperatura e rubor (MARSH, MIHALA, *et al.*, 2015).

Relativamente à patogénese da flebite existem seis fatores principais que atuam como fontes de contaminação dos CVP: as mãos dos profissionais de saúde que o manipulam, a microflora da pele do doente, a colonização da extremidade e das conexões do CVP por microrganismos, a infusão de fluidos contaminados, e por fim, a contaminação por via sanguínea através de outros focos de infeção. As bactérias como os bacilos gram-negativos (*staphylococcus*, *staphylococcus aureus*, *enterococci* e *candida albicans*) são os grandes responsáveis pela contaminação do CVP e infeções relacionadas com os mesmos. Alguns microrganismos, como é o caso de certas estirpes de *staphylococcus* coagulase negativo, produzem um biofilme de matriz polisacarídica que impede os mecanismos de defesa do hospedeiro de atuar sobre o foco de infeção (MILLER, O'GRADY, 2013, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A introdução de um CVP aumenta o risco de Infeções Nosocomiais Associadas aos Cuidados de Saúde (INCS), pois há uma rutura na solução de continuidade da pele e a sua função de proteção fica alterada, tendo a microflora residente na superfície da pele acesso à corrente sanguínea, aumentando a ação patogénica e o risco de INCS. É referido no documento de REIS (2016) que as causas das INCS associadas ao CVP são variadas e complexas, destacando-se o uso de terapia antibiótica que danifica as paredes das veias. As principais fontes de contaminação do CVP são a flora microbiana residente da pele do doente, a extremidade do CVP contaminado durante a punção, contaminação dos obturadores e linhas, disseminação hematogénea e ainda as mãos dos profissionais contaminadas (REIS, 2016)

A flebite pode ser classificada de acordo com a sua etiologia: mecânica, relacionado com as características do material com que o CVP é fabricado, fixação inadequada do CVP e ainda incorreto manuseamento do CVP durante a sua utilização; química, causada pela substância a ser infundida, como é o caso de antibióticos como a vancomicina e a ceftriaxona que são agressivos para a parede do endotélio; bacteriana, quando existe colonização microbiana devido à falta de assepsia, quer do utente ou do profissional de saúde ou até mesmo da não otimização periódica do CVP; pós infusão, pois no intervalo de 48h até 96 horas após a remoção do CVP existe o risco de desenvolver flebite (OLIVEIRA, 2014).

Dependendo das características químicas da medicação infundida, pH e osmolaridade, pode existir dano na rede venosa periférica. O pH determina se uma solução é ácida ou alcalina, sendo que o pH normal do sangue varia entre os 7.35 e os 7.45. Toda a terapêutica alcalina ou básica que entre na corrente sanguínea tem o potencial de danificar o endotélio, causando dor e calor, produzindo flebites de origem química e mais tarde, levando ao aparecimento de um trajeto venoso palpável (SANTOLIM, AUGUSTO, et al., 2012).

A osmolaridade define-se pela concentração do princípio ativo da substância dissolvido num litro de solução. O sangue tem uma osmolaridade que varia entre os 280-295 mOsm/litro. Diferentes osmolaridades provocam diferentes reações no endotélio e no volume celular. Quanto mais hipertónica ou hipotónica é a solução a infundir, maior o risco de flebite por origem química (SANTOLIM, AUGUSTO, et al., 2012). Podemos definir as soluções quanto à sua osmolaridade como descrito na Tabela 1.

Tipo de solução	Dano	Osmolaridade(mOsm/litro)
Hipotónica	Aumentam o volume celular com a possibilidade de ocorrer lise celular	Menor que 240
Isotónica	Não causam dano ao volume celular	Entre 240 e 340
Hipertónica	Existe perda de volume celular, pela saída de água o que faz com que haja redução de tamanho	Maior que 340

Tabela 1. Definição de soluções quanto à sua osmolaridade (SANTOLIM, AUGUSTO, et al., 2012).

Existem ainda fatores de risco que predispõem ao aparecimento de flebite tais como a idade, sexo, hábitos tabágicos e comorbidades como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, doenças vasculares e neuropatia periférica. No artigo de MILUTINOVIĆ, SIMIN, et al. (2015), consta que a incidência de flebite aumenta com a idade, sendo que o risco aumenta em 50% para os indivíduos com 60 ou mais anos. O sexo feminino prevalece como o mais predisposto a desenvolver flebite não havendo ainda uma explicação para este acontecimento.

A evolução tecnológica permitiu que os materiais com que são fabricados os CVPs sejam cada vez mais biocompatíveis (SANTOLIM et al., 2012); o uso de cateteres fabricados com Teflon® aumenta em 30% o risco de flebite em comparação com CVP desenvolvidos com Vialone®. Isto deve-se ao facto de os primeiros, sejam eles de silicone ou de poliuretano, serem mais propensos à colonização (MILUTINOVIĆ, SIMIN, et al., 2015, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, SANTOLIM, AUGUSTO, et al., 2012).

Em Portugal, a revisão sistemática realizada por OLIVEIRA e PARREIRA (2010) verifica que nos 19 estudos realizados para estudar a flebite e a dimensão da sua ocorrência, a incidência de flebite variou de 3.7% a 64.6%. Os resultados do Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção indicam que o CVP é o fator extrínseco mais relevante para a ocorrência de INCS. A realização do mesmo inquérito em 2012 revelou que o CVP é novamente o fator de risco extrínseco mais relevante e que aumenta para 11,7% a prevalência de INCS. Em 170 INCS registadas, 66,1% deveu-se à presença de um CVP (COSTA, NORIEGA, et al., 2009, OLIVEIRA, 2014).

Num estudo realizado por NOBRE (2017) numa unidade de saúde localizada em Castelo Branco, Portugal, em 221 observações a 78 CVP realizados em 58 doentes, verificou-se uma taxa de incidência de 36.7%. A nível internacional, noutros estudos como é o caso da investigação feita por URBANETTO, RODRIGUES, et al. (2011) em 231 doentes foi verificada uma taxa de incidência de 24.7% e no estudo de MAGEROTE, LIMA, et al. (2011), verificou-se uma taxa de 25.8% em 155 CVP introduzidos.

O que está padronizado pela *Infusion Nurses Society*, sociedade norte americana que se dedica à criação de normas e padronização de procedimentos, é que a percentagem recomendada de ocorrência de flebitis nos hospitais seja igual ou inferior a 5% (GORSKI, 2007). O que se verifica na realidade, e que os autores MIHALA, RAY-BARRUEL, et al. (2018) relatam, é que a variação em diversos hospitais ocorre entre 0-91%, muito devido às inúmeras escalas e ferramentas de avaliação existentes e uma falta de consenso. Primeiro, no que toca à definição de flebite, em segundo no que se refere aos sinais e sintomas que a caracterizam e, por último, a utilização de uma ferramenta devidamente fiável e válida.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) refere que o direito a acesso de cuidados de saúde de qualidade é fundamental para o cidadão, tendo este o direito de exigir qualidade nos cuidados de saúde que lhe são prestados (DGS, 2012). Sendo o CVP o procedimento invasivo mais realizado em hospitais, esta é uma problemática real e que necessita da devida monitorização e tratamento. Para CAPDEVILA (2013) a ocorrência de infeções relacionadas com o uso dos CVPs, nomeadamente as flebitis, não está devidamente estudada. A maioria das orientações internacionais centram-se sobretudo na utilização dos cateteres venosos centrais, e não está produzida devida evidência científica, nem normas e procedimentos *standards* para o uso de CVPs.

4 | AVALIAÇÃO DA PESSOA COM FLEBITE

Na revisão sistemática conduzida por RAY-BARRUEL, POLIT, et al. (2014), cuja temática se centrou na recolha das ferramentas de avaliação da flebite, verificou-se a existência de setenta e um instrumentos de registo e de parametrização da flebite relacionada com a introdução do CVP. O estudo refere que nem todas essas ferramentas são originais e que existem inúmeras disparidades entre elas, pois muitas ainda se referem a escalas já existentes e que são modificadas sem qualquer referência ao autor. Apenas quinze estudos se limitam a descrever os sintomas que já existiam nas escalas e somente treze instrumentos tinham algum tipo de teste psicométrico realizado.

As principais ferramentas de avaliação da flebite que existem na literatura são: a *Visual Infusion Phlebitis Score (VIP Score)* (JACKSON, 1998), a *Infusion Nurse Society (JINS)* (JINS, 2006), a *Maddox* (MADDOX, JOHN, et al., 1983) e a escala de *Baxter* (BAXTER, 1988) conforme explanado na Tabela 2.

Escala	Definição da Escala / Resultado primário	Sensibilidade para diagnosticar flebite	Estudos de validação
VIP Score (GALLANT, SCHULTZ, 2006, JACKSON, 1998)	Escala com <i>scores</i> de 0-5. A flebite é definida com <i>score</i> . Sintomas avaliados: dor, rubor, calor, edema, presença de pus, cordão venoso palpável.	Nos estudos efetuados por (Gallant & Schultz, 2006) em 851 CVP inseridos, 6,2% desenvolveram flebite.	Validade demonstrada de forma informal. Registos de testes de fiabilidade, mas inconclusivos.
Infusion Nurse Society (JINS, 2006)	A flebite é o resultado da inflamação da veia, com os seguintes sintomas: dor, eritema, edema, endurecimento do local de punção, trajeto venoso palpável e drenagem de conteúdo purulento. Escala com <i>score</i> de 0 a 4, 0 = sem flebite; 1-4 com os diversos graus de flebite.	Em 182 doentes, 18,3% apresentaram flebite grau 1.	Os autores reportam fiabilidade inter-observadores aceitável. Possui validade testada de forma convergente.
Maddox (MADDOX, JOHN, et al., 1983)	A flebite apresenta os seguintes sintomas: eritema, edema, endurecimento, dor e cordão venoso palpável. Grau de flebite avaliado de 0 -5.	Numa amostra de 514 doentes: 22,6% apresentaram flebite grau 1, 17,3% apresentaram flebite grau 2.	Fiabilidade inter-observadores registada, mas sem dados fornecidos.
Baxter (BAXTER, 1988)	Define a severidade e incidência da flebite, fatores contribuintes, tempo de permanência, complicações futuras. Sinais e sintomas identificados: dor, eritema, edema, endurecimento, cordão venoso palpável. Grau de flebite avaliado de 0 -5	Numa amostra de 90 doentes, 26% apresentaram flebite.	Fiabilidade inter-observadores registada, mas sem dados fornecidos.

Tabela 2. Principais escalas de avaliação da flebite (RAY-BARRUEL et al., 2014).

As restantes resultam apenas de pequenas variações, ou alterações sem ter sido referenciada a escala original (RAY-BARRUEL, POLIT, *et al.*, 2014). Contudo, a identificação de sintomatologia associada ao desenvolvimento e graus da flebite também é díspar entre os diferentes elementos de avaliação, sendo o eritema o único que é comum a todas as escalas. Todos os autores supramencionados recorrem ao uso de escalas com *scores* progressivos, estando um conjunto de critérios pré-definidos para cada grau de flebite. No entanto, esses *scores* são diferentes entre as diversas escalas; por exemplo, o diagnóstico de flebite na escala de JACKSON (1998) começa com um *score*³ 2 enquanto na escala de MADDOX, JOHN, et al. (1983), JINS (2006) e BAXTER (1988) o mesmo diagnóstico inicia-se com um *score* ≥ 1 .

5 I INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FLEBITE

As recomendações da Direção Geral da Saúde de Portugal (DGS) para a prevenção de infeções associadas aos CVPs, assentam em seis pontos: seleção do tipo de CVP, local da punção, desinfeção da pele antes da punção, manutenção e otimização do CVP, bem como conhecimento de estratégias na sua substituição e ainda sobre a profilaxia antibiótica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Antes de qualquer procedimento e contato com o doente, segundo a norma da DGS (2010) é recomendada uma correta higienização das mãos. Na referida norma, disponibilizada por esta organização governamental, é referido que:

“a lavagem das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (...) ou para locais do corpo habitualmente estéreis”.

A nível da monitorização do CVP, o cuidado de higienizar as mãos é fulcral e as orientações internacionais reforçam que se deve apenas trocar o CVP com base em critérios clínicos em vez do critério da periodicidade até aqui em vigor, de quatro em quatro dias. Para além disso, sempre que o local de punção apresente sinais de infeção, inflamação ou se o CVP se encontrar não funcional, o CVP deve ser removido e deverá considerar-se sempre o repuncionamento de um novo acesso. Em doentes com acessos venosos difíceis, o CVP poderá permanecer por longos períodos de tempo, se não apresentar quaisquer sinais inflamatórios ou flebite, de forma a preservar aquela via (MIHALA, RAY-BARRUEL, *et al.*, 2018, REIS, 2016).

A seleção do calibre do CVP adequado à solução a infundir, atendendo às características físicas do utente, é vital para a diminuição do risco de flebites. Orientações

internacionais afirmam que a opção por um CVP de G maior, que se traduz num diâmetro menor de CVP, minimiza o risco de flebites (INS, 2006). O estudo efetuado por CICOLINI, BONGHI, et al. (2009) refere que a incidência é francamente menor em doentes cateterizados com CVP 22G em comparação com 16G ou até mesmo 18G. O número de punções ou repunções, associado ao tempo que o cateter fica introduzido no doente, também são fatores relacionados com o risco de flebite.

Uma adequada estabilização do CVP após a sua introdução é igualmente vital para a redução das infeções relacionadas com o uso destes dispositivos. Nesta matéria as indicações são claras. É aconselhado a utilização de pensos com compressa estéril ou com revestimento semipermeável ou transparente para a fixação do cateter, para uma melhor observação do local de inserção do CVP. Os autores O'GRADY, ALEXANDER, et al. (2011) e REIS (2016) referem que é também importante efetuar ensinamentos para a saúde junto do doente para que reporte à equipa de enfermagem qualquer alteração no local do acesso.

A opção pelo uso de prolongadores e torneiras, reduz o risco de flebite, partindo da premissa que quanto menor for a manipulação do CVP junto ao local da punção, menor risco de infeção haverá. Após a inserção do dispositivo é necessário conservar a técnica asséptica em todos os momentos da manipulação do acesso, assim como em todo o material que irá ser conectado. É de salientar que existem recomendações para a troca dos sistemas de perfusão de soroterapia e de todas as conexões. De acordo com O'GRADY, ALEXANDER, et al. (2011) os sistemas devem ser substituídos idealmente a cada noventa e seis horas, podendo ir até um máximo de cento e sessenta e oito horas. No caso dos sistemas de administração de hemoderivados, ou de emulsões lipídicas, a substituição é recomendada após vinte e quatro horas do início da perfusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Antes de qualquer punção deve ser realizada uma adequada desinfeção da pele com recurso a antisséptico de base alcoólica tais como, álcool a 70%, iodopovidona a 1% ou clorhexidina a 2%. A desinfeção do local deve ser executada com movimentos circulares do centro para periferia, e é importante que seja dado tempo para a solução secar. Deve-se evitar o uso de desinfetantes para as mãos e solventes orgânicos, uma vez que o seu uso não diminui o risco de infeção e pode aumentar a inflamação local e provocar desconforto para o doente. A tricotomia do local de punção está desaconselhada; no entanto, se necessário, a remoção das pilosidades deverá ser efetuada com recurso a uma tesoura ou máquina elétrica e nunca com lâmina, sob o risco de criar soluções de continuidade na pele e ainda risco acrescido de colonização do local de punção (MILLER, O'GRADY, 2013).

Outras recomendações referem que o uso de escalas de avaliação de flebites com vigilância frequente, trazem ganhos na prevenção da infeção (GORSKI, HADAWAY, et al., 2016), sendo assim, necessário capacitar os Enfermeiros de ferramentas para a prevenção e identificação de flebites.

6 | CONCLUSÃO

O Enfermeiro é o profissional de saúde responsável pelas intervenções relacionadas com o CVP e a ele são imputadas funções que vão desde a inserção do CVP, à manutenção do acesso, assim como à sua substituição e à sua remoção. Cabe ainda ao Enfermeiro a administração da terapêutica endovenosa e a vigilância do doente durante a sua administração. Perante alguma alteração que inviabilize a continuidade do tratamento, retirada accidental do acesso, infiltração e/ou presença de sinais inflamatórios, o Enfermeiro é autónomo na tomada da decisão de retirar o acesso.

É importante sensibilizar os Enfermeiros para uma correta vigilância do local de inserção do CVP, bem como para a sua otimização diária, através da palpação da área circundante e da visualização do local de inserção do mesmo. Assim, estes profissionais de saúde devem ser capazes de identificar os fatores que podem estar na origem do desenvolvimento de flebites, de forma a prevenir não só o seu aparecimento, mas também o agravamento do estado de saúde do doente.

REFERÊNCIAS

BAXTER, B. H. L. **Principles and Practice of IV Therapy**. Berks: Baxter Healthcare Ltd. Compton, [s.n.], 1988.

CAPDEVILA, J. A. “**El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial**”, *Rev Esp Quimioter*, v. 226, n. 1, p. 1–5, 2013. Disponível em: <http://seq.es/seq/0214-3429/26/1/capdevila.pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.

CICOLINI, G., BONGHI, A. P., DI LABIO, L., *et al.* “**Position of peripheral venous cannulae and the incidence of thrombophlebitis: an observational study**”, *Journal of Advanced Nursing*, v. 65, n. 6, p. 1268–1273, jun. 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.04980.x. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374679>. Acesso em: 12 jun. 2019.

COSTA, A. C., NORIEGA, E., FONSECA, L. F., *et al.* “**Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção**”, *Control*, p. 18, 2009. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>.

DGS, D. G. da S. “**PNS Versão Completa | Plano Nacional de Saúde 2012-2016**”. 2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>. Acesso em: 27 set. 2017.

GORSKI, L. A. “**Speaking of Standards Standard 53: Phlebitis**”, *Journal of Infusion Nursing*, v. 30, n. 5, 2007. DOI: 10.1097/01.NAN.0000292567.17022.53. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17895804>. Acesso em: 7 jul. 2018.

GORSKI, L., HADAWAY, L., HAGLE, M. E., *et al.* “**Infusion Therapy Standards of Practice**”, *Journal of Infusion Nursing*, v. 39, n. 1S, p. S1–S159, 2016.

HELM, R. E. ; KLAUSNER, J. E. ; KLEMPERER, J. D. ; *et al.* “**Accepted but Unacceptable: Peripheral IV Catheter Failure**”, *Journal of Infusion Nursing*, v. 38, n. 3, p. 189–203, 2015. DOI: 10.1097/NAN.0000000000000100.

INS, I. N. S. **Infusion Therapy Standards of Practice**. [S.l.], Journal of Infusion Nursing, 2016. Disponível em: <http://www.ins1.org/Default.aspx?TabID=251&productId=113266>. Acesso em: 9 jul. 2018.

JACKSON, A. **“Infection control-a battle in vein: infusion phlebitis.”**, Nursing times, v. 94, n. 4, p. 68, 71, 1998.

JINS, J. of I. N. **“Chapter 53: Phlebitis”**, Journal of Infusion Nursing, v. 29, n. 1, 2006. Disponível em: https://journals.lww.com/journalofinfusionnursing/Fulltext/2006/01001/53__PHLEBITIS.58.aspx.

MADDOX, R. R., JOHN, J. F., BROWN, L. L., *et al.* **“Effect of inline filtration on postinfusion phlebitis.”**, Clinical pharmacy, v. 2, n. 1, p. 58–61, 1983. Disponível em: <https://biturl.top/ieMRNj>

MAGEROTE, N., LIMA, M., SILVA, J., *et al.* **“Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos”**, Texto e Contexto Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 286–292, 2011. DOI: 10.1590/S0104-07072011000300009.

MARSH, N., MIHALA, G., RAY-BARRUEL, G., *et al.* **“Inter-rater agreement on PIVC-associated phlebitis signs, symptoms and scales”**, Journal of Evaluation in Clinical Practice, v. 21, n. 5, p. 893–899, 2015. DOI: 10.1111/jep.12396.

MCGOWAN, D. **“Peripheral intravenous cannulation: managing distress and anxiety”**, British Journal of Nursing, v. 23, n. Sup19, p. S4–S9, 22 out. 2014. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.Sup19.S4. Disponível em: <https://biturl.top/3UzArq>. Acesso em: 4 jul. 2021.

MIHALA, G., RAY-BARRUEL, G., CHOPRA, V., *et al.* **“Phlebitis Signs and Symptoms With Peripheral Intravenous Catheters”**, Journal of Infusion Nursing, v. 41, n. 4, p. 260–263, 2018. DOI: 10.1097/NAN.000000000000288. Disponível em: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00129804-201807000-00009>. Acesso em: 4 jul. 2018.

MILLER, D. L., O'GRADY, N. P. **“Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections: Recommendations Relevant to Interventional Radiology for Venous Catheter Placement and Maintenance”**, J Vasc Interv Radiol, 2013. DOI: 10.1016/j.jvir.2012.04.023. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2018.

MILUTINOVIĆ, D., SIMIN, D., ZEC, D. **“Risk factor for phlebitis: a questionnaire study of nurses' perception”**, Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 23, n. 4, p. 677–84, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0192.2603. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **“Recomendações para Prevenção da Infecção Nosocomial Associada aos Dispositivos Intravasculares”**, Programa nacional de controle de infecção, p. 31, 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

NOBRE, A. S. P. **Prevalência de flebite na venopunção periférica: fatores associados**. 2017. 114 f. Instituto Politécnico de Bragança, 2017. Disponível em: <https://biturl.top/Vve6r2>.

O'GRADY, N. P., ALEXANDER, M., BURNS, L. A., *et al.* **“Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections”**, American Journal of Infection Control, v. 39, n. 4, p. S1–S34, maio 2011. DOI: 10.1016/j.ajic.2011.01.003.

OLIVEIRA, A. **Intervenção nas práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites em pessoas portadoras de cateteres venosos periféricos: um estudo de investigação-ação**. 2014. 405 f. PhD in Nursing – Universidade de Lisboa, 2014. Disponível em: <https://biturl.top/aaYRNj>.

OLIVEIRA, A., PARREIRA, P. “**Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura**”, Revista de Enfermagem Referência, v. III, n. 2, p. 12, 2010.

RAY-BARRUEL, G., POLIT, D. F., MURFIELD, J. E., *et al.* “**Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review**”, Journal of evaluation in clinical practice, v. 20, n. 2, p. 191–202, 2014. DOI: 10.1111/jep.12107.

REIS, M. **Saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos**. 2016. 153 f. Masters in Medical Surgical Nursing – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2016. Disponível em: <https://biturl.top/Avamae>.

ROBINSON, M., PALIADELIS, P., CRUICKSHANK, M. “**Venous access: the patient experience**”, Support Care Cancer, 2016. DOI: 10.1007/s00520-015-2900-9. Disponível em: <https://biturl.top/AjuqEb>. Acesso em: 3 jul. 2021.

SANTOLIM, T. Q., AUGUSTO, L., SANTOS, U., *et al.* “**The strategic role of the nurse in the selection of IV devices**”, v. 21, n. 21, 2012.

SIMONOV, M., PITTIRUTI, M., RICKARD, C. M., *et al.* “**Navigating Venous Access: A Guide for Hospitalists**”, Journal of Hospital Medicine, v. 10, n. 7, p. 473, 2015. DOI: 10.1002/jhm.2335. Disponível em: <https://biturl.top/rqYv2e>. Acesso em: 19 jul. 2021.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Definition of peripheral venous catheter**. 2018. Disponível em: <https://biturl.top/jQjeu2>. Acesso em: 22 jul. 2021.

URBANETTO, J., RODRIGUES, A., OLIVEIRA, D., *et al.* “**Prevalence of Phlebitis in Adult Patients With Peripheral Venous**”, Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 3, p. 440–448, 2011. DOI: 10.5902/217976923283.

CATETER PERIFÉRICO COM SISTEMA FECHADO DE INFUSÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 28/03/2022

Mitzy Tannia Reichembach Danski

Universidade Federal do Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-5380-7818>

Gabriella Lemes Rodrigues de Oliveira

Instituto Federal do Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-2664-419X>

Luana Lenzi

Universidade Federal do Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-4829-1703>

Edivane Pedrolo

Universidade Federal do Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-2467-9516>

Derdried Athanasio Johann

Instituto Federal de Educação Ciência e
Tecnologia do Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-4525-830X>

Simone Martins Nascimento Piubello

Universidade Federal do Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-3841-225X>

RESUMO: Objetivo: identificar os fatores de risco para a ocorrência de complicações locais associadas ao uso de dois tipos de cateteres intravenosos periféricos – cateter sobre agulha para sistema aberto de infusão e cateter sobre agulha para sistema fechado de infusão. **Método:** ensaio clínico randomizado realizado em unidade de clínica médica de um hospital de

ensino da região sul do país. Os participantes foram 184 pacientes que foram alocados para uso de cateter sobre agulha para sistema fechado de infusão (grupo experimental) ou de cateter sobre agulha para sistema aberto de infusão (grupo controle). Realizou-se observação diária do sítio de inserção, desde a inserção do cateter até sua retirada. **Resultados:** foi identificado que o sexo feminino apresentou risco 2,5 vezes maior para o desenvolvimento de complicação. Quanto ao desenvolvimento de flebite, observou-se que a infusão de antimicrobianos aumenta em 2,26 vezes seu risco, de diuréticos (RR: 3,42) e medicações vesicantes (RR: 2,31). Os cateteres utilizados para a infusão de antimicrobianos apresentaram risco aumentado para a ocorrência de infiltração (RR: 4,72). Ao analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de obstrução do cateter, o número de tentativas de punção interfere na ocorrência desta complicação, considerando que mais de duas tentativas aumenta o risco em 5,91 vezes. O uso de medicação vesicante aumentou o risco em 6,0 vezes. Ademais, a cada dia que o paciente passa internado há aumento do risco para ocorrência de complicação em 5,7%, e cada dia a mais de permanência do cateter aumenta o risco em 22,4%. **Conclusões:** a utilização do cateter para sistema fechado pode oportunizar mais conforto ao paciente e segurança aos profissionais uma vez que oferece menos risco em relação ao tempo de permanência. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: RBR-48Z55V.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Prática Clínica Baseada em Evidências; Ensaio Clínico Controlado Aleatório; Cateterismo Periférico;

PERIPHERAL CATHETER WITH CLOSED INFUSION SYSTEM: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

ABSTRACT: Objective: to identify risk factors for the occurrence of local complications associated with the use of two types of peripheral intravenous catheters – catheter over needle for open infusion system and catheter over needle for closed infusion system. **Method:** randomized clinical trial carried out in a medical clinic unit of a teaching hospital in the southern region of the country. The 184 patients were allocated to use of catheter over needle for closed system of infusion (experimental group) or catheter over needle for open system of infusion (control group). Daily observation of the insertion site was performed, from insertion of the catheter to its removal. **Results:** the highest female sex presented for the risk of development of 2.5 times was identified. Regarding the development of phlebitis, it was observed that the infusion of antimicrobials increases the risk of diuretics (RR: 3.42) and vesicant drugs (RR: 2.31) by 2.26 times. The catheters used for the infusion of antimicrobials showed an increased risk for the occurrence of infiltration (RR: 4.72). When analyzing the risk factors for the development of the catheter, the number of risk of puncture interfered and the risk of increasing the risk, considering that more than 5.91 times. The use of vesicant increased by 6.0 times. Each patient, each day increases the risk of internal risk, in addition to increasing the risk by 5.7% and each day increases the duration of the catheter 22.4%. **Conclusions:** the use of the catheter for the closed system can provide more comfort to the patient and safety to the professionals since it offers less risk in permanence time. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-48Z55V. **KEYWORDS:** Nursing; Evidence-Based Clinical Practice; Randomized Controlled Clinical Trial; Peripheral Catheterization; Complications; Risk factors.

INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa (TIV) é prática amplamente difundida nos serviços de saúde, especialmente em âmbito hospitalar, sendo os cateteres intravenosos periféricos (CIP) os dispositivos mais comumente empregados para a realização desta prática.

O CIP é inserido por meio de uma punção venosa periférica, tendo como principais indicações a administração de fármacos, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais em situações de desequilíbrio hidroeletrólítico, perda sanguínea, disfunção de vários órgãos e sistemas, infecção, grandes queimaduras, procedimentos cirúrgicos e/ou na impossibilidade de ingestão adequada de fluidos, eletrólitos ou vitaminas (IVNNZ, 2012; INS BRASIL, 2013; INS, 2016).

Portanto, o uso do CIP é amplo e indispensável para o tratamento e recuperação de pacientes em todos os graus de complexidade. No entanto, por se tratar de dispositivo invasivo, sua utilização não está livre do risco de complicações para o paciente, como a ocorrência de hematoma, obstrução / oclusão do cateter, tração acidental do cateter, flebite, infiltração, extravasamento e infecção local (INS BRASIL, 2013; PHILLIPS; GORSKI, 2014).

Mais de 200 milhões de cateteres periféricos são usados a cada ano nos EUA, dos quais cerca de 70% apresentam complicações antes do término da terapia (RICKARD et al., 2012). Quando presentes, tais complicações podem resultar em aumento significativo do tempo de hospitalização, dos custos com o tratamento e do desconforto do paciente.

Desta forma, justifica-se que o conhecimento e compreensão dos fatores de risco para a ocorrência de complicações relacionadas a CIP pode possibilitar a implementação de práticas individuais e coletivas que contribuam com a prevenção e minimização dos riscos associados e com isso alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente, o profissional de enfermagem deve apropriar-se de conhecimentos e basear a sua prática em evidências científicas.

Neste sentido, objetivou-se identificar os fatores de risco para a ocorrência de complicações locais associadas ao uso de dois tipos de cateteres intravenosos periféricos – cateter sobre agulha para sistema aberto de infusão e cateter sobre agulha para sistema fechado de infusão.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado desenvolvido em duas unidades clínicas de um hospital de ensino de Curitiba-PR. Participaram da pesquisa pacientes adultos internados, observando os seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, sem previsão de alta breve e necessidade da obtenção de acesso venoso periférico para terapia intravenosa. Como critérios de exclusão, delineou-se: fragilidade da rede venosa periférica ou qualquer outra condição que impossibilitasse a punção com CIP, inserção do cateter da pesquisa em veia jugular externa, bem como participação anterior na pesquisa, independente do grupo de randomização.

A inclusão dos participantes ocorreu após autorização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo próprio paciente ou por familiar de primeiro grau, em duas vias de igual teor, garantindo-se a preservação do anonimato. Os funcionários responsáveis pela inserção, manipulação e manutenção dos CIP nas unidades pesquisadas foram convidados a participar como colaboradores da pesquisa, e também assinaram um TCLE, a fim de obter autorização para capacitá-los ao uso correto dos cateteres pesquisados.

Os pacientes incluídos foram alocados aleatoriamente para uso de um dos dois CIP pesquisados – cateter sobre agulha para sistema fechado de infusão (grupo experimental) ou cateter sobre agulha para sistema aberto de infusão (grupo controle). A randomização deu-se por amostragem aleatória sistematizada, na qual os pacientes foram alocados em um dos grupos de forma alternada e sequencial, conforme a demanda da utilização de CIP nas unidades pesquisadas.

As equipes de enfermagem das unidades de pesquisa participaram de capacitação

para manipulação e manutenção dos cateteres pesquisados, previamente ao início da coleta de dados. Foram três dias seguidos de capacitação nos três turnos de trabalho, totalizando dez reuniões com duração de uma hora cada e presença de 33 funcionários. Para tanto, elaborou-se estratégia metodológica de aprendizagem teórica e prática, com aplicação de processo avaliativo ao final. Realizou-se aula expositiva-dialogada seguida de apresentação de vídeo demonstrando o manuseio dos cateteres. Em seguida, cada funcionário realizou o procedimento de punção com o cateter não padronizado na instituição (sistema fechado), em colegas voluntários ou no manequim, quantas vezes fossem necessárias. Durante a punção os participantes foram avaliados quanto a sua competência para a realização da punção com o novo cateter, por meio de instrumento composto por 22 itens em forma de *checklist*. Tal instrumento foi elaborado com base nas recomendações da *Infusion Nurses Society*, e submetido à revisão de uma enfermeira representante da indústria produtora dos cateteres, a fim de estabelecer as ações essenciais para a correta manipulação do dispositivo.

A avaliação classificou os funcionários em 'aptos' ou 'inaptos' para a realização da intervenção investigada, e os profissionais considerados inaptos na primeira tentativa foram novamente submetidos ao módulo prático da capacitação, até que fossem considerados aptos.

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela equipe de pesquisa, a qual também foi previamente capacitada, a fim de padronizar os procedimentos para obtenção dos dados e os conceitos abordados na pesquisa.

O cálculo amostral foi realizado com base nos resultados do teste piloto, concluindo-se que uma amostra de 148 pacientes seria capaz de garantir poder estatístico de 0,80 ($1 - \beta = 0,80$) para detectar diferença mínima de 20% entre os tratamentos ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

A coleta ocorreu diariamente, no período de setembro de 2015 a abril de 2016, mediante observação direta dos dispositivos, busca e registro de informações contidas nos prontuários dos pacientes incluídos. Utilizou-se instrumento estruturado adaptado de Johann (2015), contendo campos para registro de variáveis sociodemográficas, clínicas, relacionadas ao cateter e às infusões realizadas, bem como variáveis de desfecho. O paciente foi acompanhado diariamente desde a inserção do cateter até sua retirada eletiva ou mediante indicação clínica (ocorrência de complicação). Ressalta-se que os cateteres foram imediatamente retirados na presença do primeiro sinal de complicação local.

A variável 'complicação local associada ao cateter intravenoso periférico' foi o desfecho primário e abrangeu a ocorrência de flebite, infiltração, extravasamento, obstrução, infecção local e tração acidental do cateter, avaliadas conforme *guideline* internacional (INS, 2016). Os fatores de risco para a ocorrência destas complicações foram os desfechos secundários.

Os dados foram analisados com auxílio dos programas R e SPSS (*Statistical*

Package for the Social Sciences) versão 17.0 para *Windows*. Na análise descritiva realizou-se cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e dispersão. As características dos grupos foram comparadas por meio dos testes Qui-quadrado, U de *Mann-Whitney* e t de *Student*. Para a análise univariada dos fatores de risco, inicialmente verificou-se a relação de dependência entre as variáveis investigadas e a presença de complicação, por meio dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, conforme o caso. Posteriormente, realizou-se o cálculo do Risco Relativo (RR) e Intervalo de Confiança (IC) para estimar o grau de associação entre as variáveis. A categoria considerada como referência foi indicada nas tabelas dos resultados com o valor 1 para os valores de RR. Na análise multivariada construiu-se um modelo por regressão logística, com as variáveis que apresentaram p-valor até 0,300 e RR acima de 1,00 nas análises univariadas, optando-se pelo método *Stepwise Forward* para a construção do modelo estatístico, com Intervalo de Confiança de 95%. Em todos os testes considerou-se nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos RBR-48Z55V e seu desenvolvimento seguiu o enunciado CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*). Foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número 1.239.228.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 184 pacientes (89 do grupo experimental e 95 do grupo controle), os quais tiveram apenas um cateter avaliado. Todos os registros não informados foram suprimidos das análises estatísticas.

A análise descritiva revelou amostra homogênea, sendo em sua maioria constituída por pacientes do sexo feminino, com idade entre 31 e 60 anos, de etnia caucasóide, baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto), não tabagistas e não etilistas. Quanto às variáveis clínicas, houve predominância de pacientes admitidos por doenças do aparelho digestivo, com mais de uma comorbidade (principalmente hipertensão arterial sistêmica), peso normal segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), sem a necessidade de procedimentos cirúrgicos durante o internamento, sem infecção concomitante, com mediana de 10 dias de internação em ambos os grupos, e que evoluíram com alta hospitalar.

Com relação às punções venosas realizadas, estas ocorreram majoritariamente em membro superior, na região do antebraço, com cateter de calibre 20 G e com assertividade na primeira tentativa do profissional. O membro de inserção foi divergente entre os grupos (esquerdo no experimental e direito no controle), porém sem diferença significativa. Com relação às infusões realizadas, o uso da bomba infusora esteve ausente na maioria dos casos, com administração prevalente de sedativos / analgésicos, antimicrobianos e

antieméticos. As classes de utilização minoritária foram antiespasmódicos, diuréticos e eletrólitos. Quanto às características de risco das medicações, houve prevalência das irritantes com extremo de pH (abaixo de 5,0 ou acima de 9,0).

Não houve diferença significativa entre os tempos de permanência dos cateteres dos dois grupos. A mediana do tempo de permanência foi igual a 2,5 dias, com mínimo de 12 horas em ambos os grupos, máximo de 22 dias no experimental e de 8,5 dias no controle. A maioria conservou-se por tempo igual ou inferior a 72 horas. O principal motivo de retirada dos dispositivos foi a ocorrência de complicação local, seguido de término da TIV. Ressalta-se que os cateteres foram retirados ao primeiro sinal de complicação, havendo rigor e periodicidade na avaliação do sítio de inserção tanto pela equipe de enfermagem quanto pela equipe de pesquisadores.

Apenas um cateter não teve seu motivo de retirada informado (grupo controle), e a incidência geral de complicações locais foi de 54,64% (n=100). Observou-se semelhança entre os dois tipos de cateter quanto à ocorrência de complicações locais, não havendo diferença significativa entre as taxas ($p=0,913$). Considerando todos os cateteres, a complicação de maior incidência foi tração acidental, seguida de flebite. No grupo experimental houve predominância de flebite, e no grupo controle tração acidental.

Diversos fatores podem configurar risco para a ocorrência de complicações decorrentes do uso de cateteres intravenosos periféricos. Nesta pesquisa, a análise univariada não identificou nenhum fator de risco relacionado às variáveis sócio-demográficas. Ao analisar as variáveis clínicas, tem-se que o tempo de internamento prolongado aumenta o risco para o desenvolvimento de complicações em geral. De 11 a 20 dias o risco aumenta em 1,88 vezes, e acima de 20 dias em 1,87 vezes, em comparação com períodos inferiores a dez dias. Da mesma forma, o diagnóstico médico de neoplasma aumenta o risco em 1,64 vezes e a presença de infecção concomitante em 1,36. Quanto às drogas e soluções infundidas, o uso de antimicrobianos aumenta o risco em 1,51 vezes, bem como o uso de diuréticos (RR: 1,78) e de medicações vesicantes (RR: 1,59) (Tabela 1).

Realizou-se a análise dos fatores de risco para as complicações encontradas com maior frequência, comparando os cateteres que apresentaram cada uma delas com os que permaneceram livres de complicação até sua retirada. Desta forma, as ocorrências de tração acidental, flebite, infiltração e obstrução foram exploradas da seguinte forma: complicação versus não complicação, considerando apenas as variáveis relacionadas ao cateter (Tabela 1).

Não foram encontradas variáveis com significância estatística na análise dos fatores de risco para a ocorrência de tração acidental nos dois tipos de cateteres. Quanto ao desenvolvimento de flebite, observou-se que a infusão de antimicrobianos aumenta em 2,26 vezes seu risco, bem como de diuréticos (RR: 3,42) e medicações vesicantes (RR: 2,31). Os cateteres utilizados para a infusão de antimicrobianos também apresentaram risco aumentado para a ocorrência de infiltração (RR: 4,72). Ao analisar os fatores de risco para o

desenvolvimento de obstrução do cateter, obteve-se que o número de tentativas de punção interfere na ocorrência desta complicação, considerando que mais de duas tentativas aumenta o risco em 5,91 vezes. Outras variáveis com significância estatística foram: uso de bomba infusora (RR: 2,79); administração de diuréticos (RR: 5,85); hemocomponentes (RR: 4,07); e medicações vesicantes (RR: 3,97) (Tabela 1).

Variável	Sim	%	Não	%	p-valor	RR	IC [95%]
Complicação Geral							
11 a 20 dias de internação	37	37,00	14	16,87	<0,001*	1,88	[1,39-2,55]
21 dias ou mais de internação	26	26,00	10	12,05	0,001*	1,87	[1,36-2,59]
Diagnóstico de neoplasma	15	15,15	5	6,02	0,034**	1,64	[1,10-2,46]
Infecção concomitante	53	53,00	30	36,14	0,033*	1,36	[1,04-1,77]
Infusão de antimicrobianos	54	54,00	26	31,33	0,003*	1,51	[1,16-1,97]
Infusão de diuréticos	12	12,00	1	1,20	0,007**	1,78	[1,44-2,21]
Medicação vesicante	28	28,00	8	9,64	0,002*	1,59	[1,25-2,02]
Tração acidental (n = 29)							
Não houve dados significativos							
Flebite							
	n = 26			n = 83			
Infusão de antimicrobianos	15	57,69	26	31,33	0,029*	2,26	[1,15-4,44]
Infusão de diuréticos	3	11,54	1	1,20	0,041**	3,42	[1,75-6,70]
Medicação vesicante	7	26,92	8	9,64	0,036*	2,31	[1,18-4,53]
Infiltração							
	n = 21			n = 83			
Infusão de antimicrobianos	16	76,19	26	31,33	<0,001**	4,72	[1,87-11,91]
Obstrução							
	n = 17			n = 83			
Mais que duas tentativas de punção	3	18,75	2	2,56	0,016**	5,91	[2,17-16,12]
Uso de bomba infusora	5	29,41	8	9,64	0,043**	2,79	[1,17-6,62]
Infusão de diuréticos	4	23,53	1	1,20	0,003**	5,85	[3,00-11,41]
Hemocomponentes	3	17,65	2	2,41	0,033**	4,07	[1,72-9,66]
Medicação vesicante	7	41,18	8	9,64	0,002*	3,97	[1,79-8,78]

* Teste Qui-Quadrado; ** Teste Exato de Fisher; RR – Risco Relativo; IC [95%] – Intervalo com 95% de Confiança.

Tabela 1 – Fatores de risco para o desenvolvimento de complicações nos dois grupos pesquisados – Curitiba, PR, Brasil, 2016.

As taxas de risco acumulado foram calculadas considerando-se o intervalo de tempo compreendido entre a punção venosa e a ocorrência do desfecho, ou seja, complicação

local. Inicialmente, estimou-se a taxa de risco acumulado para todas as complicações em geral, e posteriormente para cada complicação isolada (Figura 2).

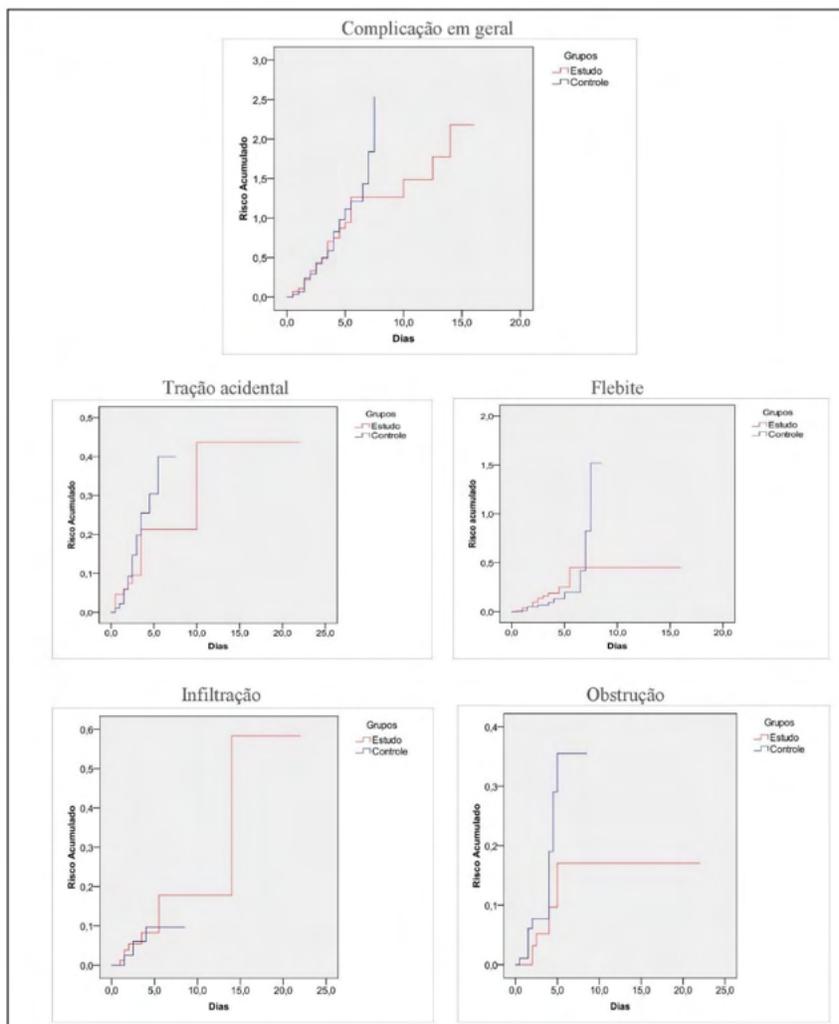


Figura 2 – Funções de risco acumulado para os cateteres que desenvolveram cada tipo de complicação, por grupo pesquisado – Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Em relação ao tempo de uso do CIP após o sexto dia de permanência o risco de complicações em geral manteve-se abaixo de 1.5 no grupo experimental, enquanto no grupo controle chegou a 2.5. Quanto à complicação mais frequente (tração acidental), após dois dias de permanência os cateteres do grupo controle apresentaram risco maior do que os do grupo experimental. O risco para a ocorrência de flebite foi semelhante até 5,5 dias, tempo máximo de permanência no grupo experimental, desconsiderando o único que foi retirado

com 22 dias. Os cateteres do grupo controle que ultrapassaram este período tiveram taxas de risco de até 1,5. Na análise de infiltração, o risco acumulado foi semelhante entre os grupos até o quarto dia de permanência, tempo máximo encontrado dentre os cateteres do grupo controle. No grupo experimental apenas dois cateteres ultrapassaram este período, sendo que um apresentou risco próximo a 0,2 aos 5,5 dias, e o outro próximo a 0,6 aos 14 dias. Com relação à obstrução, a taxa de risco acumulado foi maior no grupo controle desde o primeiro dia de utilização do cateter (Figura 2).

A análise multivariada foi realizada por meio de regressão logística, construindo-se um modelo para a ocorrência de complicações em geral nos dois tipos de cateteres em conjunto, e posteriormente nos grupos separados. Tais modelos apresentaram as razões de chance (OR) em relação à ocorrência do desfecho, sendo que os resultados significativos ($p < 0,05$) com valor acima de “1” indicaram as variáveis que podem ser consideradas fatores de risco (Tabela 2).

Ao considerar o total de cateteres, a análise indica que o sexo feminino apresentou risco 2,5 vezes maior para o desenvolvimento de complicação. O uso de medicação vesicante aumentou o risco em 6,0 vezes, assim como o uso de antimicrobianos e diuréticos, com aumento do risco em 2,3 e 23,2 vezes, respectivamente. Ademais, a cada dia que o paciente passa internado há aumento do risco para ocorrência de complicação em 5,7%, e cada dia a mais de permanência do cateter aumenta o risco em 22,4%. Ao remeter-se ao cateter para sistema fechado, tem-se que o sexo feminino aumenta o risco de complicação em 3,4 vezes, assim como o uso de bomba infusora (9,0 vezes) e a administração de antimicrobianos (2,7 vezes). Quanto ao cateter para sistema aberto, o fator de risco encontrado foi o uso de medicação vesicante, com aumento do risco em 7,2 vezes (Tabela 2).

Preditores	N	%	p-valor	OR	IC [95%]
Todos os cateteres					
Sexo					
Feminino	109	59,56	0,013	2,532	[1,212 - 5,291]
Masculino*	74	40,44		0,395	[0,189 - 0,825]
Medicação vesicante					
Não*	147	80,33	0,001	0,165	[0,059 - 0,463]
Sim	36	19,67		6,060	[2,159 - 16,949]
Antimicrobianos					
Não*	103	56,28	0,017	0,434	[0,218 - 0,863]
Sim	80	43,72		2,304	[1,158 - 21,041]
Diuréticos					
Não*	170	92,90	0,007	0,043	[0,005 - 0,416]
Sim	13	7,10		23,255	[2,403 - 200,000]
Tempo de internamento: mediana (percentil 25 - 75)	10 (7 - 16)		0,003	1,057	[1,019 - 1,096]
Dias de permanência: mediana (percentil 25 - 75)	2,5 (1,5 - 4)		0,014	1,224	[1,042 - 1,439]
Cateter Sistema Fechado					
Sexo					
Feminino	55	61,80	0,013	3,436	[1,293 - 9,090]
Masculino*	34	38,20		0,291	[0,110 - 0,773]
Uso de bomba infusora					
Não*	79	88,76	0,048	0,111	[0,013 - 0,985]
Sim	10	11,24		9,009	[1,015 - 76,923]
Antimicrobianos					
Não*	48	53,93	0,044	0,368	[0,139 - 0,973]
Sim	41	46,07		2,717	[1,027 - 7,194]
Cateter Sistema Aberto					
Medicação vesicante					
Não*	73	77,66	0,003	0,138	[0,037 - 0,508]
Sim	21	22,34		7,246	[1,968 - 27,027]

n – Pacientes que apresentavam a característica avaliada; OR – Razão de Chance; IC [95%] – Intervalo com 95% de Confiança; * Categoria de referência.

Tabela 2 – Variáveis preditoras mantidas no modelo final de regressão logística para a identificação dos

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes demonstram predomínio de pacientes do sexo feminino, com idade entre 31 e 60 anos, de etnia caucasóide, baixo nível de escolaridade, não tabagistas e não etilistas, mesmo perfil traçado em diversos estudos com a mesma temática (MEYER et al., 2014; TERTULIANO et al., 2014; ROJAS-SÁNCHEZ; PARRA; CAMARGO-FIGUERA, 2015). No que concerne às variáveis clínicas, as características predominantes corroboram com as encontradas em outros estudos semelhantes (MARSH et al., 2017b; WALLIS et al., 2014; TERTULIANO et al., 2014; JOHANN, 2015).

Esta pesquisa avaliou a utilização de duas tecnologias de cateteres intravenosos periféricos, que diferem principalmente quanto ao tipo de sistema de infusão que permitem – sistema aberto versus sistema fechado. Ambos configuram cateteres curtos, do tipo sobre agulha e confeccionados de poliuretano. Tais características estão associadas a menores taxas de complicações infecciosas e obedecem às recomendações das diretrizes para a realização da TIV periférica. (O'GRADY et al., 2011; INS BRASIL, 2013; INS, 2016; BRASIL, 2017a). Com relação às variáveis relacionadas aos cateteres, estudos apontam predomínio de punções em membro superior (BENAYA et al., 2015), na região do antebraço (WALLIS et al., 2014; PASALIOGLU; KAYA, 2014), com cateter de calibre 20 G (CICOLINI et al., 2014; MARSH et al., 2015b) e com assertividade na primeira tentativa do profissional (LÓPEZ et al., 2014), achados semelhantes aos desta pesquisa.

As drogas e soluções administradas por via endovenosa foram semelhantes nos dois grupos pesquisados. Estudo realizado na mesma instituição também relata prevalência de sedativos / analgésicos (65,7%), porém uso de antimicrobianos em apenas 33,7% (JOHANN, 2015). Pesquisa brasileira aponta o uso de analgésicos em 54,1% das situações, semelhante a esta pesquisa, porém uso de antimicrobianos em 25% e antieméticos em apenas 12,5% (TERTULIANO et al., 2014). As drogas e soluções utilizadas foram classificadas de acordo com suas características de risco, com prevalência de medicações irritantes com extremo de pH. Pesquisa exploratória indica a utilização deste tipo de medicação na maioria dos cateteres; o uso de medicações vesicantes foi bastante superior ao encontrado (62,5%) e o uso de soluções com alta osmolaridade foi semelhante (18,7%) (ENES et al., 2016).

Quanto ao tempo de permanência dos cateteres, pesquisa espanhola que comparou cateteres para sistema fechado versus sistema aberto, apresenta resultados que contrapõem aos desta pesquisa. Os autores demonstraram que a diferença no tempo de permanência de ambos os cateteres avaliados foi bastante expressiva ($p=0,016$), sendo que 75% permaneceram por até seis dias no grupo com sistema fechado (máximo de 40,5 dias) e por até cinco dias no grupo com sistema aberto (máximo de 25 dias) (GONZALEZ-LOPEZ et al., 2014 et al., 2014). Considerando o tempo de permanência em horas de todos

os cateteres, estudo apresenta resultados muito próximos aos aqui encontrados, sendo a maioria dos CIP com tempo de permanência inferior ou igual a 72 horas (CICOLINI et al., 2014).

Apesar de prevenível, a ocorrência de complicação local foi o principal motivo de retirada dos cateteres nesta pesquisa (54,6%), seguido de término da TIV (31,7%), corroborando com outro estudo, onde 52% (IDEMOTO et al., 2014) dos pacientes evoluíram com complicações associadas ao uso do CIP.

Não houve diferença significativa entre a incidência de complicações locais do grupo controle (54,3%) e do grupo experimental (55%) ($p=0,913$). Ensaio clínico randomizado semelhante (GONZALEZ-LOPEZ et al., 2014) aponta incidência semelhante para o grupo controle (51,1%), porém no grupo experimental (sistema fechado de infusão) a incidência foi inferior à desta pesquisa (42,6%), configurando diferença significativa entre os cateteres avaliados ($p=0,004$). Sendo assim, os autores apontam que o uso do CIP com sistema fechado reduziu o risco relativo para a ocorrência de complicações em 25% (RR: 0,75; IC: 0,6 - 0,9).

Com relação às variáveis sócio-demográficas, a análise univariada desta pesquisa não identificou nenhum fator de risco para complicações decorrentes do uso de CIP. Entretanto, a análise multivariada revelou o sexo feminino como fator de risco, resultado também encontrado em outros estudos (ABOLFOTOUH et al., 2014; MILIANI et al., 2017; KEOGH et al., 2016).

Dentre as variáveis clínicas, destaca-se que o diagnóstico de neoplasma e a presença de infecção demonstraram relação com a ocorrência de complicações em ambos os grupos pesquisados (análise univariada). A publicação brasileira da *Infusion Nurses Society* (INS) cita condições como o câncer e doença vascular periférica como fatores de risco para complicações na terapia infusional (INS BRASIL, 2013). A INS americana aponta que a infecção concomitante é um fator que pode predispor à ocorrência de complicação, especialmente a flebite (INS, 2016). O tempo de internamento acima de 11 dias, bem como o uso de antimicrobianos, diuréticos e medicações vesicantes foram fatores de risco encontrados nesta pesquisa, tanto na análise univariada, quanto na multivariada. Estudo semelhante revela que o tempo de internação entre 10 e 19 dias aumentou o risco relativo de complicação em 1,36 (IC: 1,0 - 1,9) e entre 20 e 29 dias em 1,61 (IC: 1,2 - 2,2) (JOHANN et al., 2016). A utilização de antimicrobianos também foi levantada como fator de risco para a ocorrência de complicações em análise univariada (JOHANN et al., 2016) (RR: 1,33; IC: 1,0 - 1,7). Dados referentes ao uso de medicações vesicantes e diuréticos não assumiram risco em estudos prévios. No entanto, diretrizes para a TIV ressaltam que a infusão de medicações vesicantes via cateteres periféricos deve ser feita com cautela, preferindo-se acessos venosos centrais caso a infusão seja contínua (INS BRASIL, 2013; INS, 2016). Quanto ao risco atribuído à utilização de diuréticos (furosemida 10 mg/mL em sua totalidade), este pode estar relacionado com sua característica irritante ao endotélio

vascular (pH próximo a 9,0).

No grupo experimental, 90% dos participantes que fizeram uso de bomba infusora para a administração de drogas e soluções tiveram complicações. Sendo assim, a análise multivariada apontou esta variável como fator de risco neste grupo de pacientes. O pH das medicações administradas por meio de bomba infusora pode estar relacionado com este achado, uma vez que a maioria (66,7%) possuía pH abaixo de 5,0, o que causa irritação à túnica íntima da veia e predispõe à ocorrência de complicações (PHILLIPS; GORSKI, 2014; GORSKI; HAGLE; BIERMAN, 2015). Ademais, a bomba infusora é um equipamento que força a infusão mesmo quando já existe algum grau de comprometimento venoso, o que pode acelerar processos inflamatórios.

Quanto ao tempo de permanência do cateter, a análise multivariada indica que cada dia a mais aumenta o risco de complicação em 22,4%, em ambos os cateteres avaliados. Contrariamente a este achado, o tempo de permanência do cateter não foi considerado fator de risco em estudo de coorte prospectiva, que realizou seguimento de 842 CIP (RR: 1,46; IC: 0,9 - 2,3; $p=0,08$) (ABOLFOTOUH et al., 2014). Da mesma forma, outros dois estudos apontam que o tempo de permanência superior a quatro dias não esteve associado a um maior risco de complicação (MILIANI et al., 2017; MURAYAMA et al., 2017).

Apesar de alta, a incidência de tração acidental no grupo experimental (13,5%) foi menor que a encontrada no grupo controle (18%), porém sem diferença significativa. Isto pode estar relacionado à plataforma de estabilização presente no CIP para sistema fechado de infusão, característica peculiar que, juntamente com o conjunto de extensor acoplado, minimiza a movimentação do cateter e evita seu deslocamento e remoção acidental (BD, 2014). Não foram encontradas variáveis com significância estatística na análise dos fatores de risco para a ocorrência de tração acidental nos dois tipos de cateteres, no entanto, sugerem maior risco: punção em dorso da mão e fossa antecubital, em comparação com o antebraço (WALLIS et al., 2014); punção com cateter de calibre 22 e 24 G, em comparação com o de 20 G (WALLIS et al., 2014); uso de drogas vesicantes (JOHANN, 2015) e antitérmicos (WALLIS et al., 2014).

A flebite é uma das complicações locais mais comumente encontradas (PASALIOGLU; KAYA, 2014). Estudos prévios que investigaram fatores de risco relacionados aos fármacos utilizados, identificaram aumento do risco de flebite com a infusão de antimicrobianos (WALLIS et al., 2014; PASALIOGLU; KAYA, 2014) e medicações vesicantes (OLIVEIRA; VEIGA; PARREIRA, 2013), dados também encontrados nesta pesquisa. Além disto, evidenciou-se a infusão de diuréticos como fator de risco, achado não relatado em outros estudos. A furosemida foi o único diurético infundido nos cateteres pesquisados, sendo assim, o risco pode ser atribuído ao pH extremo desta medicação (próximo a 9,0). Outros fatores de risco para flebite foram encontrados na literatura: número de medicamentos administrados (ROJAS-SÁNCHEZ; PARRA; CAMARGO-FIGUERA, 2015); infusão de protetor gástrico (ROJAS-SÁNCHEZ; PARRA; CAMARGO-FIGUERA, 2015); número

elevado de acesso ao CIP (MARSH et al., 2017b); infusão de nutrição parenteral com 10% de dextrose (PASALIOGLU; KAYA, 2014); punção com calibre 18 G ou maior, quando comparado com o calibre 20 G (WALLIS et al., 2014); punção em dorso da mão, e comparação com o antebraço e fossa antecubital (CICOLINI et al., 2014; COMPARCINI et al., 2017); e inserção do cateter no membro dominante (MARSH et al., 2017b).

Com relação à infiltração, a taxa no grupo controle foi de 8,5% e no grupo experimental 14,6%, divergente do encontrado em ensaio clínico semelhante, onde os autores relatam 25,2% para o grupo controle e 21,1% para o grupo experimental ($p=0,091$), com redução do risco relativo para infiltração em 24% mediante o uso do cateter com sistema fechado (GONZÁLEZ LÓPEZ et al., 2014). Vale ressaltar que os autores não distinguiram infiltração de extravasamento para o cálculo de incidência. A infusão de antimicrobianos configurou fator de risco para a ocorrência de infiltração em ambos os grupos pesquisados, corroborando com os achados de estudo semelhante (JOHANN et al., 2016). A utilização de cateteres calibrosos foi associada ao aumento do risco, assim como punções em áreas de articulação (PHILLIPS; GORSKI, 2014).

Ao analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de obstrução, obteve-se que o número de tentativas de punção (acima de duas), o uso de bomba infusora, bem como a infusão de diuréticos, hemocomponentes e medicações vesicantes, aumentaram o risco para a ocorrência desta complicação. O número de tentativas de punção reflete a dificuldade encontrada durante a punção. Em estudo observacional realizado no Japão, a inserção do CIP em rede venosa de difícil acesso era realizada por médicos após tentativas sem sucesso de enfermeiros, e isto foi significativamente associado com a ocorrência de obstrução ($p=0,014$) (MURAYAMA et al., 2017). Publicações anteriores não trazem qualquer tipo de evidência que possibilite a confirmação do risco de obstrução com o uso de bomba infusora. Além disso, Phillips e Gorski (2014) afirmam que uma das formas de prevenção de obstrução consiste no uso de bombas de infusão para a manutenção da velocidade do gotejamento. Portanto, os achados desta pesquisa não estão de acordo com a literatura e reforçam a necessidade de pesquisas futuras com levantamento minucioso de dados sobre este método de infusão, incluindo o calibre do vaso puncionado, pressão de infusão, pressão suportada pelo cateter e ações da equipe de enfermagem para manutenção do acesso venoso durante o uso de BI. O aumento do risco de obstrução com diuréticos e medicações vesicantes sugere a necessidade de revisão das práticas de diluição e *flushing* do cateter, incitando a realização de pesquisas adicionais para esclarecer este achado.

No tocante às taxas de risco acumulado, destaca-se que após o sexto dia de permanência o risco de complicações em geral manteve-se abaixo de 1.5 no grupo experimental, enquanto no grupo controle chegou a 2.5. Em análise de estudo semelhante, a separação das curvas inicia entre um e dois dias, e ultrapassa os dez dias de forma significativa ($p=0,001$), também demonstrando menor risco acumulado para o grupo experimental (sistema fechado) (GONZÁLEZ LÓPEZ et al., 2014). Com relação à tração

acidental, as curvas começam a se separar a partir de dois dias de permanência do cateter, quando o risco acumulado passa a ser maior no grupo controle. Ensaio clínico antigo, porém, semelhante (BAUSONE-GAZDA; LEFAIVER; WALTERS, 2010), revela que a probabilidade de tração durante as primeiras 24 horas foi de 1% para o CIP com sistema fechado e 5% para o CIP com sistema aberto. Durante as 48 horas a probabilidade aumentou para 2% e 11%, respectivamente. Quanto à flebite, os autores encontraram diferença significativa entre os grupos (5,3% sistema fechado; 0,6% sistema aberto), com aumento do risco em 8,04 vezes mediante o uso do cateter com sistema fechado (BAUSONE-GAZDA; LEFAIVER; WALTERS, 2010). No que concerne ao risco para infiltração e obstrução, não houve diferença significativa entre os grupos, tanto nesta pesquisa quanto na de outros autores (BAUSONE-GAZDA; LEFAIVER; WALTERS, 2010).

CONCLUSÃO

Para os dois tipos de cateteres, a ocorrência de complicações locais esteve associada ao tempo de internação prolongado, diagnóstico de neoplasma, presença de infecção concomitante em qualquer foco e infusão de antimicrobianos, diuréticos e medicações vesicantes.

A utilização do cateter para sistema fechado pode oportunizar mais conforto ao paciente e segurança aos profissionais uma vez que oferece menos risco em relação ao tempo de permanência. Porém, ressalta-se que o uso da melhor tecnologia, por si só, não garante a efetividade da terapia intravenosa. A otimização de acessos vasculares e a redução dos índices de complicações associadas depende diretamente da adesão às melhores práticas recomendadas pelas diretrizes, bem como do conhecimento, atualização e atitude dos profissionais que utilizam e manipulam o cateter.

APOIO

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, M.A. et al. **Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications**. Ther Clin Risk Manag, v.10, p.933-1001, Oct. 2014. DOI.10.2147/TCRM.S74685.

BAUSONE-GAZDA, D.; LEFAIVER, C.A.; WALTERS, S. **A Randomized Controlled Trial to Compare the Complications of 2 Peripheral Intravenous Catheter-Stabilization Systems**. The Art and Science of Infusion Nursing, v. 33, n. 6, p. 371-84, 2010.

BENAYA, A. et al. **Relative incidence of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in the lower versus upper extremities**. Eur J of Clin Microbiol Infect Dis, v. 34, n.5, p. 913-6, May. 2015. DOI. 10.1007/s10096-014-2304-7.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/servicos/publicacoes>>.

CICOLINI, G. et al. **Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multi-centre prospective study**. *J Adv Nurs*, v.70, n.11, p. 2539-49, 2014. DOI. 10.1111/jan.12403.

COMPARCINI, D. et al. **Relationship between peripheral insertion site and catheter-related phlebitis in adult hospitalized patients: a systematic review**. *Professioni Infermieristiche*, v. 70, n. 1, p. 51-60, 2017.

ENES, S.M.S. et al. **Phlebitis associated with peripheral intravenous catheter in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon**. *Rev Esc Enferm USP, São Paulo*, v. 50, n.2, p.261-9, Mar-Abr. 2016. DOI.10.1590/S0080- 623420160000200012.

FERNÁNDEZ-RUIZ, M. et al. **Hospital-Wide Survey of the Adequacy in the Number of Vascular Catheters and Catheter Lumens**. *Journal of Hospital Medicine*, v. 9, n. 1, p. 35-41, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.2130/epdf>>.

GONZÁLEZ LÓPEZ, J.L. et al. **Indwell times, complications and costs of open vs closed safety peripheral intravenous catheters: a randomized study**. *J Hosp Infect*, v. 86, p. 117-26, Feb. 2014. DOI.10.1016/j.jhin.2013.10.008.

GORSKI, L.A.; HAGLE, M.E.; BIERMAN, S. **Intermittently Delivered IV Medication and pH: Reevaluating the Evidence**. *Infusion Nurses Society*, v. 38, n. 1, p. 27-46, 2015.

IDEMOTO, B.K. et al. **The AccuCath Intravenous Catheter System with retractable coiled tip guidewire and Conventional Peripheral Intravenous Catheters: a prospective, randomized, controlled comparison**. *JAVA*, v. 19, n. 2, p. 94-102, Jun. 2014. DOI.10.1016/j.java.2014.03.001.

MARSH, N. et al. **Observational study of peripheral intravenous catheter outcomes in adult hospitalized patients: a multivariable analysis of peripheral intravenous catheter failure**. *Journal of Hospital Medicine*, v. 18, E1-E7, 2017b. Disponível em: 10.12788/jhm.2867

INFUSION NURSES SOCIETY – INS BRASIL. **Diretrizes Práticas para Terapia Infusional**. 94 p., 2013.

INFUSION NURSES SOCIETY – INS. **Infusion Therapy Standards of Practice**. *Journal of Infusion Nursing*, v.39, n. 1S, jan-fev, 2016.

INTRAVENOUS NURSING NEW ZEALAND Incorporated Society – IVNNZ. **Provisional Infusion Therapy Standards of Practice**. March, 2012. Disponível em: <<http://studylib.net/doc/11161082/provisional-infusion-therapy-standards-of-practice-intrav...>>.

JOHANN, DA et al. **Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial**. Paper extracted from Doctoral Dissertation "Efetividade de Cateter Venoso Periférico: Ensaio Clínico Randomizado". 2016, v. 24, e2833. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1457.2833>>.

KEOGH, S. et al. **Varied flushing frequency and volume to prevent peripheral intravenous catheter failure: a pilot, factorial randomised controlled trial in adult medicalsurgical hospital patients.** *Trials*, v. 17, 2016. Disponível em: [10.1186/s13063-016-1470-6](https://doi.org/10.1186/s13063-016-1470-6) .

MAHJOUB, M. et al. **Healthcare-associated infections in a Tunisian university hospital: from analysis to action.** *Pan African Medical Journal*, v. 20, n. 197, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469509/>.

Meyer P, Cronier P, Rousseau H, Vicaut E, Choukroun G, Chergui K, Chevrel G, Maury E. **Difficult peripheral venous access: Clinical evaluation of a catheter inserted with the Seldinger method under ultrasound guidance.** *Journal of Critical Care*. 2014; 29: 823–827. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.022>

MILIANI, K. et al. **Peripheral Venous Catheter-Related Adverse Events: Evaluation from a Multicentre Epidemiological Study in France (the CATHEVAL Project).** *PLoS ONE Journal*, v. 12, n. 1, 2017. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0168637](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168637).

MURAYAMA, R. et al. **Removal of Peripheral Intravenous Catheters Due to Catheter Failures Among Adult Patients.** *Journal of Infusion Nursing*, v. 40, n. 4, p. 224-31, 2017. Disponível em: [10.1097/NAN.000000000000168](https://doi.org/10.1097/NAN.000000000000168).

O'GRADY, N.P. et al. **Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers of disease control and prevention (CDC),** v. 52, n. 9, p.1-83, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12233868/> . Acesso em: 02 ago. 2015

OLIVEIRA, A.; VEIGA, P.; PARREIRA, P. **Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: the influence of some risk factors.** *Australian Journal Advanced Nursing*, v. 30, n. 2, p. 32-9, 2013. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/ielapa.089105424571588>.

PASALIOGLU, K.B.; KAYA, H. **Catheter indwell time and phlebitis development peripheral intravenous catheter administration.** *Pak J Med Sci*, v.30, n.4, p.725-30, Jul. 2014. DOI.10.12669/pjms.304.5067. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/1557114210>.

PHILLIPS, L.D.; GORSKI, L.A. **Manual of I.V. Therapeutics: Evidence-Based Practice for Infusion Therapy.** 6 ed. F. A. Davis Company: 2014.

RICKARD, C.M. et al. **Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial.** *The Lancet*, v. 380, n. 22. p. 1066-74, 2012. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61082-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61082-4.pdf).

ROJAS-SANCHEZ, L. Z.; PARRA, D.I.; CAMARGO-FIGUERA, F.A. **Incidência y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohort.** *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, n.1, p. 61-7, Jan-mar. 2015. DOI.10.12707/RIII13141.

ROJAS-SÁNCHEZ, L. Z.; PARRA, D.I.; CAMARGO-FIGUERA, F.A. **Incidência y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohort.** *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, n.1, p. 61-7, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13141>

TERTULIANO, A.C. et al. **Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do vale da Paraíba.** *Rev Min Enferm*, v.18, n.2, p. 334-9, Abr-jun. 2014. DOI. 10.5935/1415-20140026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13141>.

TUFFAHA, H. W. et al. **Cost-effectiveness analysis of clinically-indicated versus routine replacement of peripheral intravenous catheters.** Applied Health Economics and Health Policy, v. 12, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/259653059_Cost-Effectiveness_Analysis_of_Clinically_Indicated_Versus_Routine_Replacement_of_Peripheral_Intravenous_Catheters>.

WALLIS, M.C. et al. **Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial infection control.** Infect Control Hosp Epidemiol, v.35, n.1, p.63-8, Jan. 2014. Disponível em: 10.1086/674398. Epub 2013 Dec 2.

CAPÍTULO 6

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA TÉCNICA DE INJEÇÃO INTRAMUSCULAR

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 28/03/2022

Gabriela dos Santos Fazano

Discente do bacharelado de enfermagem do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7362553696218809>

Júlia Peres Pinto

Docente nos cursos de enfermagem e medicina do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4516237662645858>

Rita de Cássia Silva Vieira Janicas

Coordenadora do curso de enfermagem do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8615365456121634>

Cristina Rodrigues Padula Coiado

Docente nos cursos de enfermagem e medicina do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4252136934909566>

Sandra Maria da Penha Conceição

Docente no curso de enfermagem do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1105552068176131>

Tatiana Magnaboschi Villaça

Docente nos cursos de enfermagem e medicina do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/0895600342832873>

Jacilene dos Santos Fasani

Preceptora do curso de enfermagem do centro universitário FAM (faculdade das Américas)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6831131130219278>

RESUMO: Objetivo: Identificar as evidências científicas acerca da técnica de injeção intramuscular para administração de medicamentos em adultos. **Método:** Revisão integrativa de literatura, utilizando artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde nos arquivos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), entre 2010 e 2020. **Resultado:** Foram identificados 16 artigos, 14 em inglês e dois em português; nove oriundos de pesquisas realizadas na Turquia, três na Austrália, dois no Brasil, um nos Estados Unidos e um no Japão. Quanto ao nível de evidência, a maioria possui nível 6 e 2. Os resultados da revisão apresentam evidências a respeito da seleção do local de punção e do comprimento da agulha, do manejo da dor durante a aplicação da IIM e necessidade de aspiração antes da infusão da droga. **Conclusão:** Os estudos mostram que a escolha do comprimento e calibre da agulha deve ser individualizada conforme a paciente e

a droga prescrita; a técnica em Z, a técnica de bolha de ar *air-lock* e o método de rotação interna dos tornozelos são métodos efetivos para o controle da dor do paciente; a aspiração do êmbolo deve ser ponderada pelo enfermeiro, a cada substância e local de aplicação.

PALAVRAS-CHAVE: Injeções intramusculares; Enfermagem; Segurança do Paciente.

CIENTIFIC EVIDENCE ABOUT THE INTRAMUSCULAR INJECTION TECHNIQUE

ABSTRACT: Objective: To identify the scientific evidence about the intramuscular injection technique for drug administration in adults. **Method:** Integrative literature review, using articles indexed in the Virtual Health Library in the archives of Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), between 2010 and 2020. **Result:** 16 articles were identified, 14 in English and two in Portuguese; nine from research carried out in Turkey, three in Australia, two in Brazil, one in the United States and one in Japan. Regarding the level of evidence, most have levels 6 and 2. The results of the review present evidence regarding the selection of the puncture site and needle length, pain management during the application of IIM and the need for aspiration before infusion of the drug. **Conclusion:** Studies show that the choice of needle length and gauge should be individualized according to the patient and the drug prescribed; the Z technique, the air-lock air bubble technique, and the ankle internal rotation method are effective methods for controlling the patient's pain; the aspiration of the plunger must be considered by the nurse, for each substance and application site.

KEYWORDS: Intramuscular injections; Nursing; Patient safety.

INTRODUÇÃO

As injeções intramusculares (IIM) são empregadas para fins terapêuticos e profiláticos já há muitas décadas. A técnica consiste na aplicação de medicação diretamente no tecido muscular profundo e é realizada com agulhas de diferentes calibres e comprimentos, conforme o tipo de solução e o tamanho do músculo. (PERRY; POTTER, 2015).

A segurança e eficácia do procedimento dependem de conhecimento morfofuncional e atualizações constantes por parte do enfermeiro ou técnico de enfermagem, a fim de evitar complicações e garantir acesso correto ao músculo para garantir a eficácia do medicamento. A Síndrome de Nicolau foi descrita como uma complicação vascular com lesão após injeções intramusculares (CHAGAS; LEITE, PIRES; 2016). Em um relato de caso, uma paciente teve seu prognóstico modificado quando ocorreu a troca do comprimento da agulha, garantindo a aplicação e absorção da droga no músculo e seu efeito terapêutico por via intramuscular (BRAHM; WASHINGTON, 2011).

De acordo com Paula et al. (2017), os sítios de punção atualmente descritos para IIM estão localizados na região ventro-glútea (VG), na face anterolateral da coxa, no braço e na região dorso-glútea (DG), do lado direito ou esquerdo do corpo humano. Perry e Potter (2015) recomendam que para o local ser adequado para punção intramuscular ele não deve apresentar dor, infecção, necrose, abrasões ou hematomas e, além da quantidade de

medicamento a ser infundida, devem ser considerados também as estruturas subjacentes como ossos, nervos e vasos locais. Neste sentido, o sítio de punção VG tem sido o local considerado mais seguro, pois está longe de vasos sanguíneos e inervação de maior calibre (TREAS, WILKISON, 2014; PERRY, POTTER, 2017).

Muitos profissionais de enfermagem seguem um ritual de passo a passo sem buscar atualização e aperfeiçoamento da prática. Os anos de experiência, não garantem a realização da técnica correta. (BOYD, 2013; GREENWAY, 2014). Assim, o procedimento de IIM pode continuar sendo realizada com base em técnicas desatualizadas, tal como a escolha do sítio DG como principal opção para aplicação de injeção. Isso acontece, principalmente, pela falta de conhecimento dos profissionais de enfermagem com relação à aplicação no sítio VG (FREITAG et al 2015).

Não obstante, os estudos recomendem o uso do sítio VG também pelo fato de ele provocar menos dor no paciente em aplicação de penicilina benzatina G - medicação muito utilizada no mundo todo (OLIVEIRA et al, 2015), este ainda não é muito adotado pelos profissionais da área.

As lacunas de conhecimento podem gerar insegurança em relação à delimitação e escolha do sítio de punção, em especial, para a injeção no sítio ventro-glúteo (VG), o que pode explicar a falta de adesão profissional (DA SILVA, VAZ VIDAL, 2013).

Considerando que, dentro da equipe de saúde, os profissionais de enfermagem são aqueles à frente da realização do preparo e ministração de medicamentos, vacinas e outros produtos por via intramuscular e que há discrepância entre a prática e o exposto nos livros técnicos adotados no ensino de enfermagem, este estudo teve como objetivo reunir e analisar as evidências sobre a técnica de injeção intramuscular com a finalidade de colaborar com a segurança do paciente, dos profissionais e com a prática baseada em evidências científica.

METODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre injeções intramusculares (IIM).

Para tanto, a questão norteadora para o estudo foi: “Quais são as evidências científicas sobre a técnica de administração de medicamentos por via intramuscular em adultos?”

A busca foi realizada em julho de 2020 e os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais publicados nos últimos dez anos, ou seja, entre 2010 e 2020, nos idiomas inglês, espanhol e português.

O descritor de ciência em saúde (DeCS) selecionado foi “Injeções intramusculares”, utilizando-se dos seguintes filtros relacionados ao assunto principal: injeções intramusculares, manejo da dor, agulhas, nádegas, músculo deltoide e enfermagem baseada em evidências.

Os artigos foram identificados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Foram seguidos os seguintes passos de pesquisa: identificação dos artigos, seleção dos artigos elegíveis e descarte dos não elegíveis, leitura na íntegra e nova seleção de elegibilidade. A fim de delimitar a pesquisa, foram excluídos os artigos que tinham relação com pediatria, autoinjutores, aparelho *shotblocker*, aparelho *zeneo*, lesões ao nervo isquiático e síndrome de Nicolau.

O nível de evidência foi categorizado conforme proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2005): nível 1, revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados ou controlados; nível 2, ensaio clínico randomizado controlado com boa delimitação; nível 3, ensaios clínico controlado com boa delimitação, porém, não randomizado; nível 4, estudos de coorte ou caso-controle bem delimitados; nível 5, revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; nível 6, estudos qualitativos ou descritivos; e, nível 7, relatório de comitês especialistas ou opiniões de autoridades.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta a síntese dos 16 artigos incluídos na pesquisa, 14 estavam em inglês e dois em português; nove oriundos de pesquisas realizadas na Turquia, três na Austrália, dois no Brasil, um nos Estados Unidos e um no Japão. A maioria (12) foi publicado entre 2015 e 2019. Quanto ao nível de evidência, foram encontrados oito artigos de nível 6, sete artigos de nível 2 e um artigo de evidência nível 3.

Os resultados da revisão apresentam evidências a respeito da seleção do local de punção, do manejo da dor durante a aplicação da IIM e necessidade de aspiração antes da infusão da droga.

Autores País/Ano	Desenho	Amostra	Resultados/Nível de Evidencia (NE)
Agac, E. Gunes, U. / Turquia/ 2010	Experimental	100 adultos	NE:2 Trocar a agulha (usar uma para aspirar e outra para aplicação) traz uma significativa redução na dor relatada pelos pacientes.
Lamblat, L. et al. Brasil/2011	Experimental	1000 adultos	NE:2 Usar a agulha fixa não compromete a sensação de dor.
Ozdemir, L. et al. Turquia/2013	Experimental	25 adultos	NE:3 A dor é maior com a administração em 10 segundos do que em 30 segundos.
Kara, D. Gunes, U. Turquia/2014	Experimental	75 adultos.	NE:3 Rotacionar os pés causa menos dor na IIM do que as outras técnicas apresentadas.

Kaya, N. et al. Turquia/2015	Descritivo	120 adultos.	NE:2 O sítio DG tem mais chances de injeção subcutânea acidental do que o VG.
Zaybak, A; İsmailoğlu, E G; İsmailoğlu, E. Turquia/2015	Descritivo	54 adultos	NE:6 Uma agulha padrão é efetiva em acertar o músculo no sítio FALC, mas não é nos sítios glúteos.
Thomas, C; Mraz, M; Rajcan, L. Estados Unidos/2015	Descritivo	164 adultos	NE:6 Se necessário aspiração, ela deve durar o tempo de 5 à 10 segundos para ser efetiva.
Oliveira, L. et al. Brasil/2015	Experimental	61 adultos	NE:2 O sítio VG causa menos dor em relação ao DG quando se tratando da aplicação de penicilina benzatina G.
Yılmaz, D. et al. Turquia/2016	Experimental	60 adultos	NE:2 No sítio VG a dor é menor se usando a técnica de bloqueio de ar.
Coskun, H; Kilic, C; Senture, C Turquia/2016	Descritivo	29 cadáveres	A espessura do tecido muscular é maior no sítio DG em relação ao VG, mas o tecido SC também é mais espesso no DG.
Öztürk, D. et al. Turquia/2016	Experimental	123 adultos jovens	NE:2 O nível de dor pós injeção, diminuiu aplicando-se pressão manual antes do procedimento.
Elgellaie, A; Ashcroft, E; Larkin, T. Austrália/2017	Descritivo	60 adultos	NE:6 O uso do método G para acessar o sítio VG foi mais assertivo para ter uma correta IIM.
Nakajima, Y. et al. Japão/2017	Descritivo	30 adultos	NE:2 Estabelece um sítio apropriado para IIM no deltoide e identifica a profundidade correta para a inserção da agulha.
Elgellaie, A; Ashcroft, E; Larkin, T. Austrália/2018	Descritivo	60 adultos	NE:6 O sítio VG é mais seguro, principalmente para mulheres acima do peso, em relação ao DG
Elgellaie, A; et al. Austrália/2018	Descritivo	145 adultos	NE:6 A espessura do tecido subcutâneo em mulheres e em pessoas obesas é maior em relação a homens com IMC normal, o que traz maior risco de injeção em tecido subcutâneo.
Inangil, D; Inangil, G. Turquia/2016	Experimental	134 adultos.	NE:2 A pressão manual aplicada no local certo pode reduzir a dor do paciente de maneira efetiva e com baixo custo.

Figura 1: Síntese dos estudos encontrados na revisão de literatura.

DISCUSSÃO

Apesar de inúmeros livros acadêmicos e manuais abordarem o tema IIM, as

pesquisas realizadas que modificam alguns aspectos descritos nos textos ainda são pouco adotadas na prática profissional.

Gunes e Agaç (2010) defendem a ideia de que a dor pode ser reduzida pela troca de agulha. Contudo, a troca de agulhas aumenta a manipulação de material perfuro cortante e risco de acidente com o profissional. Outros autores em estudo com amostra maior chegaram a conclusões diferentes, afirmando que não há diferença na percepção de dor (LAMBLET et al., 2011).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo publicou um parecer no qual afirma que essa troca é benéfica, pois mantém a afiação do bisel, porém, ressalta que todo o material perfuro cortante deve ter dispositivo de segurança, conforme descrito na Norma Regulamentadora 32. Ainda recomendam que haja um laudo técnico dos fabricantes, assegurando a viabilidade da afiação da agulha mesmo após perfurar a ampola e, caso não exista esse laudo, a troca de agulhas será necessária (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009).

A escolha do comprimento da agulha é relevante para garantir o efeito terapêutico do medicamento. No geral, foi evidenciado que há uma pequena variação de espessura do tecido subcutâneo conforme gênero e IMC, sendo o acesso ao sítio VG menor que o sítio DG (KAYA et al, 2015) desde que as agulhas sejam de comprimento apropriado.

No entanto, no Brasil, as agulhas disponíveis no mercado e disponibilizadas nos serviços não ultrapassam o comprimento de 40 mm, sendo comum o uso das agulhas de 30 mm para aplicação de IIM (CHINAGLIA, 2010) em adultos. Diante dessa realidade, o profissional de enfermagem não dispõe de agulha adequada para aplicação de IIM nos sítios VG e DG em adultos com IMC que seja acima de sobrepeso.

Elgellaie et al. (2018) defende o uso de agulhas com comprimentos maiores de 30mm para mulheres obesas ou endomorfas, no sítio VG, devido ao risco de receberem injeções SC por falta de uma agulha comprida o suficiente para acessar o músculo, o que mostra que agulhas de 25mm à 30mm podem não ser adequadas.

Dando suporte ao argumento de que os comprimentos das agulhas usadas atualmente no Brasil não são suficientes para atender a população, de acordo com as variações de gênero, etnia e biótipo, Zaybak et al. (2007), concluíram que as agulhas com menos de 38,1mm não são capazes de alcançar o tecido muscular de maneira efetiva nos sítios DG ou VG em indivíduos adultos com IMC acima de 25,9 kg/m². Diante disso, recomenda que os fabricantes produzam agulhas ideais para pessoas com obesidade mórbida e, ou que, se for possível, procure-se outro sítio de punção como o FALC ou o deltoide. Um estudo mais recente chegou a mesma conclusão, reforçando a ideia de que agulhas maiores são necessárias para atender à populações específicas (ZAYBAK, İSMAILOGLU, İSMAILOGLU, 2015).

Quanto à aspiração antes da infusão da droga, a literatura no âmbito da IIM em adultos ainda tem muitas lacunas. Rodrigues et al. (2020) citam a aspiração como

necessária para não injetar a medicação diretamente dentro de um vaso sanguíneo, mas não há informações sobre como deve ser essa aspiração no que se refere ao tempo. Thomas, Mraz e Rajcan (2015) ponderam que a aspiração menor que cinco segundos não é viável porque não tem o efeito necessário, entretanto aspirar por mais tempo (5 a 10 segundos) faz com que a agulha fique mais tempo dentro do paciente, podendo levar ao aumento da dor no procedimento. Nesse sentido, aplicação de IIM no sítio DG se beneficiaria da aspiração, por ser um sítio mais próximo de vasos sanguíneos calibrosos como a artéria glútea (COSKUN, KILIC, SENTURE, 2016). Entende-se então, que sítios em que há um risco maior de se atingir um vaso, a aspiração do embolo da seringa de 5 a 10 segundos seja mais segura do que o risco de aplicar a medicação dentro do vaso, mesmo podendo causar mais dor.

Outra questão relevante é a dor, já que a IIM é um processo invasivo e doloroso. Por mais simples que pareça, a dor em procedimentos desta natureza não deve ser ignorada, uma vez que buscamos proporcionar experiências positivas. Uma experiência negativa pode levar o paciente a não procurar ajuda profissional quando necessário, por medo de sentir desconforto. Cuidados como afiação da agulha, escolha do sítio, aspiração da droga, e até mesmo, o tempo de infusão da droga podem influenciar na percepção de dor do paciente.

A técnica em z ou *Z-track technique* impede vazamentos do músculo para o tecido subcutâneo e/ou epitelial. Contudo, estudos mostraram que, apesar disso, não há redução de dor considerável. O método que consiste em posicionar o paciente com os tornozelos girando internamente a fim de impedir a contração muscular mostrou-se mais efetivo para redução de dor do que a própria *Z-track* (KARA, GUNES, 2014). Mas considerando o dano tecidual por extravasamento de drogas que não foram feitas para o meio subcutâneo e a redução do desconforto, mesmo que pequena, a técnica em Z deve continuar sendo difundida (YILMAZ, KHORSHID, DEDEOGLU, 2016).

O método de bloqueio de ar ou *air-lock technique* também provou ser efetivo para a redução da dor, sendo então, uma opção de baixo custo e rápida para reduzir a dor do paciente na IIM (YILMAZ et al, 2016).

Para além das estratégias já tratadas, Rodrigues et al. (2020), afirma que manter o ângulo de 90° ao inserir e retirar a agulha, bem como fazer pressão ao retirá-la, reduz o desconforto. No entanto, não é citado o tempo de pressão ou a angulação. Outros autores afirmam que a inserção no ângulo de 90° diminuiu o risco de lesão às fibras musculares e de injeção no tecido subcutâneo, o que pode justificar uma diminuição do desconforto do paciente (ALMEIDA, CRUCIOL, 2014).

O enfermeiro tem um papel fundamental ao elaborar protocolos institucionais, avaliar as condições do paciente e educar sua equipe e a população no que diz respeito à segurança física, psíquica e legal de todos os envolvidos. Nenhum procedimento que invade o ser humano deve ser visto como simples, e a IIM é um processo com muitos

pormenores que podem interferir no efeito esperado da droga e na experiência do paciente com a equipe de enfermagem e o serviço de saúde.

CONCLUSÃO

Os estudos mostram que a escolha do comprimento e calibre da agulha deve ser individualizada conforme a paciente e a droga prescrita. Nesse sentido, o IMC, o gênero e o tipo morfológico podem interferir no resultado da IIM.

Quanto ao manejo da dor, os resultados mostram que a técnica em Z, a técnica de bolha de ar *air-lock* e o método de rotação interna dos tornozelos são métodos efetivos para o controle da dor do paciente.

Em relação à troca de agulhas houve divergência entre os estudos identificados. O estudo com amostra maior não identificou diferença na percepção da dor.

Até o momento, as evidências sugerem que a necessidade de aspiração do êmbolo deve ser ponderada pelo enfermeiro, a cada substância e local de aplicação.

Houve o aumento do número de pesquisas nessa área, mas novos estudos devem ser empreendidos para assegurar a melhor tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

AGAÇ, E. GUNES, Ü. **Effect on pain of changing the needle prior to administering medicine intramuscularly: a randomized controlled trial.** *Journal of advanced nursing.* İzmir, v.67, n.3, páginas 563 à 568. Setembro de 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05513.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05513.x> Acesso em 23 de março de 2020.

ALMEIDA, J. CRUCIOL, J. **Farmacologia e terapêutica clínica para a equipe de enfermagem.** 1. Ed. São Paulo: editora Atheneus, 2014. Não paginado.

BRAHM, N. WASHINGTON, N. **Case report: increased patient response to intramuscular haloperidol decanoate following a change in needle length.** *Journal of pharmacy practice.* Oklahoma, v. 24, n. 6, páginas 561 à 563. Dezembro de 2011. DOI: 10.1177/0897190011426559. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22048930/> Acesso em 10 de novembro de 2020.

BROWN, T. **Variações pediátricas nas intervenções de enfermagem.** In: HOCKENBERRY, M; WILSON, D; RODGERS, C. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica.** Tradução de Andrea Adelcorso et al. 10 ed. São Paulo: editora Elsevier, 2018. Não paginado.

BOYD, E. et al. **Improving the success rate of gluteal intramuscular injections.** *Pancreas Journal.* Houston, v. 42, páginas 878 à 882. Julho de 2013. DOI: 10.1097/MPA.0b013e318279d552. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23508015/> Acesso em 07 de outubro de 2020.

CHINAGLIA, A. **Escolha da agulha na aplicação intramuscular.** *Jornal BD mão boa.* São Paulo, v.7, n.31, 2010. DOI: Disponível em: file:///C:/Users/Home/Desktop/Inicia%C3%A7%C3%A3o%20cient%C3%ADfica/Tentativa%202/DDS_Mao-Boa-Edition-31_JA_PT.pdf Acesso em 10 de novembro de 2020.

CHAGAS, C.A.A.; LEITE, T.F.O.; PIRES, L.A.S. Embolia cutis medicamentosa pós-injeção – Síndrome de Nicolau: relato de caso e revisão de literatura. **J. Vasc. Bras.**; v.15; n.1; 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer Coren-SP CAT 010/2009.**

Assunto: Troca de agulha para administração de medicamento por via intramuscular.

São Paulo, setembro de 2009. Atualizado em 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/N%C2%BA%2010-2009%20-%20Troca%20de%20agulha%20para%20administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamento%20por%20via%20intramuscular.pdf> Acesso em 07 de Outubro de 2020.

COSKUN, H. KILIC, C. SENTURE, C. **The evaluation of dorsogluteal and ventrogluteal injection sites: a cadaver study.** Journal of clinical nursing. Ankara, v.25, páginas 1112 à 1119, Abril de 2016. DOI: 10.1111/jocn.13171. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26868292/> Acesso em 23 de março de 2020.

DA SILVA, P; VAZ VIDAL, S. **As relações anatômicas envolvidas na administração de medicamentos por via intramuscular: um campo de estudo do enfermeiro.** Revista Enferméria Global. Rio de Janeiro, v.30, páginas 170 à 182. Abril de 2013. ISSN: 1695-6141. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_docencia3.pdf Acesso em 18 de março de 2020.

ELGELLAIE, A. et al. **Influence of gender, BMI and body shape on theoretical injection outcome at the ventrogluteal and dorsogluteal sites.** Journal of clinical nursing. Wollongong, v.27, páginas 242 à 250. Janeiro de 2018. DOI: 10.1111/jocn.13923. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28618093/> Acesso em 23 de março de 2020.

ELGELLAIE, A. LARKIN, T. ASHCROFT, E. **Effects of thickness of muscle and subcutaneous fat on efficacy of gluteal intramuscular injection sites.** British journal of nursing. Wollongong, v.27, n.6, páginas 300 à 305. Março de 2018. DOI: 10.12968/bjon.2018.27.6.300. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29561673/> Acesso em 23 de março de 2020.

FREITAG, V. et al. **Injeções intramusculares ventro-glútea: O conhecimento da técnica por profissionais de enfermagem.** Revista de enfermagem da universidade federal do Pernambuco. Recife, v.9, páginas 799 à 805. Fevereiro de 2015. DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201504 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10402/11170> Acesso em 19 de março de 2020.

GREENWAY, K. **Rituals in nursing: intramuscular injections.** Journal of clinical nursing. Oxford, v. 23, páginas 3583 à 3588. Dezembro de 2014. DOI: 10.1111/jocn.12627. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814160/> Acesso em 19 de março de 2020.

KARA, D. GUNES, U. **The effect on pain of three different methods of intramuscular injection: A randomized controlled trial.** International journal of nursing practice. İzmir, v.22, n.2, páginas 152 à 159. Abril de 2014. DOI: doi: 10.1111/ijn.12358. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25039702/> Acesso em 23 de março de 2020.

KAYA, N. et al. **The reliability of site determination methods in ventrogluteal area injection: A cross-sectional study.** International journal of nursing studies. Istambul, v.52, p. 355 à 360. Janeiro de 2015. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.002 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25064146/> Acesso em 10 de novembro de 2020.

LAMBLET, L. et al. **Ensaio clínico randomizado para avaliação de dor e hematoma e administração de medicamentos por via subcutânea e intramuscular: há necessidade de troca de agulhas?** Revista latino americana de enfermagem. São Paulo, v. 19, n. 5. Outubro de 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mRscf5CMR8fw9Ss4MR69zx/abstract/?lang=pt> Acesso em 23 de março de 2020.

OLIVEIRA, L. et al. **Ensaio clínico controlado randomizado: região ventro-glútea, local alternativo para aplicação da benzilpenicilina benzatina G.** Revista eletrônica de enfermagem. Goiania, v.17, n.4, páginas 1 à 7. Outubro de 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.29612>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832595/v17n4a02.pdf> Acesso em 23 de março de 2020.

PAULA, M. et al. **Semiotécnica: fundamentos para a prática assistencial de enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. Não paginado.

PERRY, A; POTTER, P. **Fundamentos de enfermagem.** Tradução de Adilson Dias Salles, et al. 9. Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2017. Não paginado.

PERRY, A.; POTTER, P. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem: Adaptado à realidade brasileira.** Tradução de Eliza da Conceição Rodrigues, et Al. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2015. Não paginado.

RODRIGUES, A. et al. **Guia de enfermagem: rotinas, práticas e cuidados fundamentados.** 3. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2020. Não paginado.

THOMAS, C. MRAZ, M. RAJCAN, L. **Blood aspiration during I.M injection.** Clinical nursing research. Pensilvânia, v.25, n.5, páginas 1 à 11. Março de 2015. DOI: [10.1177/1054773815575074](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784149/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784149/> Acesso em 24 de março de 2020.

TREAS, L; WILKINSON, J. **Basic Nursing: Concepts, Skills, & Reasoning.** Tradução própria. 1. ed. Philadelphia: Editora F. A Davis Company, 2014.

YILMAZ, D. et al. **The effect of air-lock technique on pain at the site of intramuscular injection.** Saudi journal of medicine & medical sciences. Bursa, v.37, n.3, páginas 304 à 308. Março de 2016. DOI: [10.15537/smj.2016.3.13113](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800896/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800896/> Acesso em 23 de março de 2020.

YILMAZ, D. KHORSHID, L. DEDEOGLU, Y. **The effect of the z-track technique on pain and drug leakage in intramuscular injections.** Clinical nurse specialist. Bursa, v.30, n.6, páginas e7 à e12. Novembro de 2016. DOI: [10.1097/NUR.0000000000000245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753676/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753676/> Acesso em 10 de novembro de 2020.

ZAYBAK, A. et al. **Does obesity prevent the needle from reaching muscle in intramuscular injections?** Journal of Advanced Nursing. İzmir, v.58, n.6, páginas 552 à 556. Maio de 2007. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04264.x](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484745/) Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484745/> Acesso em 10 de novembro de 2020.

ZAYBAK, A. İSMAİLOĞLU, E, G. İSMAİLOĞLU, E. **Examination of subcutaneous tissue thickness in the thigh site for Intramuscular injection in obese individuals.** Journal of ultrasound in medicine. Esmirna, v. 34, páginas 1657 à 1662. Setembro de 2015. DOI: [10.7863/ultra.15.14.09005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26269301/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26269301/> Acesso em 23 de março de 2020.

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Data de aceite: 01/06/2022

Evellyn Victória dos Santos Monteiro

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Superior de Ensino de Foz do Iguaçu (CESUFOZ)

Fátima Regina Cividini

Enfermeira. Doutora em Sociedade, Culturas e Fronteiras (UNIOESTE). Membro da Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense (SOBEF)
ORCID: 0000-0003-4129-7915

RESUMO: A presente pesquisa tem objetivo geral compreender a importância da atuação dos enfermeiros no setor de Urgência e Emergência para a preservação de vestígios forenses das vítimas de violência evidenciados na literatura científica. Para isso, foi realizada uma revisão de escopo e descritiva nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e PubMed., enfatizando a importância do atendimento realizado à vítima de crime de lesão corporal, a fim de esclarecer o fenômeno ocorrido. Os resultados obtidos permitem demonstrar que os profissionais de enfermagem, geralmente, são os primeiros a terem contato com as mulheres e demais vítimas de violência, por isso, precisam desempenhar com competência seu trabalho em relação a coleta de vestígios e evidências que permitirão elucidar o caso e ajudarão a justiça a

encontrar a verdade durante o processo. Conclui-se que a Enfermagem Forense é constituída por um conjunto de saberes relacionados à ciência forense que permitem ao enfermeiro realizar a assistência integral às vítimas e seus familiares, atuar na elaboração e promoção de políticas públicas que pretendem evitar a ocorrência de situações de violência, promoção de educação continuada para os profissionais de saúde, em escolas e em outros locais, dentre outras atribuições.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem forense. Ciências forenses. Enfermagem Baseada em Evidências. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT: The present research has the general objective to understand the importance of the work of nurses in the Urgency and Hospital Emergency sector for the preservation of forensic traces of victims of violence evidenced in the scientific literature. For this, a qualitative and descriptive literature review was carried out in the databases Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Virtual Health Library (BVS/BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and PubMed., emphasizing the importance of the care provided to the victim of a crime of bodily injury, in order to clarify the phenomenon that occurred. The results obtained allow us to demonstrate that nursing professionals are usually the first to have contact with women and other victims of violence, therefore, they need to perform their work competently in relation to the collection of traces and evidence that will

allow them to elucidate their role. case and will help justice find the truth during the process. It is concluded that Forensic Nursing consists of a set of knowledge related to forensic science that allows nurses to provide comprehensive care to victims and their families, to act in the elaboration and promotion of public policies that aim to prevent the occurrence of situations of violence, promotion of continuing education for health professionals, in schools and other places, among other attributions.

KEYWORDS: Forensic nursing. Forensic Science. Evidence-Based Nursing. Emergency Nursing.

INTRODUÇÃO

O tema de interesse deste artigo volta-se à atuação do enfermeiro no conhecimento de preservação de vestígios forenses em vítimas de violência nos setores de urgência e emergência cujos dados estão disponíveis na literatura científica publicada na última década.

A violência caracteriza-se pelo uso da força para atingir a si mesmo ou aos outros, podendo variar de forma física, psicológica ou abuso de poder, resultando em lesão, morte, agravo psicológico, deficiência ou privação. (ZANATTA *et al*, 2018).

Nessa situação, quando as vítimas precisam recorrer ao atendimento hospitalar em virtude da gravidade em que a violência ocorreu, o enfermeiro está uma posição de grande responsabilidade e importância, pois contribui para para identificar, avaliar e cuidar das vítimas que sofreram múltiplas formas de violência física, interpessoal e/ou traumas fornecendo cuidados físicos, emocionais e sociais. (COELHO, 2013).

A Enfermagem Forense é uma área do conhecimento científico que tem se destacado nos últimos anos por associar conceitos gerais da Enfermagem e os princípios das ciências forenses tradicionais. Os enfermeiros estão na linha de frente do atendimento à pessoa em situação de violência, por isso, quando o cuidado é baseado no conhecimento forense suas ações contribuem para preservação de vestígios necessárias para esclarecer o fenômeno ocorrido com a vítima atendida. (SILVA; SILVA, 2009, SILVA; SILVA; SILVA, 2021). Além disso, um enfermeiro com conhecimento forense favorece um atendimento humanizado e com estabelecimento da confiança entre paciente e profissional, o que faz com que a vítima coopere com o exame (SILVA; SILVA, 2009).

Por isso, é importante destacar para a comunidade científica e aqueles que estão em processo de formação que enfermeiro tem a possibilidade de ser um defensor dos direitos humanos dos sobreviventes de violência, por isso, é imprescindível conhecer os meios para preservação de vestígios, necessários para a elucidação dos casos.

Toda violência deixa suas marcas, que são chamados de vestígios. Assim, Silva *et al* (2017) compreendem vestígios como “[...] sinais, traços, manchas ou objetos, e são produtos de um agente ou evento provocador”. Ao serem avaliados e comprovadamente relacionados ao fenômeno violento, são caracterizados como evidências (SILVA; SILVA;

SILVA, 2021) e compõem a cadeia de custódia, que para França (2017, p.70) são “[...] registro em documento da movimentação dos elementos da prova quanto ao seu envio, conservação e análise dos laboratórios”. Dentre os procedimentos que precisam ser realizados visando a preservação dos vestígios, Silva *et al* (2017, p.3) destaca a necessidade do enfermeiro forense:

[...] examinar, reconhecer, recolher e preservar, para isso o primeiro passo trata-se da documentação dos registros realizados, informações sobre a vítima como nome, idade, sexo, data hora, motivo de entrada na unidade ou serviço de urgência, estado geral, sinais e sintomas que apresenta, tratamento do espólio e todos os restantes dados que o enfermeiro achar considerável. A realização do exame físico completo na vítima é muito importante, através dele o enfermeiro reconhece informações no corpo da mesma que devem ser recolhidas e registradas como, por exemplo, feridas, arranhões, mordidas, hematomas, presença de material biológico. (SILVA *et al*, 2017, p.3)

A falta de conhecimento ou habilidade para o recolhimento dos vestígios forenses pode comprometer, destruir ou contaminar a verdade inerente a cada caso. Dentre os procedimentos que precisa realizar cuidadosamente no processo de recolhimento dos vestígios físicos, Silva *et al* (2017, p.3) menciona que esse processo:

[...] deve ser realizado com cautela pelo enfermeiro forense, em casos de peças de roupas devem ser empacotados em sacos de papel, frascos de vidro ou de plástico, e dobradas para precaução colocar uma folha de papel entre as partes, no caso da peça de roupa estar molhada o enfermeiro deve secar antes de empacotar, caso as mãos da vítima contenha vestígios, se possível as mãos devem ser contidas em saco de papel selados até o cotovelo para análise (SANTOS *et al*, 2017, p.3).

Dentre as estratégias que poderão ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem para encontrar vestígios, Silva *et al* (2017, p. 43) destaca:

- a) Iniciar o atendimento prestando informações à vítima quanto a importância de não tomar banho, lavar ou jogar a roupa que estava usando no momento do delito fora, e, de preferência, não ingerir alimentos e/ou líquidos antes exame pericial; b) Preservar a roupa da vítima, guardando-a, se necessário e de preferência em sacos de papel;
- c) Evitar, quando possível, lavar as lesões, antes da coleta de material, tais como as lesões por mordeduras;
- d) Documentar todos os relatos e descrição minuciosa das lesões apresentadas pela mulher. (SILVA *et al*, 2021, p.43)

Em síntese, Coelho (2013) que os cuidados de enfermagem estão alinhados na preservação da dignidade da pessoa, no respeito aos direitos humanos associados a excelência da prática profissional por meio do uso dos valores e princípios éticos em conjunto com práticas baseadas em evidências.

Apartir destas informações, o objetivo geral deste estudo pautou-se em compreender a importância da atuação dos enfermeiros no setor de Urgência e Emergência para a

preservação de vestígios forenses das vítimas de violência evidenciados na literatura científica.

A justificativa para a escolha desse tema vincula-se ao fato de que em muitas situações ocorre a ausência de conhecimento pelos profissionais da saúde quanto aos procedimentos de registro, preservação e coleta de vestígios forenses colabora para o não esclarecimento dos casos e impunidade do agressor. O enfermeiro torna-se um defensor dos direitos humanos dos sobreviventes de violência quando conhece os meios para preservação de vestígios, pois garante-lhes o direito de acesso à justiça e elucidação dos casos.

Por fim, a partir do entendimento que enfermeiros são considerados um dos primeiros profissionais a realizar o atendimento à pessoa em situação de violência, e, desta forma, o cuidado baseado no conhecimento forense pode dar suporte a ações para preservação de vestígios, que possam esclarecer o fenômeno ocorrido, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: quais as evidências encontradas na literatura científica sobre o conhecimento de enfermeiros para a preservação de vestígios forenses nos serviços de urgência e emergência?

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de escopo, baseado no *The Joanna Briggs Institute Reviewers' manual* (JBI, 2015). Esta modalidade de revisão tem como proposta avaliar as evidências emergentes e as possíveis questões que possam surgir para orientar novos caminhos de pesquisa, com um olhar abrangente sobre o tema proposto a ser pesquisado (JBI, 2015). Para isso, determinou-se como P (população) os enfermeiros, C (conceito) o conhecimento para preservação de vestígios e C (contexto) o setor de urgência e emergência.

O corpus deste estudo é composto por publicações científicas dos últimos cinco anos (2017-2022), encontrados na íntegra em português, inglês e espanhol, que tenham como sujeitos do estudo enfermeiros ou equipe multidisciplinar - desde que contenham enfermeiros - e o ambiente abordado seja o de urgência / emergência.

As bases de dados consultadas para a obtenção dos dados foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/ BIREME), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e PubMed. Os descritores utilizados para a pesquisa serão os termos DeCS: “Enfermagem” or “Enfermeiros” and “Evidências Forenses”, em inglês os termos MesSH “Nursing” or “Nurse” and “Forensic Evidence”. Optou-se por excluir artigos não disponíveis na íntegra, em outros idiomas, que não possuam enfermeiros como sujeitos do estudo e que não respondam à pergunta de pesquisa. A busca dos artigos para composição deste estudo seguiu os descritores em saúde conforme o quadro 1:

Fórmula de Busca	
Base de Dados	
SciELO	enfermagem OR enfermeiro AND evidências forenses [descriptor de assunto]
LILACS	enfermagem OR enfermeiro AND evidências forenses AND (db:(“LILACS”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])
BIREME	“nursing” OR “nurse” AND “forensic evidence” AND (fulltext:(“1”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])
MEDLINE	“nursing” OR “nurse” AND “forensic evidence” AND (fulltext:(“1”)) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])
PUBMED	“nursing”[All Fields] OR “nurse”[All Fields] AND “forensic evidence”[All Fields] AND ((y_5[Filter]) AND (fft[Filter]))

Quadro 1. Procedimento de busca nas bases de dados.

Fonte: Organizado pelas autoras (2022)

Após a seleção das informações, a discussão foi construída conforme as categorias de análise que surgirem conforme Bardin (2016) com pré-análise, categorização e interpretação dos resultados. Serão apresentados também as limitações deste estudo e suas contribuições para a Enfermagem Forense.

RESULTADOS

A pesquisa ocorreu entre os meses de outubro de 2021 a abril de 2022. O material disponibilizado nas plataformas foram submetidos ao protocolo de recomendação PRISMA para revisões, divididos em três etapas: a) identificação, que busca na base de dados pelos autores de forma independente, a leitura dos títulos e resumos, com o propósito de selecionar estudos que se encaixem nos critérios de seleção e exclusão de duplicatas c) seleção e elegibilidade, que compõe a leitura exaustiva dos artigos na íntegra para seleção daqueles que se adequem a responder à pergunta e aos objetivos de pesquisa e, por último d) a seleção do material que fez parte deste estudo, conforme o diagrama abaixo:

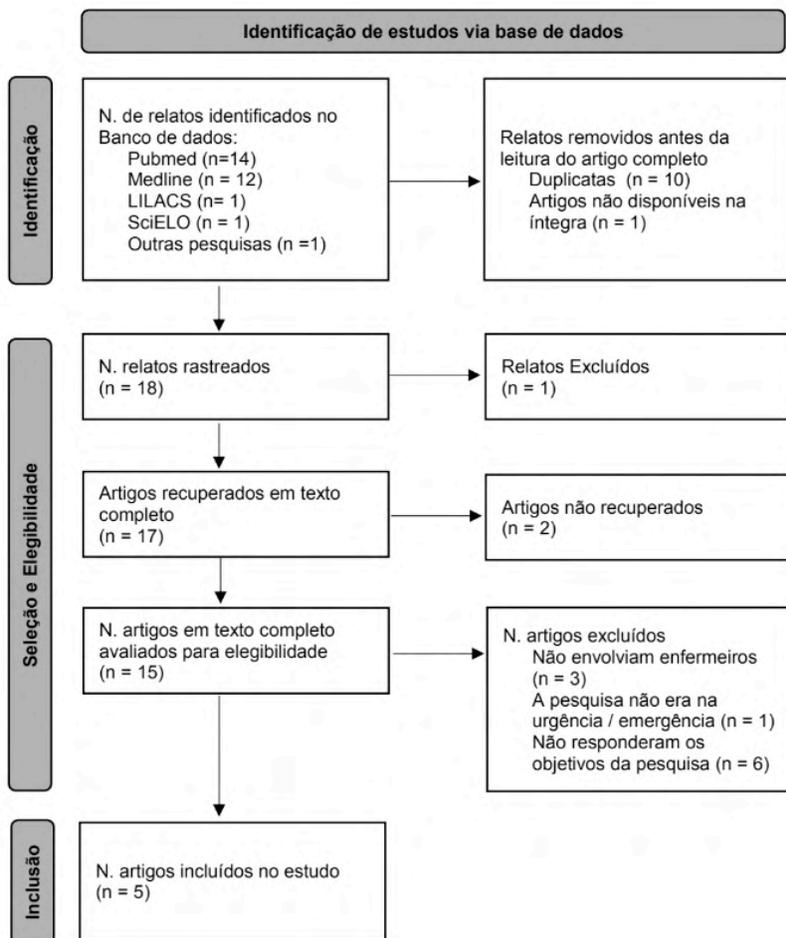


Figura 1. Diagrama PRISMA para a descrição dos artigos encontrados, excluídos e selecionados de acordo com as bases de dados. Foz do Iguaçu, 2022.

Fonte: Page *et al* (2021, tradução livre, adaptado para esta pesquisa).

Por fim, foram selecionados quatro artigos para a composição deste estudo, sintetizados no quadro 2:

#	Autores	Ano	Idioma	Método	Objetivo
1	Furtado <i>et al</i>	2021	Inglês / Português	Artigo de Reflexão	Refletir sobre as possibilidades da atuação do enfermeiro como perito civil e criminal, revisitando conceitos e trajetórias pertinentes à ciência da enfermagem forense, pautados na legislação brasileira, nos princípios éticos e na integralidade do cuidado ao ser humano.
2	Ribeiro <i>et al</i>	2021	Inglês / Português	Revisão integrativa	Analisar os desafios da atuação do enfermeiro na preservação de vestígios nos casos de violência sexual contra a mulher, evidenciados na literatura
3	Silva <i>et al</i>	2020	Inglês	Survey	Correlacionar o conhecimento dos enfermeiros com a execução de procedimentos relacionados à coleta de provas forenses.
4	Patterson; Pennefather; Donoghe	2017	Inglês	Entrevista semiestruturada	Como um treinamento nacional misto SAFE influenciou a adoção de uma orientação centrada no paciente pelos participantes.
5	Davis <i>et al</i>	2017	Inglês	Entrevistas	Apresentar o Texas SB 1191 na execução de exames forenses em vítimas de violência sexual.

Quadro 2. Artigos selecionados para este estudo. Foz do Iguaçu, 2022

Fonte: Organizado pelas autoras (2022)

No quadro 3, apresenta-se a síntese das evidências encontradas na literatura relacionados a preservação de vestígios no ambiente de urgência e emergência.

DISCUSSÃO

A ampliação dos casos de violência fez com essa temática se tornasse uma questão de prioridade para a saúde pública brasileira, uma vez que, elas precisam de atendimento, cuidado e assistência, mas também de apoio e orientação para que tais situações parem de ocorrer, agressores identificados e punidos conforme a legislação vigente no país.

Em países onde a Enfermagem Forense tem maior campo de atuação, como por exemplo os Estados Unidos, os enfermeiros prestam consultoria para profissionais e instituições de saúde e atuam ativamente no atendimento às vítimas de violência. Inclusive, são estes profissionais os responsáveis pela abertura da cadeia de custódia e a preservação de vestígios (FURTADO *et al*, 2021; RIBEIRO *et al*, 2021).

No Brasil, onde a enfermagem forense ainda está no começo de sua atuação, Silva *et al* (2020) enfatiza que os profissionais de saúde que atuam em serviços de emergência precisam estar preparados para realizar os processos de coleta, armazenamento, preservação e documentação de todos os vestígios físicos que ser relacionem a lesões ou crimes encontrados nos corpos das vítimas enquanto realizam seu atendimento.

Ao realizar uma pesquisa com um conjunto de profissionais que atuam no setor em um setor de urgência e emergência hospitalar, Silva *et al* (2020) indicam a grande maioria dos médicos, enfermeiros e técnicos entrevistados não conheciam pelo menos 50% de todo o conjunto de procedimentos que precisam realizar para fazer a documentação forense, ou seja, como realizarem a coleta e preservar os vestígios. Como consequência, acabam contribuindo de forma negativa com os processos de investigação. Ribeiro *et al* (2021) descrevem que a falta de conhecimento implica na perda ou destruição dos vestígios forenses, comprometendo assim toda uma investigação sobre a violência sofrida.

Síntese das evidências	Autores
Atribuições do enfermeiro forense na coleta e preservação de vestígios forenses.	Furtado <i>et al</i> (2021); Patterson; Pennefather e Donoghue (2017); Davis <i>et al</i> (2017)
Limitação no conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da coleta e preservação de vestígios forenses.	Silva <i>et al</i> (2021); Ribeiro <i>et al</i> (2021)
Enfermeiros treinados para o atendimento a vítimas de violência proporcionam assistência em saúde com respeito a dignidade e aos direitos humanos.	Furtado <i>et al</i> (2021); Silva <i>et al</i> (2021); Ribeiro <i>et al</i> (2021); Patterson; Pennefather e Donoghue (2017); Davis <i>et al</i> (2017)

Quadro 3. Síntese das Evidências encontradas. Foz do Iguaçu, 2022

Além do desconhecimento, o medo da vítima de expor sua situação limita a exposição do que aconteceu, por isso, os enfermeiros forenses precisam prestar um atendimento humanizado e integral a vítima enquanto fazem o exame físico geral e ginecológico detalhado, também precisam atuar com competência, ter uma percepção holística da situação vivenciada pela vítima, realizando de forma criteriosa o cuidado, a notificação e os registros específicos de cada caso. (RIBEIRO *et al*, 2021; PATTERSON; PENNEFATHER; DONOGHUE, 2017). No que diz respeito a forma como deve ocorrer o atendimento pós violência, Furtado *et al*, (2021, p.4) afirma que o enfermeiro forense:

[...] deve favorecer segurança às vítimas; oferecer atendimento empático com suporte físico e emocional, tanto às vítimas, como aos familiares; realizar coleta de exames que possam ajudar no esclarecimento da investigação (documentar vestígios e evidências); realizar notificação compulsória dos diversos tipos de violências; e comunicar às autoridades competentes situações de violência. Enfermeiros forenses podem desempenhar um papel vital na perícia humanitária. A perícia forense humanitária é o ramo da ciência que envolve a ciência forense para fins humanitários. Pode ser utilizado na identificação de vítimas de desastres em massa, ou identificação de pessoas desaparecidas após uma guerra, ou ainda, a identificação de vítimas de epidemias. (FURTADO *et al*, 2021, p.4)

Para Davis *et al* (2017), os programas *sexual assault nurse examiner* (SANE) são essenciais para que as vítimas de violência sexual possam ter acesso a exames forenses

em conjunto com a coleta e preservação de vestígios, de maneira a assegurar o direito a justiça das sobreviventes de violência. Além do exame, os enfermeiros SANE estão aptos a fornecer apoio para o tratamento do trauma, de possíveis infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aconselhamento sobre seus direitos de acesso à saúde e justiça.

Em uma pesquisa nos Estados Unidos, Patterson; Pennefather e Donoghue (2017) entrevistaram enfermeiros que participaram do treinamento *sexual assault forensic examiners (SAFE)*. Para os entrevistados, a coleta e preservação de vestígios precisa ser o objetivo primário no exame forense, entretanto não deve comprometer o atendimento integral às necessidades da vítima naquele momento, pois ela deve ser o centro de atenção em todo o momento.

Para Ribeiro *et al* (2021), um dos principais desafios para a consolidação do enfermeiro como protagonista no exame forense em vítimas de violência sexual é a ausência de protocolos institucionalizados para que haja uma padronização dos processos de atendimento, coleta e preservação de vestígios. Entretanto, para Furtado *et al* (2021) esta questão pode ser sanada ou diminuída com o aumento de enfermeiros treinados que estejam aptos a realizar assistência a este público.

Em acordo com os estudos de Ribeiro *et al* (2021), Silva *et al* (2021) entendem que no Brasil ainda há uma lacuna a ser preenchida com protocolos relacionados a temática discutida. Além do mais, a falta de um atendimento padronizado implica em diversas maneiras de revitimizar a pessoa que sofre violência: a necessidade de repetir a mesma história diversas vezes para pessoas diferentes, falas por parte de profissionais que promovam o preconceito e o constrangimento do ofendido, por exemplo.

As referências bibliográficas encontradas nos bancos de dados e selecionadas para esse estudo, demonstram que os profissionais de enfermagem que atuam nos setores de Urgência e/ou Emergência em hospitais e outras instituições, geralmente são os primeiros a atender e ter contato com as vítimas de violência. Entretanto, os estudos apontam a importância de enfermeiros forenses para mulheres em situação de violência sexual, sendo que em agressões físicas também é necessário um exame forense direcionado para que haja a garantia dos direitos humanos das vítimas.

Por fim, ter conhecimento das ciências forenses é de grande importância para que os vestígios possam ser coletados e preservados de forma correta, tanto no que diz respeito ao atendimento de vítimas vivas ou que entraram em óbito. Permite compreender as especificidades das lesões identificadas bem como, suas consequências sobre a vítima e seus familiares, contribuindo com o trabalho jurídico realizado pela justiça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribui para enfatizar a importância do conhecimento forense ao atendimento à vítima de violência atendidas pelos profissionais de enfermagem nos

centros de urgência e emergência, para dar suporte a ações para preservação de vestígios.

Em virtude disso, a formação adequada, inicial e continuada, desses profissionais de enfermagem é imprescindível permitindo-lhes que se apropriem dos conhecimentos específicos em ciências forenses, contribuindo para que as mulheres e demais vítimas de violência atendidas, além do cuidado que demandam, possam ser avaliadas de forma técnica, sendo documentados adequadamente os detalhes específicos do seu caso, preservando e recolhendo evidências e vestígios que auxiliarão a justiça a realizar o seu trabalho em busca da verdade.

O enfermeiro forense, além do atendimento específico à mulher vítima de violência, que adentra aos serviços de Urgência e/ou Emergência requerendo cuidados específicos, também deve voltar sua atuação a família, visto que ambos podem apresentar traumas físicos, psicológicos e sociais. Mesmo nos casos de óbito, lhe compete realizar um trabalho minucioso na coleta de evidências que permitam identificar seus agressores.

REFERÊNCIAS

COELHO, M. *Impacto da formação em Ciências Forenses*. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, 2013, 80p. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2079/1/COELHO%2c%20Mauro%20Alexandre%20Almeida%20-%20Disserta%2c%20a7%2c%20a3o%20mestradoEMBARGO%2021%20OUT%202014.pdf> Acesso em 25 out. 2021.

DAVIS, R. C *et al*. Increasing the Accessibility of Sexual Assault Forensic Examinations: Evaluation of Texas Law SB 1191. *J Forensic Nurs*. 2017. Disponível em: DOI: 10.1097/JFN.000000000000169 Acesso em 02 mar. 2022.

FRANÇA, G. V. *Medicina Legal*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FURTADO, B. M. A. S. M. *et al*. Investigation in forensic nursing: trajectories and possibilities of action. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 55, e20200586, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0586> Acesso em 15 mar. 2022

GALVÃO, T.F; PASANI, T.S.A. Principais itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 24, n.2, p.335-42, abr-jun 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCNF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 dez. 2021.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE – JBI. *Joanna Briggs Institute Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015, 24p. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf> Acesso em 17 nov. 2021

Page MJ et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v.372, n.71, 2021. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram> Acesso em 19 mar. 2022

Patterson D, Pennefather M, Donoghue K. Shifting Sexual Assault Forensic Examiners Orientation From Prosecutorial to Patient-Centered: The Role of Training. *J Interpers Violence*, v.35, n.21, p.4757-78, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260517717491> Acesso em 25 out. 2021

RIBEIRO, C. L *et al.* Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: revisão integrativa. *Esc. Anna Nery*, v.25, n.5, e20200133, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Gs7krMQLVcpcm8SCnkt4TVJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 06 abr. 2022.

SILVA, J. O. M *et al.* Preservation of Forensic Evidence by Nurses in a Prehospital Emergency Care Service in Brazil. *Journal of Trauma Nursing*, v.27, n.1, p.58-62, jan-fev. 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/journaloftraumanursing/Abstract/2020/01000/Preservation_of_Forensic_Evidence_by_Nurses_in_a.11.aspx Acesso em 25 out. 2021.

SILVA, C. A. C. *et al.* Criação da Liga de Enfermagem Forense: Um relato de experiência. In: Congresso Internacional de Enfermagem, 2017, Aracaju. Anais Congresso Internacional de Enfermagem. Aracaju: Editora UNIT, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5786/2304> . Acessado em 09 set. 2021.

SILVA, J. O. M; SILVA, K. B; SILVA, R.C. O enfermeiro e a preservação de vestígios forenses. In: SILVA, J. O. M (org.) *Enfermagem Forense: o enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual* - Guia Prático. Guarujá: Científica Digital, 2021, p.42-51.

SILVA, K.B; SILVA, R. C. Enfermagem Forense: Uma especialidade a conhecer. *Cogitare Enferm*, v.14, n.3, p.564-8, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16191> Acesso em 15 abr. 2022.

ZANATTA, E. A *et al.* Interfaces da Violência com a Formação em Enfermagem: Um Diálogo Possível e Necessário. *Escola Anna Nery*, v.22, n.4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170404.pdf. Acessado em: 11 set. 2021.

CAPÍTULO 8

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Data de aceite: 01/06/2022

Elizabete Rosane Palharini Yoneda Kahl

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/9366383095436623>

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

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

Ivana Duarte Brum

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/4872906303789352>

Rosane Maria Sordi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre- RS
<http://lattes.cnpq.br/5535395350386543>

Mari Angela Victoria Lourenci

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/5659198412151924>

Terezinha de Fátima Gorreis

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

Rosa Helena Kreutz Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre-RS
<http://lattes.cnpq.br/9308304779248772>

RESUMO: Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) ocorre devido oclusão arterial cerebral súbita, o que ocasiona cessação do fluxo de oxigênio para as células cerebrais irrigadas por esta artéria, causando morte cerebral. Diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre respostas humanas a condições de saúde/ processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estado de risco e disposição para a promoção da saúde. Diante deste panorama, o enfermeiro deve desenvolver o cuidado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem, planejando ações sistematizadas e inter-relacionadas, viabilizando a organização do cuidado de enfermagem para os pacientes acometidos por tal patologia, e os diagnósticos de enfermagem são a base para a criação de um plano de cuidados individualizado. Este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca do raciocínio crítico de enfermagem buscando identificar os diagnósticos de enfermagem predominantes para os pacientes que estão acometidos por AVCi. Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram analisados artigos científicos e livros sobre diagnósticos de enfermagem para pacientes acometidos por AVCi. A proposta indica os principais títulos dos possíveis diagnósticos de enfermagem que são identificados em pacientes com AVCi. Identificou-se dezessete diagnósticos de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Acidente vascular cerebral.

NURSING DIAGNOSES RELATED TO ISCHEMIC STROKE

ABSTRACT: Ischemic stroke (stroke) occurs due to sudden cerebral arterial occlusion, which causes cessation of oxygen flow to the brain cells supplied by this artery, causing brain death. Nursing diagnoses are clinical judgments about human responses to health conditions/life processes, or a vulnerability to such a response, of an individual, a family, a group or a community. Nurses diagnose health problems, risk status and willingness to promote health. Given this scenario, nurses must develop care through the Systematization of Nursing Care, planning systematized and interrelated actions, enabling the organization of nursing care for patients affected by this pathology, and nursing diagnoses are the basis for creating an individualized care plan. This study aimed to carry out a literature review on critical nursing reasoning, seeking to identify the predominant nursing diagnoses for patients who are affected by stroke. This is a literature review where scientific articles and books on nursing diagnoses for patients affected by stroke were analyzed. The proposal indicates the main titles of the possible nursing diagnoses that are identified in patients with stroke. Seventeen nursing diagnoses were identified.

KEYWORDS: Nursing. Nursing diagnosis. Stroke.

INTRODUÇÃO

Acidente vascular encefálico (AVC) caracteriza-se pela morte de células cerebrais devido interrupção súbita de fluxo sanguíneo, que cessa a oxigenação local. E pode ter como causa a obstrução ou ruptura de uma artéria. Quando causado por obstrução, denomina-se AVC isquêmico (AVCi), sendo o mais predominante, ocorrendo em aproximadamente 85% dos casos; e quando por ruptura: AVC hemorrágico (AVCh). (SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

O AVC é a segunda causa de morte no Brasil e importante causa de incapacidade funcional, sendo que muitas pessoas acometidas por ele não conseguem retornar às suas atividades de vida diária posteriormente, impactando diretamente na qualidade de vida destas pessoas e no âmbito sócio- econômico. É uma doença multifatorial, tendo como fatores de risco não modificáveis: ser: idoso, do sexo masculino, da raça negra; ter história familiar positiva, condições genéticas favoráveis, como a anemia falciforme. Fatores de risco modificáveis: a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo, o diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilação atrial. Fatores de risco potenciais: a obesidade, o sedentarismo, o uso de contraceptivo oral ou reposição hormonal pós-menopausa, o alcoolismo e uso de drogas. O reconhecimento dos fatores de risco é essencial para a prevenção de eventos cerebrovasculares. (CAREGNATO; ROLOFF; SAKAMOTO, 2019).

O AVC é um acometimento súbito, que causa sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, podendo provocar alterações cognitivas, sensitivas, motoras. No AVCi a oclusão pode ocorrer por um trombo formado diretamente no local da oclusão (trombótico) ou por um êmbolo, formado em outra parte do sistema circulatório e chegando ali pela corrente sanguínea (embólico). Os déficits ocasionados pelo AVCi variam de acordo

com o território arterial acometido, com a extensão da região isquêmica, com a circulação colateral. Em 80% dos casos a oclusão arterial está relacionada com a circulação anterior ou carotídea, acometendo as artérias carótida interna, oftálmica, cerebral média, cerebral anterior e coroideia anterior, podendo incluir os sinais e sintomas: déficit motor contralateral ao hemisfério cerebral acometido, déficit sensitivo, disartria, afasia de linguagem ou de expressão ou compreensão, apraxias, agnosias, alterações visuais, como hemianopsia homônima com desvio do olhar conjugado para o lado da lesão e amaurose monocular ipsilateral. Os AVCs da circulação posterior ou vertebrobasilares são menos comuns, mas de pior prognóstico. Acometem as artérias vertebral, basilar, cerebelar posterior inferior, cerebelar anteroinferior, cerebelar superior e posterior. Os sinais e sintomas comuns são coma, quadriplegia flácida, perda sensitiva, diplopia, vertigem, disartria e ataxia. (CAREGNATO; ROLOFF; SAKAMOTO, 2019).

O diagnóstico do AVCi dá-se por meio da identificação de sinais e sintomas e de exame de imagem (tomografia de crânio sem contraste), que identifica área isquêmica cerebral. A escala do National Institute of Health and Stroke Scale (NIHSS) é aplicada em nível hospitalar e avalia a gravidade e a evolução clínica do paciente com AVC, contemplando os itens: nível de consciência, melhor olhar conjugado, campos visuais, paralisia facial, membros superiores e inferiores, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria e negligência/ inatenção. Outros exames importantes: hemograma, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcialmente ativada, glicemia, sódio, potássio, creatinina. (CAREGNATO; ROLOFF; SAKAMOTO, 2019).

O tratamento é tempo dependente, sendo de extrema importância saber qual o horário do início dos sintomas. Estando o paciente no hospital, a abordagem inicial é a estabilização do paciente, com aferição de sinais vitais e glicemia capilar, já que alterações nesta última podem mimetizar sinais de AVC. A enfermeira fica responsável por puncionar dois acessos periféricos calibrosos, controlar os sinais vitais, evitando hipoxemia, tratando temperatura axilar de 37,5° C ou mais, prevenindo hipoglicemia ou hiperglicemia, controlar níveis de pressão arterial, coletar exames. A trombólise é indicada quando o início dos sintomas é de até 4:30 horas. (BRASIL, 2013).

Tendo a indicação da trombólise, o paciente deve estar em unidade de cuidado intensivo ou vascular: a alteplase será administrada, sendo que a dose é de 0,9 mg/kg e dose máxima de 90 mg, por via endovenosa, 10% em bolus e o restante em uma hora, interrompendo a infusão se anafilaxia ou suspeita de sangramento em local não compressível. As seguintes recomendações devem ser respeitadas nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico: não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral; manter jejum; não realizar cateterização central ou punção arterial, passagem de sonda nasoentérica. Manter hidratação com solução fisiológica, utilizar soro glicosado somente se hipoglicemia. O controle neurológico é contínuo, sendo a escala NIHSS aplicada de 15 em 15 minutos durante a infusão do trombolítico, de 30 em 30 minutos nas próximas

6 horas e após a cada seis horas até completar 24 horas. A pressão arterial é monitorada de 15 em 15 minutos nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até completar 24 horas, tendo como parâmetro valor menor ou igual a 180/105 mmHg. Após 24 horas: iniciar profilaxia para trombose venosa profunda e seguir o tratamento orientado para os pacientes que não receberam trombolítico: antiagregante plaquetário ou anticoagulante. (BRASIL, 2013).

Diagnósticos de enfermagem são o que tornam a enfermagem uma profissão singular, são julgamentos clínicos sobre uma resposta humana a condições de saúde/ processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Essas respostas são o centro de preocupações dos cuidados de enfermagem, sendo combustível para a realização do trabalho de tal profissão. Ainda, constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados, que são de responsabilidade do enfermeiro. É etapa integrante da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sendo imprescindível ao processo do cuidado em saúde organizado. (NANDA INTERNATIONAL, 2018).

Este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca do AVCi e do raciocínio crítico de enfermagem buscando identificar os diagnósticos de enfermagem predominantes na prática clínica para os pacientes que são acometidos por tal patologia.

Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram analisadas seis bibliografias sobre os temas AVCi e diagnósticos de enfermagem em pacientes acometidos por AVCi. A proposta indica os principais títulos dos possíveis diagnósticos de enfermagem que são identificados em pacientes com AVCi. Identificou-se dezessete diagnósticos de enfermagem.

A proposta apresentada indica os principais títulos dos possíveis diagnósticos de enfermagem utilizados para tratar complicações dos pacientes acometidos por AVCi, por meio da análise de sinais e sintomas citados na bibliografia pesquisada. Estes diagnósticos foram descritos e relacionados às complicações neurológicas. E são a base para elaboração de um plano de cuidados de enfermagem correspondente a tal acometimento. A referida proposta originou-se dos dados colhidos e relacionados de artigos e livros referentes a Cuidados de Enfermagem aos pacientes com AVCi e Diagnósticos de Enfermagem.

O raciocínio crítico é de extrema importância frente a prática clínica e isto fica mais evidente perante o cenário de uma pandemia. Tempo onde o trabalho da enfermagem fica em evidência, demonstrando que o raciocínio rápido, as necessidades de tomada de decisões em tempo hábil em conjunto com a sistematização da assistência de enfermagem colaboram para a prestação de cuidados de excelência aos pacientes acometidos por AVCi, inclusive em tempos de covid-19.

DESENVOLVIMENTO

A sistematização de enfermagem colabora para a organização da assistência

aos pacientes acometidos por AVC em tempos de covid-19, pois a pandemia emergiu necessidades organizacionais semelhantes às de tempos de guerra. Não por isso, os pacientes com diagnósticos diferentes de infecções por Sars-Cov-2 cessaram. Pacientes acometidos por problemas neurológicos, como AVCi, permanecem necessitando de cuidados de saúde.

Os diagnósticos de enfermagem predominantes relacionados ao AVCi são:

Domínio 1: Promoção da saúde. Classe 2: Controle da saúde. Proteção ineficaz: tendo como definição: diminuição na capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões. Características definidoras podendo ser: alteração na coagulação, inquietação, prejuízo neurossensorial. População em risco: extremos de idade. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Mecanismos de proteção e defesa estão alterados em pacientes acometidos pelo AVC, um exemplo disso é o reflexo de tosse, que não raro está prejudicado, favorecendo a expectoração inadequada. Alguns pacientes apresentam períodos de sialorreia, que associado a disfagia, pode vir a prejudicar o padrão respiratório do paciente.

Domínio 2: Nutrição. Classe 1: Ingestão. Deglutição prejudicada, definida como funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica. Características definidoras: primeiro estágio: oral: incapacidade de esvaziar a cavidade oral; segundo estágio: faríngeo: deglutição retardada e tosse; terceiro estágio: esofágico: dificuldade para deglutir. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A disfagia pode estar associada a ingesta diminuída de nutrientes, a desidratação, o que favorece quadros de desnutrição; e a broncoaspiração, o que pode favorecer a ocorrência de pneumonia. Daí a importância do monitoramento da ingesta alimentar, da necessidade de acompanhamento com profissional fonoaudiólogo, para trabalhar questões relacionadas a deglutição e prescrição de consistência de dieta adequada. Importância de monitorar a postura do paciente enquanto alimentações e em período aproximado de meia hora após as refeições, sendo que o paciente deve estar sentado, ou com a cabeceira da cama elevada 30° ou mais, e permanecer elevada meia hora após alimentar-se. Lembrando que a oferta de dieta via oral deve ocorrer se o paciente estiver alerta, bem acordado.

Domínio 2: Nutrição. Classe 4: metabolismo. Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico. Sendo definida como suscetibilidade a um agrupamento tóxico de fatores bioquímicos e fisiológicos associados ao desenvolvimento de doença cardiovascular decorrente de obesidade e diabetes tipo 2 que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: risco de glicemia instável. População de risco: história familiar de diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão, obesidade, idade maior que 30 anos. Condições associadas: pressão arterial instável. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A ocorrência do AVC é um fator estressante para o organismo, mecanismos reguladores podem ocasionar alterações na pressão arterial, especialmente no AVCi, é tolerado pressões arteriais mais elevadas, sendo que, para pacientes trombolizados, tolera-se valores pressóricos de 180/105 mmHg

a fim de favorecer a perfusão cerebral. Por ser um evento estressante, pode favorecer a ocorrência de níveis glicêmicos alterados, lembrando que tanto a hipoglicemia quanto a hiperglicemia são deletérias em quadros de AVC.

Domínio 3: Eliminação e troca. Classe 2: Função gastrointestinal. Risco de constipação, definido como suscetibilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes, que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: alteração dos hábitos alimentares, motilidade gastrointestinal diminuída, mudança ambiental recente, transtorno emocional. Condições associadas: prejuízo neurológico. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A constipação é algo que desfavorece o conforto do paciente, e na necessidade de realização de força para tentativas de evacuação: isto pode alterar os níveis pressóricos do paciente, o que pode não ser benéfico. Por isso a importância do monitoramento da frequência de evacuações, e se necessário, solicitar ao médico avaliação quanto a prescrição de laxante, a fim de favorecer tal quadro.

Domínio 4: Atividade e repouso. Classe 2: Atividade e exercício. Capacidade de transferência prejudicada. Definida como limitação de movimento independente entre duas superfícies próximas. Características definidoras: capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes. Fatores relacionados: conhecimento insuficiente sobre as técnicas de transferência; dor; equilíbrio prejudicado; força muscular insuficiente. Condições associadas: prejuízo musculoesquelético, prejuízo neuromuscular, visão prejudicada. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). O grau de dependência do paciente com AVC varia, mas, em pacientes que são acometidos com hemiplegia ou hemiparesia existe a necessidade de auxílio tanto para mobilizações no leito, quanto para transferência deste para poltrona, cadeira de rodas...

Domínio 4: Atividade e repouso. Classe 2: atividade e exercício. Deambulação prejudicada. Definida como limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente. Características definidoras: capacidade prejudicada de andar uma distância necessária. Fatores relacionados: dor força muscular insuficiente, medo de quedas. Condições associadas: equilíbrio prejudicado, prejuízo musculoesquelético, prejuízo neuromuscular, visão prejudicada. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A saída do leito deve ser acompanhada inicialmente. E ocorrer de maneira devagar, a fim de monitorar/ evitar hipotensão postural, assim como ocorrência de quedas.

Domínio 4: Atividade e repouso. Classe 2: atividade e exercício. Mobilidade prejudicada, definida como limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades. Características definidoras: alteração na marcha, instabilidade postural, movimentos espásticos, Fatores relacionados: ansiedade, controle muscular diminuído, força muscular diminuída, rigidez articular. Condições associadas: prejuízo musculoesquelético e/ou neuromuscular. Prejuízo sensorio-perceptivo. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). O paciente muitas vezes necessita de auxílio para mobilizar-se

no leito, a fim de evitar lesões por pressão, e a mobilização deve ser feita com auxílio de lençol móvel, a fim de evitar lesões por cisalhamento. Deve ser estimulada a mobilização, mesmo que passiva, do lado parético do corpo.

Domínio 4: Atividade e repouso. Classe 5: autocuidado. Disposição para melhora do autocuidado. Definido como padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde que pode ser melhorado. Características definidoras: expressa desejo de aumentar a independência na saúde, na vida, no bem-estar, no desenvolvimento pessoal, no conhecimento sobre estratégias de autocuidado, de melhorar o autocuidado. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Este é um diagnóstico tido como meta: favorecer o autocuidado do paciente, tendo como base o apoio psicológico e a educação em saúde.

Domínio 5: percepção/ cognição. Classe 1: atenção. Negligência unilateral, definido como prejuízo nas respostas sensorial e motora, nas representações mentais e na atenção espacial do corpo e do ambiente correspondente, caracterizado por desatenção a um dos lados e atenção excessiva ao lado oposto. A negligência do lado esquerdo é mais grave e persistente que a do lado direito. Características definidoras: hemiplegia do lado esquerdo decorrente de AVC, hemianopsia. Condição associada: lesão encefálica. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). O paciente com AVC muitas vezes necessita de auxílio para realização de suas atividades básicas de vida diária.

Domínio 5: percepção cognição. Classe 4: Cognição. Risco de confusão aguda, sendo a suscetibilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve e que podem comprometer a saúde. Fatores de risco: alteração no ciclo sono-vigília, mobilidade prejudicada, privação sensorial, retenção urinária, uso inadequado de contenção. População de risco: história de AVC, idade maior ou igual a 60 anos, sexo masculino. Condições associadas: *Delirium*. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Alguns pacientes desenvolvem quadros de confusão, por vezes acompanhados por agitação, que podem favorecer queda do leito ou da própria altura, assim como tracionamento de dispositivos, como acessos venosos, sonda nasoentérica ou vesical de demora: ocorrendo isso, há a necessidade de contenção mecânica. Os dispositivos médicos, contenção mecânica, ausência de contato com luz solar, o próprio ambiente hospitalar, ausência de familiar ou pessoa conhecida, pode favorecer a ocorrência de quadros confusionais. Sempre que possível, a utilização de manejo verbal, para orientar o paciente em tempo e em espaço é favorável para a resolução deste quadro, entretanto, por vezes, existe a necessidade de utilização de medicações.

Domínio 11: Segurança e proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de aspiração: suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: Motilidade gastrintestinal ineficaz, tosse ineficaz. Condições associadas: alimentação enteral, capacidade prejudicada para deglutir, nível de consciência diminuído. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). O risco de aspiração pode favorecer a ocorrência de pneumonia/

infecção.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de boca seca, sendo a suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: desidratação. Condições associadas: doenças sistêmicas, incapacidade de alimentar-se por via oral, oxigenoterapia. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Importante lembrar que quando paciente está em uso de oxigenoterapia: o frasco de umidificador deve ser preenchido com água destilada, a fim de evitar ressecamento de boca/ vias aéreas. Na ocorrência de ressecamento da boca: atentar higiene oral, atentar hidratação do paciente, e podemos utilizar triglicerídeos de cadeia média, a fim de favorecer a hidratação local.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Desobstrução ineficaz das vias aéreas. Sendo a incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída. Características definidoras: alteração no padrão respiratório, ausência de tosse, dificuldade para verbalizar, escarro em excesso, tosse ineficaz. Fatores relacionados: muco excessivo, secreções retidas. Condições associadas: exsudato nos alvéolos, prejuízo neuromuscular, presença de ia aérea artificial. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Monitorar necessidade de aspiração de vias aéreas, a fim de proporcionar higiene brônquica sempre que necessário, principalmente de pacientes traqueostomizados.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de integridade tissular prejudicada sendo a suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: Umidade, estado nutricional desequilibrado. População de risco: extremos de idade. Condições associadas: circulação prejudicada, mobilidade prejudicada. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A mobilidade prejudicada associa-se a este diagnóstico, podendo favorecer a ocorrência de lesão por pressão, o que é um evento adverso. Uma lesão por pressão pode evoluir para uma infecção sistêmica, o que ocasiona dano ao paciente, aumento do tempo e do custo da internação hospitalar e maior carga de trabalho para a equipe de saúde.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de quedas. Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde. Fatores de risco: alteração na glicemia sanguínea, ausência de sono, dificuldades na marcha, incontinência, mobilidade prejudicada, urgência urinária. População em risco: história de quedas, idade maior ou igual a 65 anos. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). A mobilidade prejudicada associa-se a este diagnóstico, assim como o risco de sangramentos. Quedas devem ser evitadas a todo custo. Uma queda pode ser algo fatal.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de sangramento. Suscetibilidade redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde. Fator de risco: conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento. População de risco:

história de quedas. Condições associadas: Coagulação intravascular disseminada, regime terapêutico. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Dependendo da etiologia do AVC, se for fibrilação atrial por exemplo, este paciente deverá ser anticoagulado. E: orientado quanto ao risco de sangramento.

Domínio 11: Segurança/ proteção. Classe 2: Lesão física. Risco de tromboembolismo venoso. Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: desidratação, mobilidade prejudicada, obesidade. Populações de risco: admissão em unidade de terapia intensiva, tabagista atual, história anterior de tromboembolismo venoso, história de AVC, idade maior que 60 anos. Condições associadas: AVC. Uso de contraceptivos contendo estrogênio. Uso de terapias de reposição hormonal. (NANDA INTERNATIONAL, 2018). Por isso a orientação de iniciar profilaxia para trombose venosa profunda até o segundo dia do ictus.

A aplicabilidade do raciocínio crítico no desenvolvimento das atividades diárias do enfermeiro proporciona credibilidade ao trabalho desenvolvido, bem como uma assistência eficaz, planejada e embasada em métodos e evidências científicas.

A aplicação da SAE proporciona a possibilidade de o enfermeiro prestar um cuidado individualizado, atendendo às necessidades humanas básicas do cliente. Além disso, pode nortear a tomada de decisões em diferentes situações vivenciadas pelo enfermeiro como gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Através da SAE há a possibilidade de ações sistematizadas e inter-relacionadas, viabilizando a organização do cuidado de enfermagem. A SAE é dirigida à resolução de problemas/atendimento das necessidades básicas afetadas, atentando para as necessidades de cuidados de saúde/enfermagem de cada indivíduo. É uma ferramenta importante e de responsabilidade restrita do enfermeiro, sendo uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem; é um instrumento importante no desempenho do papel do enfermeiro em busca de autonomia.

A Resolução COFEN n 358/2009, que 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. Esse documento revoga a Resolução COFEN n 272/2002 e estabelece que a SAE é responsável pela organização do processo de trabalho da enfermagem, considerando método, pessoal e instrumentos, tornando possível o Processo de Enfermagem, que é apresentado como uma ferramenta metodológica orientadora do cuidado de enfermagem, formado pelas seguintes etapas: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, concomitante ao cenário da pandemia pelo coronavírus, permanecem as necessidades de cuidados aos pacientes acometidos por AVCi.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem em pacientes acometidos por AVCi é prática que visa a individualização e especificidade do cuidado de saúde. Utilizar os diagnósticos de enfermagem e traçar o plano de cuidados busca antecipar, prevenir e tratar as possíveis complicações neurológicas embasados em conhecimentos científicos. Conhecer as complicações que os pacientes podem desenvolver ajuda-nos a proporcionar alternativas eficazes de cuidados.

Os diagnósticos de enfermagem se relacionam. Percebe-se que as principais complicações relacionadas ao AVCi são muitas vezes a incapacidade para retornar às suas atividades básicas de vida diária. Quando alteração da deglutição, existe o risco de nutrição desequilibrada relacionada a ingesta diminuída de nutrientes, assim como o risco de broncoaspiração. A mobilidade prejudicada pode favorecer a ocorrência de tromboembolismo venoso, o risco de quedas (este pode favorecer o risco para constipação).

Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes para os pacientes acometidos por AVCi relacionam-se com os fatores de risco para ocorrência desta patologia, já que nas condições associadas dos diagnósticos selecionados destacam-se extremos de idade, pressão arterial instável, uso de terapias hormonais.

Chama atenção a predominância do domínio 11: Segurança/ proteção, corroborando a importância da cultura atual que preza a segurança dos pacientes, por meio de registros e protocolos institucionais.

Diante dos sinais, sintomas e diagnósticos de enfermagem estabelecidos buscou-se refletir sobre o plano de cuidados e a prática clínica, tendo em vista que o processo de enfermagem visa auxiliar o enfermeiro a sistematizar o cuidado, conhecer os reais problemas e riscos que o paciente pode apresentar e, frente a essa descoberta, buscar a individualização do cuidado e a credibilidade ao trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S. de; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.58, n.3, p. 261-5, maio-jun. 2005.

BRASIL. Ministério da saúde **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: 2013.

BRASIL. **Resolução Cofen 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 27 . 2021

CAREGNATO, R. C. A.; ROLOFF, A.; SAKAMOTO, V. T. M. (Org.). **Assistência de enfermagem ao paciente neurológico**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

NANDA INTERNATIONAL. Tradução: Regina machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SANTOS, M. N. dos, MEDEIROS, R. M., SOARES, O. M. (Ed.). **Emergência e cuidados críticos para enfermagem: conhecimentos- habilidades- atitudes**. Porto Alegre: Moriá, 2018.

CAPÍTULO 9

TRAJETÓRIA HOSPITALAR DEVIDO À INFECÇÃO POR *Pseudomonas aeruginosa*: DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/06/2022

Ana Paula Medeiros

<http://lattes.cnpq.br/6212112741299362>

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria gram-negativa responsável por elevados índices de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). É um patógeno oportunista, de ambiente hospitalar e com alta capacidade de desenvolver resistência à antibacterianos, dificultando a sua erradicação e mantendo índices elevados de mortalidade e morbidade. Mais de 70% das infecções por *P. aeruginosa* são nosocomiais. O paciente infectado demanda um olhar ampliado baseado na integralidade e humanização do cuidado em saúde, a submissão à precaução por contato e a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual pela equipe multiprofissional. A depender do tempo de hospitalização e do prognóstico, inúmeras complicações podem surgir, como o desenvolvimento de Lesão por Pressão (LPP), desnutrição, dificuldades motoras, isolamento social, deliriums e demais alterações psico-cognitivas, etc.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

No mês de Junho de 2021, na disciplina de Doenças Transmissíveis do curso de graduação em enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista, foi realizado o estágio da prática profissional e desenvolvido o processo de enfermagem (PE) a um paciente colonizado por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. Frente à demanda assistencial e a busca pelo cuidado integral e humanizado, a estudante acompanhou sua trajetória de hospitalização, desenvolveu o PE e orientou familiares e equipe multiprofissional sob supervisão de professores responsáveis. Posteriormente elaborou-se um estudo de caso para explanação dos conteúdos apreendidos aos demais discentes e docentes que compunham a disciplina. As temáticas investigadas foram: monitoramento epidemiológico e elaboração de intervenções contra IRAS no serviço hospitalar, e assistência integral e humanizada ao paciente e seus familiares.

RESULTADOS

Mediante estudo de prontuário hospitalar, coleta de história clínica e realização de exame físico, foi possível identificar as principais necessidades básicas de saúde e elencar diagnósticos de enfermagem, planejamento e intervenções. Utilizou-se a bibliografia NANDA-I, sendo o principal diagnóstico de enfermagem

“Síndrome do idoso frágil, definido por isolamento social, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais, relacionado a fraqueza muscular, medo de queda, baixo nível educacional, caracterizado por ser desfavorecido economicamente, hospitalização prolongada, idade > 70 anos, anorexia”. Conforme descrito em “Classificação dos Resultados em Enfermagem (NOC)”, esperou-se atingir: autocuidado para atividades da vida diária, definido pela capacidade de desempenhar as tarefas físicas básicas e as atividades do cuidado pessoal de forma independente, com ou sem dispositivos auxiliares; bem-estar familiar, definido pelo ambiente de apoio conforme relações e metas dos membros da família. Baseando-se em “Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)”, admitiram-se como prescrições de enfermagem: terapia e monitorização nutricional, monitorização de sinais vitais, treino auxiliado para fortalecimento muscular, promoção do vínculo profissional-paciente-familiar, apoio familiar, musicoterapia, manter grades da cama elevadas, controle da infecção, mudança de decúbito a cada 2h conforme necessidades (CN), cuidados tópicos, precauções circulatórias, curativo CN, atenção ao posicionamento no leito de modo a evitar formação de demais LPPs.

RECOMENDAÇÕES

O estudo desenvolvido contribuiu para a elucidação de conceitos fisiopatológicos do caso clínico, possibilitou maior compreensão acerca da incidência e prejuízos associado às IRAs e destacou a importância de estabelecer o levantamento das demandas biopsicossociais dos pacientes e de seus familiares para conhecimento e planejamento de intervenções que contemplem a integralidade do cuidado em saúde. O estudo também proporcionou maior compreensão acerca das dificuldades administrativas e sobrecarga de funções da equipe de enfermagem, que impedem a execução de uma assistência de excelência contínua à todos os pacientes. Dessa forma, espera-se que tais demandas sejam consideradas como um fator definidor para a tomada de quaisquer decisões relacionadas à gestão hospitalar, as quais só podem ser elucidadas por profissionais de enfermagem que acompanhem a rotina.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização. Humanização da Assistência. Infecções por Pseudomonas. Processo de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

XII BIENAL DE ENFERMAGEM, 2021, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Pseudomonas aeruginosa multiresistente: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos [...]. [S. l.: s. n.], 2013. São Paulo: Elsevier, 2016. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Ligações; NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CAPÍTULO 10

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 02/05/2022

José Ricardo Lucas de Castro Junior

Enfermeiro. Pós graduando em Enfermagem
Obstétrica e Ginecológica – Centro
Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9050477261249666>

Amanda Maria Pereira de Menezes

Enfermeira (Centro Universitário Estácio do
Ceará)
Fortaleza – Ceará.

Máguida Gomes da Silva

Doutora em Enfermagem – UFC. Mestre
em Cuidados Clínicos e Saúde – UECE.
Enfermeira Universidade Federal do Ceará
– Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem – Departamento de Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-6169-1042>

Ana Karine Mesquita de Sousa

Enfermeira (Centro Universitário Estácio do
Ceará)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5146565718236944>

João Paulo Fernandes de Souza

Mestre e Doutorando em Ciências
Morfofuncionais pela Universidade Federal do
Ceará – UFC. Enfermeiro (Centro Universitário
Estácio do Ceará)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3625922051922305>

Ana Carolina Farias da Rocha

Enfermeira (UFC). Especialista em
Enfermagem em Saúde da Mulher e Obstetrícia
(UECE/4 Saberes). Mestranda em Saúde
Pública (Funiber)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9616735077789449>

Almir Rogério Rabelo da Silva

Enfermeiro. Especialista em Urgência e
Emergência e UTI (FAVENI)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5226922467141243>

Jose Luis da Luz Gomes

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do
Trabalho e Gestão em Segurança do Trabalho
(FACULESTE)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7554243950579454>

Dayane Estephne Matos de Souza

Enfermeira
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1253787621218034>

Maria das Graças Celestino Silva

Enfermeira (Centro Universitário Estácio do
Ceará). Pós graduando em Enfermagem
Obstétrica e Ginecológica – Centro
Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3113056556198757>

Cristina Costa Bessa

Mestra em Enfermagem (UFC). Enfermeira
(Faculdade Nordeste/DeVry). Doutoranda
em Enfermagem (UFC). Docente em Centro
Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-0238-5453>

RESUMO: Introdução: A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição. Na CME, destaca-se a importância do profissional Enfermeiro, pois o mesmo faz o controle de qualidade rigoroso do processo a ser seguido e assim garantir a qualidade da esterilização. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem na Central de Material Esterilizado de um hospital público. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em novembro de 2018, em um hospital público de Maracanaú-Ceará, desenvolvido durante a disciplina de Ensino Clínico em Cirurgia Prática, de Instituição de Ensino Superior Privada do Ceará. Foram respeitados os aspectos éticos, conforme a resolução 466/12. **Resultados:** Percebeu-se através da prática que a CME é considerada o coração do hospital, pois todo o material que precisa ser esterilizado deve passar pela mesma e que caso ocorra falhas no processo de esterilização pode trazer sérios agravos, tanto para o paciente como para o hospital. Após a lavagem dos instrumentais, obteve-se a oportunidade de inspecionar e separá-los, observando a ausência de ferrugem e sujidade. Logo após foi feita a embalagem dos materiais em manta de SMS e colocado a fita teste, de modo a lacrar o pacote. Identificou-se uma etiqueta que continha a data da embalagem, produto e nome do profissional, para assim encaminhá-los para a esterilização. Observou-se que por ser um ambiente fechado, a CME pode ser um fator estressor para os profissionais e isso também foi observado e vivenciado pelos acadêmicos de Enfermagem envolvidos no estudo, pois muitas das vezes havia falha na comunicação entre os funcionários do setor. Dessa forma, isso gerava um certo conflito entre os funcionários, especialmente, entre os técnicos de enfermagem. Notou-se ainda a força e autonomia da Enfermagem nessa área de atuação do profissional. **Considerações Finais:** Toda a experiência foi bastante enriquecedora e gratificante, tendo contribuído para o desenvolvimento e reflexão dos acadêmicos. Percebeu-se também a sobrecarga do profissional enfermeiro no sistema público, relacionado às atribuições de sua rotina, pois o mesmo muitas das vezes fica responsável pela CME e Centro Cirúrgico, onde o indicado seria um profissional para cada um dos setores mencionados.

PALAVRAS-CHAVE: Esterilização, Centro Cirúrgico, Controle de Qualidade. Enfermagem.

ABSTRACT: Introduction: The Material and Sterilization Center (MSC) is a technical support unit within the health establishment intended to receive material considered dirty and contaminated, decontaminate them, prepare and sterilize them, as well as prepare and sterilize the clean clothes from the laundry and store these items for future distribution. At MSC, the importance of the professional Nurse is highlighted, as he/she performs the strict quality control of the process to be followed and thus guarantees the quality of sterilization. **Objective:** To report the experience of nursing students at the Sterilized Material Center of a public hospital. **Methodology:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, of the experience report type, carried out in November 2018, in a public hospital in Maracanaú-Ceará, developed during the discipline of Clinical Teaching in Practical Surgery, of a Teaching Institution Superior Private of Ceará. Ethical aspects were respected, according to resolution 466/12. **Results:** It was noticed through the practice that the MSC is considered the heart of

the hospital, because all the material that needs to be sterilized must go through it and that if there are failures in the sterilization process it can bring serious harm to both the patient and the patient. the hospital. After washing the instruments, we had the opportunity to inspect and separate them, observing the absence of rust and dirt. Soon after, the materials were packed in SMS blanket and the test tape was placed, in order to seal the package. A label was identified that contained the date of packaging, product and name of the professional, in order to send them for sterilization. It was observed that because it is a closed environment, the MSC can be a stressor for professionals and this was also observed and experienced by the Nursing students involved in the study, as there was often a failure in communication between the sector's employees. Thus, this generated a certain conflict among the employees, especially among the nursing technicians. It was also noted the strength and autonomy of Nursing in this area of professional activity. **Final Considerations:** The whole experience was very enriching and rewarding, having contributed to the development and reflection of the academics. It was also noticed the overload of the professional nurse in the public system, related to their routine attributions, as they are often responsible for the MSC and the Surgical Center, where the indicated would be a professional for each of the mentioned sectors.

KEYWORDS: Sterilization, Surgical Center, Quality Control. Nursing.

INTRODUÇÃO

Este estudo foi criado para relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem em um hospital público no município de Maracanaú-Ceará. A experiência foi vivenciada por acadêmicos de Enfermagem que estavam em campo de estágio curricular obrigatório da disciplina de Ensino Clínico em Cirurgia Prática de Instituição de Ensino Superior Privada do Ceará, com campus na capital, Fortaleza-Ceará.

A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a: I) receber material considerado sujo e contaminado; II) descontaminar, preparar e esterilizar esses materiais; III) preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia; IV) e armazenar esses artigos para futura distribuição. Na CME, destaca-se a importância do profissional Enfermeiro, pois ele faz o controle de qualidade rigoroso do processo a ser seguido e assim garantir a qualidade da esterilização (LEITE, 2008).

Acredita-se que a CME, seja um ambiente com uma complexidade que favorece a exposição do trabalhador a riscos, considerando que o sujeito trabalha em contato com fluidos orgânicos, calor e substâncias químicas decorrentes de processos químicos e térmicos de desinfecção e esterilização, em ambiente confinado, sob rotinas monótonas e/ou exaustivas e não raramente insuficiente em recursos materiais e humanos (ESPINDOLA; FONTANA, 2012).

O desenvolvimento do serviço de enfermagem no âmbito da CME é extremamente complexo, devido ao acúmulo das características técnico-assistenciais. Citam-se como exemplos: o serviço de gestão de pessoas, as atividades privativas do setor, as atividades

da área física, o manuseio das tecnologias e as habilidades de detectar as necessidades de outras áreas. Ademais, a intercomunicação é essencial e imprescindível na equipe de enfermagem para o desenvolvimento de práticas seguras de trabalho. Assim, os profissionais devem realizar papéis de complementação, compartilhando conhecimentos e atribuições para resolução de problemas que possam surgir, além das tomadas de decisões nos momentos adequados (OURIQUES; MACHADO, 2013).

A Resolução n. 424/2012, do Conselho Federal de Enfermagem, afirma que ao enfermeiro da CME compete exercer atribuições necessárias para planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, tais como limpeza, desinfecção, embalagem, esterilização e armazenamento dos artigos médico-hospitalares, bem como o fluxo de recebimento e entrega de materiais (COFEN, 2012).

Assim, sempre que houver uma equipe de enfermagem na CME, será conduzida por um profissional enfermeiro, para o qual deve se destaca a competência em dominar os detalhes, as obrigações e as necessidades no uso de materiais médicos-cirúrgicos. A responsabilidade do serviço do enfermeiro e habilidade gerencial de uma CME necessitam ser sempre reconhecidas pelos demais profissionais, pois apesar do reconhecimento da importância da CME para realizar as atividades hospitalares, ainda há grandes dificuldades de identificar a especificidade do profissional enfermeiro no setor (SANCHEZ *et al.*, 2018).

Nesse contexto, em reconhecimento da importância do setor que realizávamos a prática de estágio, bem como, do papel do enfermeiro neste setor, objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na Central de Material Esterilizado de um hospital público.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em novembro de 2018, em um hospital público de Maracanaú-Ceará, desenvolvido durante a disciplina de Ensino Clínico em Cirurgia Prática de Instituição de Ensino Superior do Curso de Graduação em Enfermagem.

Destaca-se que foram utilizados literatura pertinente das bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde e do Ministério da Saúde. Cita-se ainda que foram respeitados os aspectos éticos, conforme a resolução 466/12 (BRASIL, 2012), ainda que o estudo não tenha obrigatoriedade de aprovação do comitê de ética em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em prática curricular os acadêmicos realizaram lavagem dos instrumentais, obteve-se a oportunidade de inspecionar e separá-los, observando a ausência de ferrugem e sujidade. Logo após foi feita a embalagem dos materiais em manta de SMS e colocado a

fita teste, de modo a lacrar o pacote. Identificou-se uma etiqueta que continha a data da embalagem, produto e nome do profissional, para assim encaminhá-los para a esterilização.

Percebeu-se através da prática que a CME é considerada o coração do hospital, pois todo o material que precisa ser esterilizado deve passar por ela. Além disso, caso ocorra falhas nesse processo, sérios agravos ocorre ao paciente e ao hospital.

Destaca-se ainda que a comunicação entre Enfermeiro e técnicos de Enfermagem na CME deve ser clara e objetiva, a fim de evitar erros e garantir um bom funcionamento do setor e do trabalho desenvolvido.

A CME por ser um ambiente confinado, pode ser um fator estressor para os profissionais e isso foi vivenciado pelos acadêmicos de Enfermagem envolvidos neste relato de experiência. Observou-se que muitas vezes havia falha na comunicação entre os técnicos e isso gerava conflito entre eles.

Observou-se também a carência de capacitação sobre os processos de esterilização, pois mesmo o serviço que realizassem fossem de repetição diária, sabe-se que surgem novas tecnologias e conseqüentemente dúvidas. Pode-se perceber a relevância do papel do Enfermeiro na CME e sua importância na rotina, na execução dos procedimentos e no sanar de dúvidas. Ademais, destaca-se a força e autonomia da Enfermagem nessa área.

Diante do exposto, cita-se a importância da educação continuada para profissionais, seja por meio do enfermeiro enquanto educador ou por convocação externa ao setor (BEZERRA *et al.*, 2012).

A educação continuada é uma ferramenta essencial com a finalidade de melhorar o desempenho profissional que, se conduzida como um processo permanente, possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação (BEZERRA *et al.*, 2012).

As instituições de saúde e os serviços de enfermagem estão em constantes modificações na tentativa de se adaptarem a essa realidade, buscando a educação continuada como componente essencial no desenvolvimento de pessoas, que como capital humano intelectual, deve ser objeto de análises permanentes de suas necessidades com vistas a mudanças e melhorias nos processos de trabalho para que a assistência aos clientes alcance níveis satisfatórios de qualidade (BEZERRA *et al.*, 2012).

Pode-se afirmar que o CME se configura como uma unidade que tem um processo de trabalho diferente e uma área de atuação específica para o enfermeiro que, utilizando uma série de conhecimentos científicos e tecnológicos para a coordenação do trabalho, busca um entrosamento com as unidades consumidoras e com as unidades de apoio da instituição hospitalar, caracterizando uma relação de interdependência (GIL; CAMELO; LAUS, 2013).

Imai (2003) ressalta que as pessoas são a matéria-prima mais importante e que o ritmo acelerado de trabalho e o esforço físico constante numa CME tendem a desanimar

os trabalhadores e, conseqüentemente, levar a produção precária, se a motivação e o reconhecimento de seus esforços não forem considerados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência foi enriquecedora e gratificante, tendo contribuído para nosso desenvolvimento enquanto acadêmicos e futuros enfermeiros. Através deste estudo percebeu-se que pode existir uma sobrecarga do profissional Enfermeiro de campo cirúrgico, relacionado ao acúmulo de atribuições, pois ele muitas vezes fica responsável pela CME e Centro Cirúrgico, em decorrência da falta de recursos humanos, onde o correto no dimensionamento profissional seria um enfermeiro para cada um dos setores mencionados.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. L. Q. et al. Processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletrônica Enferm.** v.14, n. 3, p. 618-25, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº. 424/2012.** Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para a saúde. Brasília (DF): COFEN, 2012.

ESPINDOLA, M. C. G.; FONTANA, R. T. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v. 33, n. 1, p. 116-23, mar. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rosane_Fontana/publication/228080163_Occupational_risks_and_self-care_mechanisms_used_by_the_sterilization_and_materials_processing_department_workers/links/546dee190cf23fe753da40f0.pdf. Acesso em: 23 nov. 2018.

GIL, R. F.; CAMELO, S. H; LAUS, A. M. Atividades de Enfermagem do Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 927-934, dezembro de 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400008. Acesso em 23 nov. 2018.

IMAI, M.T. Satisfação dos clientes e funcionários da central de materiais e esterilização. **RAS.** v. 5, n. 19, p. 5-16, 2003. Disponível em: <http://www.nascecme.com.br/artigos/Texto%20Satisfacao%20dos%20clientes.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

LEITE, F. B. **Central de material esterilizado:** projeto de reestruturação e ampliação do hospital regional de Francisco Sá [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_CME_flavia_leite.pdf. Acesso em: 23 nov. 2018.

OURIQUES, C. M.; MACHADO, M. E. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. **Texto Contexto Enferm.** v. 22, n. 3, p. 695-703, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a16.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

SANCHEZ, M. L. et al. Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e6530015, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100306&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de nov. de 2018.

GABINETE PARA DESINFECÇÃO DE PAPÉIS ATRAVÉS DE LUZ ULTRAVIOLETA EM AMBIENTES HOSPITALARES

Data de aceite: 01/06/2022

Rosiéllen Sanávio Sene de Oliveira

Graduanda em Sistemas Biomédicos pela Fatec Bauru

Michele Cristina Batiston

Tecnóloga em saúde pela FATEC Sorocaba, Especialista em Engenharia Clínica pela UNICAMP, Mestre em Ciências área Pesquisa Clínica pela Faculdade de Medicina – UNESP compus Botucatu e Docente na Fatec Bauru

José Rodrigo de Oliveira

Engenheiro Eletricista pela UNIMAR, Especialista em Engenharia Clínica pela UNICAMP, Mestre em Engenharia Elétrica - Automação pela Faculdade de Engenharia de Bauru - UNESP campus Bauru e docente na Fatec Bauru

RESUMO: Em virtude da pandemia, a busca por novas tecnologias que atuam na eliminação de microrganismos, sejam bactérias, fungos ou vírus, tem ganhado espaço em meio ao cenário em que vivemos atualmente. Este artigo tem como objetivo desenvolver um gabinete de controle automatizado através da plataforma de prototipagem do tipo Arduíno para desinfecção de papéis que circulam dentro e fora do ambiente hospitalar, através de luz ultravioleta do tipo C (UV-C), a fim de diminuir a ploriferação de microrganismos contaminantes e potencialmente nocivos à saúde humana, haja vista que alguns trabalhos demonstram a eficácia dessa tecnologia no processo de desinfecção, os quais foram

utilizados para o desenvolvimento e comparativo no presente artigo. Através dos dados coletados, constatamos que a utilização da luz UV-C com comprimento de onda de 254 nm à 6,5 cm de distância do papel pelo tempo de exposição de 1 segundo é eficaz na desinfecção desse, além de se tratar de uma tecnologia promissora no mundo moderno, levando em consideração a extrema necessidade de obter, cada vez mais inovações que sejam eficientes na eliminação de todo e qualquer tipo de microrganismo nocivo à saúde humana. Com este equipamento desenvolvido e implementado espera-se que a ploriferação de microrganismos nocivos à saúde humana diminua consideravelmente trazendo segurança ao manuseio de papéis de fora para dentro de hospitais e vice-versa.

PALAVRAS-CHAVE: Luz ultravioleta C. Desinfecção por Luz UVC. Arduíno.

CABIN FOR DISINFECTION PAPERS THROUGH ULTRAVIOLET LIGHT IN HOSPITAL ENVIRONMENTS

ABSTRACT: Due to the pandemic, the search for new technologies that act in the elimination of microorganisms, whether bacteria, fungi or viruses, has gained ground in the midst of the scenario in which we currently live. This article aims to develop an automated control cabinet through the Arduino type prototyping platform for disinfection of papers that circulate outside and inside the hospital environment, using type C ultraviolet light (UV-C), in order to reduce the proliferation of contaminating microorganisms potentially harmful to human health, given that

some studies demonstrate the effectiveness of this technology in the disinfection process, which were used for the development and comparison in this article. Through the collected data, we found that the use of UV-C light with a wavelength of 254 nm at a distance of 6.5 cm from the paper for an exposure time of 1 second is effective in disinfecting the paper, in addition to being a technology promising in the modern world, taking into account the extreme need to obtain more and more innovations that are efficient in eliminating any type of microorganism harmful to human health. With this equipment developed and implemented, it is expected that the proliferation of microorganisms harmful to human health will decrease considerably, bringing safety when handling papers from outside to inside hospitals and vice versa.

KEYWORDS: UV light. Papers. Sterilization. Desinfection. Hospitals.

1 | INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado por um vírus, chamado cientificamente de *Sars-Cov-2*, popularmente conhecido como Coronavírus. Em 2021, após um ano de pandemia, a população brasileira começa a ser imunizada contra esse vírus. Atualmente contabilizando pouco mais de 500 mil mortes no país (CORONAVÍRUS BRASIL, 2021), a busca por novas tecnologias que atuam na proteção contra microrganismos causadores de doenças está cada vez mais presente nos meios acadêmicos e científicos. Grandes inovações surgiram nesse período, pesquisadores de todo o mundo embarcaram em uma mesma missão, a busca pela cura e proteção contra o novo Coronavírus.

Nos últimos dois anos, em virtude da pandemia, surgiram inúmeras tecnologias que atuam na desinfecção e esterilização de produtos, objetos e ambientes, dentre elas se destaca a luz ultravioleta. Apesar de causar danos aos tecidos humanos se exposta diretamente à pele e aos olhos, a luz ultravioleta é considerada segura quando manuseada corretamente com a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) necessários, além de não causar danos à objetos eletrônicos e nem a outro tipo de objeto que venha a ter contato direto com essa luz.

A luz Ultravioleta do tipo-C (UV-C), atuando no comprimento de onda à 254 nanômetros (nm), torna-se uma germicida, isto é, eficaz na eliminação de microrganismos como germes, bactérias e vírus (BILOTTA, DANIEL, 2012).

Pelo fato da luz nesse comprimento de onda (que varia de 210 a 330 nm) ser absorvida mais facilmente pelas proteínas e ácidos nucleicos, o rompimento de sua membrana plasmática e mutações genéticas são inevitáveis resultando na morte celular (CARDOSO, 2007).

O objetivo do presente artigo é desenvolver um gabinete para desinfecção de papéis, sendo o mesmo dotado de 2 lâmpadas ultravioletas do tipo C, com comprimento de onda de 254 nm, potência de 15 watts (W), alocado à 6,5 centímetros (cm) de distância da gaveta que acondiciona o papel, atuando por 1 segundo (s), com acionamento e desligamento automático controlado por plataforma de prototipagem do tipo Arduino, seguindo como base alguns projetos já testados e validados, e que serão utilizados como comparador do

projeto desenvolvido nesse artigo.

A motivação do desenvolvimento do projeto surgiu após visita a uma farmácia de manipulação na cidade de Bauru que implementou em sua entrada uma mesa com uma gaveta em que o profissional insere a receita médica do cliente, essa é exposta a luz UV-C por um período de tempo para desinfecção e após esse procedimento pode ser entregue ao atendente do estabelecimento.

O resultado obtido através de bases científicas destacadas em artigos acadêmicos citados e referenciados nesta pesquisa atendem às expectativas, a inativação de microrganismos pela luz ultravioleta germicida, e resultou em 99,9% de eficácia a uma distância média de 50 cm do objeto por cinco minutos, segundo Laboratório de virologia (2020).

De acordo com o LAUDO Radiométrico (2020), do equipamento Esterilizador manual modelo *Sterilight Hand*, o qual foi utilizado como base para o referido projeto, para inativar 90% do vírus SARS-Cov-2 é necessária uma densidade de potência mínima de 3,7 mJ/cm², a uma distância entre fonte e objeto de 5 cm por 0,33 segundos de exposição, ou por 0,66 segundos de exposição a uma distância de 10 cm entre fonte e objeto.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A utilização da luz ultravioleta

Atualmente hospitais, farmácias, indústria alimentícia e outros locais que possuem risco de contaminação tem utilizado recursos relacionados à luz UV-C com a finalidade de eliminar microrganismos causadores de doenças de equipamentos, água, etc. Com o novo Coronavírus essa demanda por novas tecnologias tem aumentado consideravelmente (BOIGUES et al. 2021)

Podemos citar alguns equipamentos já em validação nesses ambientes com tecnologias similares, como: rodo com luz ultravioleta para desinfecção do solo (SINTRA, 2020), e câmara de radiação UV-C para desinfecção de objetos (BOIGUES et al. 2021).

Devido ao seu comprimento de onda, a luz UV-C é absorvida pelas proteínas e ácidos nucleicos RNA e DNA, que levam ao rompimento da membrana celular resultando na morte da célula e ao mesmo tempo, alteram seu material genético tornando-a estéril, impedindo assim sua reprodução (ARANTES; LIPOMANN, 2011).

Os microrganismos atingidos pela radiação UV sofrem modificação no DNA ou RNA, pela formação de dímeros de pirimidina, que formados entre moléculas adjacentes, podem interromper a replicação ou a transcrição levando à morte da bactéria, como ilustrada na figura 1 (UEKI et al. 2006).

A luz ultravioleta tem se mostrado uma tecnologia bastante eficaz, porém requerer cuidados específicos para seu manuseio devido aos riscos que pode trazer à humanos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIASANITÁRIA, 2020).

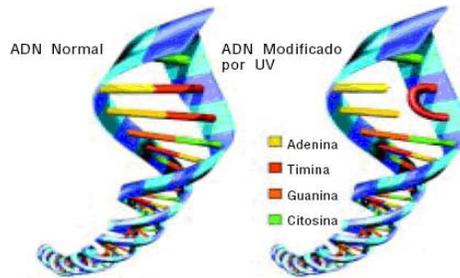


Figura 1 – Modificação do DNA pela luz UV-C

Fonte: Portal tratamento de água, 2021.

Tendo em vista a ação germicida da luz ultravioleta na qual penetra o DNA da célula, a mesma ação se aplica às células humanas, ou seja, ao atingir camadas tão profundas das células, podem sofrer dos efeitos adversos associados à aplicação da luz ultravioleta que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pele e olhos são os órgãos mais afetados, os efeitos variam se a exposição for aguda (curto prazo) ou crônica (longo prazo), lesões dérmicas vão desde envelhecimento da pele até melanoma (câncer de pele), já as lesões oculares vão de inflamações conjuntivas até degeneração da retina e cegueira (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

Para impedir tais danos, devemos adotar algumas medidas preventivas ao manusear a luz UV-C, como: não olhar nem expor a pele diretamente à fonte de luz. Sendo assim tal procedimento não é seguro para desinfecção de mãos ou outros membros (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020).

3 | MATERIAIS E MÉTODO

Para o desenvolvimento desse trabalho, buscou-se nas bases científicas como Scielo, Google Acadêmico e alguns artigos já desenvolvidos por outros graduandos do curso de Tecnologia em sistemas Biomédicos, com a finalidade de provar o que já havia de contribuição na área.

Verificou-se que alguns artigos evidenciaram o uso da UV-C nos processos de desinfecção, para algumas finalidades que não a desinfecção de papéis, sendo o único modelo encontrado para esse fim foi em uma farmácia de manipulação já citada anteriormente.

Sendo assim o projeto do gabinete foi desenvolvido em três etapas:

- a) Levantamento dos tipos de lâmpada UV-C, tal como suas especificações, já utilizadas para desinfecção em outros projetos já testados e validados;
- b) O teste do projeto eletrônico através do simulador Tinkercad, disponível na internet;
- c) Confecção do protótipo Gabinete de desinfecção UV-C completo, com os custos

do projeto;

d) Tabela com os valores dos materiais utilizados na confecção do gabinete.

3.1 Levantamento dos tipos de lâmpada UV-C

Neste projeto utilizamos a lâmpada ultravioleta do tipo C, com comprimento de onda de 254 nm, com 15 W de potência, lâmpada similar a utilizada no projeto Esterilizador manual modelo *Sterilight Hand*, que foi testado através de LAUDO Radiométrico (2020), de onde obtivemos a fórmula para o cálculo do tempo de exposição considerando a distância de 6,5cm, conforme ilustrada abaixo:

$$t = \frac{DE}{DP}$$

onde:

- **t** - Tempo de exposição a fonte de radiação em segundos (s);
- **DE** - Densidade de energia em milijoules por centímetro quadrado (mJ/cm²);
- **DP** – Densidade de potência em miliwatts por centímetro quadrado (mW/cm²).

Em virtude da concepção física do projeto do gabinete, considerou-se a irradiação incidindo sobre o papel à uma distância de 6,5cm, segundo o referido LAUDO Radiométrico, a densidade de energia da lâmpada a essa distância será de 8,88 mW/cm², utilizando a densidade de energia mínima indicada para o vírus de 3,7 mJ/cm², encontrou-se como resultado o tempo de exposição de 0,42 s, para inativação de 90%, conforme ilustrado na explanação da fórmula abaixo.

$$t = \frac{DE}{DP} \longrightarrow t = \frac{3,7}{8,88} \longrightarrow t = 0,42 \text{ s}$$

Seguindo orientações do referido LAUDO Radiométrico, para melhorar o percentual de inativação, mais próximo ao 99,99% de inativação considerou-se o tempo de exposição do objeto para 1 segundo, mais que o dobro do calculado. Em virtude da impossibilidade de proceder-se aos testes microbiológicos de inativação por indisponibilidade de laboratório de microbiologia adequado para tal teste virucida.

3.2 Projeto eletrônico do gabinete

Para a teste e validação do projeto eletrônico utilizamos o programa de simulação denominado Tinkercad, de acordo com a figura 2, verificamos o uso da plataforma de prototipagem arduino para o controle de acionamento das lâmpadas germicidas, o sistema também conta com um display que mostrará a frase “acione botão” para que o processo possa ser iniciado pelo usuário.

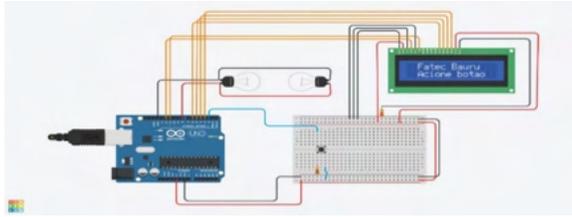


Figura 2 – Esquema eletrônico

Fonte: próprio autor

A figura 3 ilustra o sistema após o acionamento do botão, e as lâmpadas ligadas, no display a informação ao usuário “Em processo – aguarde” a partir desse momento o sistema está fazendo a contagem regressiva do tempo de exposição de 1 segundo, para o final do processo de desinfecção do papel. Após a finalização do tempo o sistema desliga as lâmpadas e o display mostra novamente a informação de “Acione o botão”, indicando que o papel pode ser retirado e um novo processo de desinfecção iniciado.

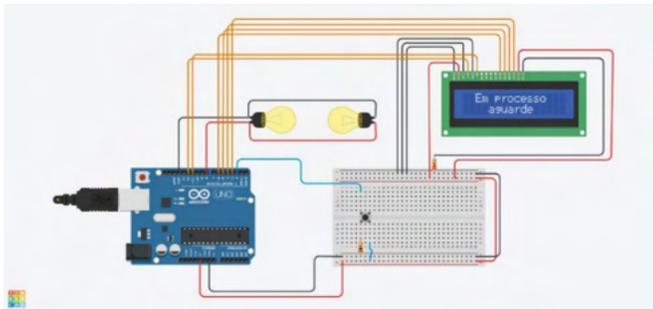


Figura 3 – Ilustração do sistema em funcionamento

Fonte: próprio autor

Abaixo, segue código utilizado neste projeto, desenvolvido na plataforma Tinkercad.

```
// C++ code
//
#include<LiquidCrystal.h>
int botao = 0;
int click = 0;
LiquidCrystal lcd(12, 11, 6, 5, 4, 3);
void setup()
{
  pinMode(2, INPUT);
  pinMode(8, OUTPUT);
```

```

    lcd.begin(16, 2);
}
void loop()
{
    if (digitalRead(2) == HIGH) {
        digitalWrite(8, HIGH);
        lcd.setCursor(0,0);
        lcd.print(" Em processo ");
        lcd.setCursor(2,1);
        lcd.print(" aguarde ");
        delay(1000);
    } else {
        digitalWrite(8, LOW);
        lcd.setCursor(0,0);
        lcd.print(" Fatec Bauru");
        lcd.setCursor(2,1);
        lcd.print("Açione botão");
    }
}
}

```

3.3 Concepção do projeto do gabinete

A gaveta que acomodará o papel, foi projetada em material acrílico, o material em questão foi escolhido por possibilitar a passagem da luz, e facilitar a higienização quando necessário. As dimensões da gaveta serão de 45 cm de comprimento, 25 cm largura e 5 cm de altura em placas de acrílico com espessura de 2 milímetros (mm), essa medida é suficiente para acomodar uma folha tamanho A4, o seu comprimento acompanhou o tamanho da lâmpada utilizada, as laterais e fundo transparentes para a passagem da luz e a frente em acrílico na cor preta, com a finalidade de bloquear a luz, evitando acidentes á exposição a luz UV-C com o usuário, conforme ilustram as figuras 4, 5 e 6, em diferentes vistas.



Figura 4 – Gaveta em acrílico para acomodação do papel - vista frontal

Fonte: próprio autor



Figura 5 - Gaveta em acrílico para acomodação do papel - vista lateral

Fonte: próprio autor



Figura 6 - Gaveta em acrílico para acomodação do papel – vista superior

Fonte: próprio autor

Para revestir e acomodar as lâmpadas UV-C, posicionadas acima e abaixo da gaveta em acrílico onde será alocado o papel, utilizou-se placas em material Paca de fibra de média densidade (MDF) com espessura de 6 mm, com 55 cm de comprimento, 25,5 cm de largura e 25 cm de altura, sendo que, as dimensões do gabinete foram idealizadas de forma a acomodar todo sistema de controle do processo, as lâmpadas e a gaveta em

acrílico que acomodará o papel conforme ilustrado na figura 7, onde demonstra o design desenvolvido por desenho em 3d através do *software* Autocad.

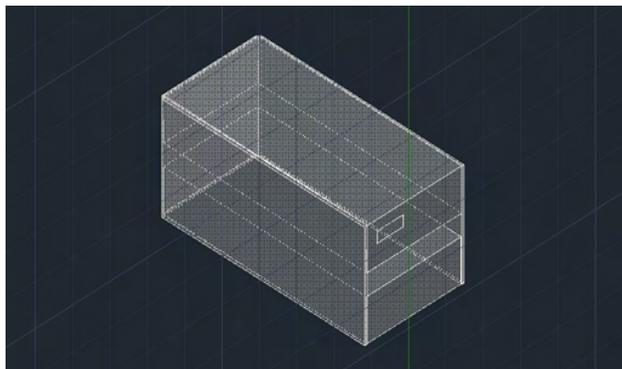


Figura 7 – Desenho Autocad – gabinete em MDF 6mm

Fonte: próprio autor

A eficiência da tecnologia ultravioleta germicida foi constatada através de pesquisas de materiais e estudos já referenciados anteriormente.

3.4 Componentes e custos do projeto

Na tabela 1, estão descritos os componentes utilizados no projeto com os referidos valores convertido para dólar americano, a fim de manter os valores do projeto atualizados.

Referência	Descrição do uso	Qnt.	Custo total em US\$
1	Gaveta em acrílico 2mm	1	19,37
2	Gabinete em mdf	1	25,22
3	Lâmpada UV-C germicida 254nm 15W	2	20,14
4	Reator para lâmpada germicida 1x15W bivolt	2	16,10
5	Arduíno Uno	1	14,12
6	Kit duplo relé	1	3,01
7	Display LCD 16x2	1	5,04
8	Botão de acionamento	1	1,19
9	Fios para interligação	10	1,59
total			105,78

Tabela 1 – Descrição dos custos dos componentes do gabinete

Fonte: próprio autor

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Comparado à *Sterilight Hand* adaptada à uma mesa escolar em madeira que está localizada em uma farmácia de manipulação na cidade de Bauru/SP, cujo modelo foi tomado como base para esse projeto, o gabinete para desinfecção de papeis apresenta um design compacto tornando-o de fácil deslocamento, tendo somente 55 cm de comprimento por 25,5 cm de largura e 25 cm altura, devido a sua concepção, o equipamento poderá ser movimentado entre ambientes, permitindo seu uso em espaços pequenos, além de ser confeccionado em material que permite a desinfecção por meios químicos quando necessário.

O gabinete desenvolvido neste trabalho, possui duas lâmpadas UV-C, o que difere do projeto utilizado como base, o qual possui somente uma lâmpada tornando necessária a manipulação do papel para a desinfecção dos dois lados. As lâmpadas estão alocadas uma na parte superior e outra na inferior do gabinete, aumentando o campo de incidência da luz, promovendo a exposição dos dois lados do papel ao mesmo tempo e promovendo simultaneamente a função de desinfecção.

Quanto a gaveta, foi projetada em material acrílico transparente para acomodação da folha de papel, o que possibilita a passagem da luz através dela, não atrapalhando o processo de exposição a luz e garantindo a eficácia de desinfecção.

O gabinete para desinfecção de papeis conta com um sistema de controle automático através de plataforma de prototipagem eletrônica Arduino, com o intuito de controlar o tempo de atuação das lâmpadas, trazendo autonomia no procedimento de desinfecção, facilidade e segurança ao usuário, haja vista que este protótipo possui uma display LCD, cuja função é de indicar as etapas do processo, diferente do projeto de sistema de esterilização (XAVIER, *et al.* 2020), onde foi construído com um tubo de PVC revestido com chapa metálica e luz UV-C em seu interior, conectada em soquete simples, a fim de esterilizar instrumentais hospitalares, o qual não possui sistema eletrônico arrojado, apenas acionamento simples da lâmpada.

Fundamentamos as bases científicas através de estudos microbiológicos e testes em laboratórios realizados pela USP5 e UNICAMP sobre a eficiência da luz ultravioleta, fornecidos pela farmácia de manipulação detentora do equipamento *Sterilight Hand*. Segundo Laboratório de virologia (2020) a luz ultravioleta atuando num comprimento de onda de 254 nm obteve 99,99% de eficiência na destruição de microrganismos e vírus como o Sars-Cov-2 durante 5 minutos com a fonte a 50 cm do objeto.

O gabinete projetado utilizou as fontes de luz UV-C a 6,5 cm do objeto e conforme laudo radiométrico (2020) emitido pela USP também fornecido pela farmácia de manipulação citada, nessa condição a eficiência de destruição do vírus é de 90% com o tempo de exposição da fonte de 0,42 segundos, a fim de melhorar a eficiência do equipamento o tempo programado de exposição foi de 1 segundo.

5 | CONCLUSÃO

Através das comprovações destacadas por meio de laudos e pesquisas científicas concluímos a viabilização do equipamento, haja vista que o sistema desenvolvido possui em sua estrutura elementos que permitem a segurança no processo de desinfecção, cujos testes de eficácia serão realizados em etapa futura, quando da retomada das aulas presenciais.

Há que se considerar que, a fim de promover segurança à saúde de profissionais que se encontram expostos à agentes contaminantes, o referido equipamento possibilita seu uso dentro ou fora do ambiente hospitalar, com o intuito de prover a segurança dos profissionais que correm risco real de vida em meio a uma pandemia mundial na qual podemos e devemos adquirir e utilizar novas tecnologias promissoras e inovadoras como a luz ultravioleta do tipo C.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Ementa: Uso de luz ultravioleta (UV) para desinfecção de ambientes públicos e hospitalares**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/114json-file-1>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ARANTES, F. A.; LIPPMANN, F. C. **Desinfecção de água por lâmpadas ultravioleta a partir de energia solar fotovoltaica sem utilização de baterias**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Engenharia Industrial Elétrica Ênfase em Eletrotécnica)-Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/320/1/CT_COELE_2011_2_20.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BILOTTA, P.; DANIEL, L. A. **Utilização de lâmpadas germicidas na desinfecção de esgoto sanitário**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ambiagua/a/ySBFxxgkd59kj8rzYQnndCxh/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BOIGUES, G. da S. *et al.* **PROTÓTIPO DE UMA CAMARA DE RADIAÇÃO UV-C PARA DESINFECÇÃO DE OBJETOS**. Colloquium Exactarum. ISSN: 2178-8332, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 71–81, 2021. Disponível em: <http://journal.unoeste.br/index.php/ce/article/view/3837>. Acesso em: 20 jun. 2021.

UEKI, S. Y. M., *et al.* **CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA: EFEITO DA LUZ ULTRAVIOLETA NAS MICROBACTÉRIAS**, Revista Instituto Adolfo Lutz, 2006. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0073-98552006000300014&lng=pt. Acesso em 13 jun. 2021.

CARDOSO, C. F. **Avaliação da esterilização de filme de polietileno com peróxido de hidrogênio e radiação ultravioleta**. 2007. Dissertação (Mestrado em Tecnologia de Alimentos) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

EDITORA GLOBO, **INOVAÇÕES AJUDAM NA LUTA CONTRA O VÍRUS**, Negócios, 2020. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Tecnologia/noticia/2020/08/epoca-negocios-inovacoes-ajudam-na-luta-contr-o-virus.html>. Acesso em: 08 abr. 2021.

LABORATÓRIO DE VIROLOGIA. **Laudo VIRUCIDA UV- Fast Cleaner System**. Instituto de Biologia. Unicamp, 2020.

LABORATÓRIO DE DOSIMETRIA ÓPTICA DO DEPARTAMENTO DE FÍSICA. **Laud** Radiométrico Esterilizador manual modelo Sterilight Hand, 2020.

PAINEL CORONAVÍRUS, **Coronavírus Brasil**, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

SINTRA, R. **Equipamentos desenvolvidos no IFSC/USP descontaminam superfícies**. IFSC Universidade de São Paulo Instituto de Física de São Carlos, 2020. Disponível em: <https://www2.ifsc.usp.br/portal-ifsc/equipamentos-desenvolvidos-no-ifsc-usp-descontaminam-superficies/>. Acesso em: 20 jun 2021.

XAVIER, K. C. R., et al. **DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE ESTERILIZAÇÃO UTILIZANDO RADIAÇÃO UVC PARA APLICAÇÕES HOSPITALARES**. 2020. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC0137_07_A.pdf. Acesso em: 13 mar. 2021.

CAPÍTULO 12

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

Data de aceite: 01/06/2022

Raquel dos Santos de Jesus Amorim

Faculdade de Enfermagem – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/7322063335716709>

Luciana Arantes Dantas

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/9060711028862840>

Jacqueline da Silva Guimarães dos Santos

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/9030073726426342>

Manoel Aguiar Neto Filho

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras Campus Rio Verde-GO
<http://lattes.cnpq.br/7832029509863473>

RESUMO: A enfermagem pode ser entendida como ciência humana, de indivíduos com campo de conhecimentos, fundamentações e práticas do cuidar, que abrangem as áreas de saúde e doenças. As ações de enfermagem ocorrem através de relacionamentos pessoais, profissionais, científicos, estéticos, éticos e políticos. O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa. A coleta foi feita utilizando as bases de dados das plataformas virtuais: LILACS, Google Acadêmico, Scielo e BVS. Através da busca literária foram selecionados artigos a partir de 2012 até 2021, em português, inglês e espanhol. O ambiente cirúrgico é de

suma importância dentro do contexto hospitalar, por ser um setor de grande visibilidade devido sua peculiaridade e complexidade. Dentre os vários fatores que ressaltam sua importância podemos destacar o fato de ser o local onde o paciente deposita toda a segurança de cura, ser o setor onde há necessidade de controle de assepsia para minimizar o risco de infecção. Diante dos fatos supracitados em todo o estudo acima, foi observado que é de grande importância que o enfermeiro de centro cirúrgico tenha diversas habilidades para ajudar toda a sua equipe em todos os sentidos e comandos. Sendo assim, as atividades de enfermagem se tornam indispensáveis, uma vez que o profissional da área possui tarefas específicas dentro desse ambiente. Uma das principais funções de um enfermeiro no centro cirúrgico é de prestar assistência. Além dela, o enfermeiro no bloco cirúrgico também realiza atividades administrativas que contribuem para que o setor funcione perfeitamente e de forma eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Centro Cirúrgico; Cuidados.

DUTIES OF THE NURSING PROFESSIONAL IN THE SURGERY CENTER

ABSTRACT: Nursing can be understood as a human science, of individuals with a field of knowledge, foundations and care practices, which cover the areas of health and diseases. Nursing actions occur through personal, professional, scientific, aesthetic, ethical and political relationships. The present study is a narrative review. The collection was made using

the databases of the virtual platforms, LILACS, Google Scholar, Scielo and VHL. Through the literary search, articles were selected from 2012 to 2021 in Portuguese, English and Spanish languages. The surgical environment is of paramount importance within the hospital context, as it is a highly visible sector due to its peculiarity and complexity. Among the various factors that emphasize its importance, we can highlight the fact that it is the place where the patient deposits all the security of cure, being the sector where there is a need for asepsis control to minimize the risk of infection. In view of the aforementioned facts throughout the study above, it was observed that it is of great importance that the operating room nurse has different skills to help his entire team in all directions and commands. In this sense, nursing activities become indispensable, since this professional has specific tasks within this environment. One of the main functions of a nurse in the operating room is to provide assistance, in addition to this, the nurse in the operating room also performs administrative activities that contribute to the sector functioning perfectly and effectively.

KEYWORDS: Nursing; Surgery Center; care.

1 | INTRODUÇÃO

A Enfermagem pode ser entendida como ciência humana, de indivíduos com campo de conhecimentos, fundamentações e práticas do cuidar, que abrangem as áreas de saúde. As ações de enfermagem ocorrem através de relacionamentos pessoais, profissionais, científicos, estéticos, éticos e políticos (LIMA, 2015).

Sendo a equipe de enfermagem formada por profissionais diretamente ligados ao cuidado assistencial perioperatório, é fundamental o envolvimento da mesma na construção dos indicadores de qualidade da assistência, além de mantê-la atualizada sobre os resultados e o processo de melhoria dessa qualidade. O bom gerenciamento de uma unidade de centro cirúrgico constitui elemento fundamental para a tomada de decisão. Nos últimos anos, o avanço tecnológico no Centro Cirúrgico (CC) e a complexidade da assistência de enfermagem perioperatória, envolvem revisão do processo de trabalho e dos resultados alcançados, levantando questões éticas e legais nunca antes confrontadas (SANTOS, 2014).

Nesse contexto, a prevenção de infecção é o principal foco da equipe de enfermagem para evitar complicações em pacientes durante o pré e pós operatório. No entanto, observa-se algumas dificuldades na prevenção da infecção hospitalar, como, por exemplo, a falta da escovação a partir de uma técnica correta, uso inadequado ou a ausência da paramentação e, até mesmo, o uso de instrumentos oxidados (MORAES, 2011).

Na prática, é notório que os enfermeiros reconhecem esses desafios e sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas dentro deste campo. Ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro, pois entende-se que esse profissional desenvolve atividades que contemplam as quatro áreas de atuação: administrativa, assistencial, ensino e pesquisa (BARRETO, et al. 2011).

O CC é compreendido por uma área restrita dentro da instituição hospitalar destinado

a procedimentos cirúrgicos de baixa, média e alta complexidade, que pode ser conhecido também por Unidade Cirúrgica (UC) ou Bloco Cirúrgico (BC) (GOMES, 2014).

Os profissionais que atuam nesse espaço devem estar embasados e aptos a encarar as condições impostas pelo ambiente, promovendo maior segurança e satisfação ao paciente (FREITAS, 2011).

O CC compreende uma crescente diversidade tecnológica, científica e de relações humanas, o que exige um perfil adaptável do enfermeiro para esse setor, sendo assim, este necessita estar em um incessante aperfeiçoamento para adaptar-se às mudanças necessárias (CAMPOS, 2015).

O trabalho do enfermeiro no CC tem se tornado cada vez mais complexo, na medida em que há a necessidade de integração entre as atividades que abrangem as áreas técnica, gerencial, administrativo-burocrática, assistencial, de ensino e pesquisa. Sendo assim, esse estudo é relevante para evidenciar a importância deste profissional no gerenciamento e na coordenação do centro cirúrgico, descrevendo quais os principais problemas que o mesmo enfrenta e delineando, assim, possíveis soluções (GOMES, 2014).

Nesse contexto, o profissional de enfermagem é parte fundamental da equipe multidisciplinar que atua nesse setor, sendo uma peça essencial para realização de um bom trabalho, tornando-se líder e coordenador das atividades (NIERO, 2014).

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa. A coleta foi feita utilizando as bases de dados das seguintes plataformas virtuais: LILACS, Google Acadêmico, Scielo e BVS. Através da busca literária foram selecionados artigos a partir de 2012 a 2021 com temas relacionados à “Centro Cirúrgico Hospitalar”, “Enfermagem em Centro Cirúrgico”; e “O Papel do Profissional de Enfermagem no Centro Cirúrgico” em idiomas no português, inglês e espanhol. Os descritores foram previamente selecionados além de serem devidamente combinados e cruzados, além do que todos os resultados apresentados foram de forma descritiva.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos disponíveis na íntegra com acesso gratuito, publicados em português, inglês e espanhol. Os critérios usados para exclusão foram: artigos não compatíveis com o objeto de estudo e artigos com apenas os resumos disponíveis para leitura.

Na primeira seleção dos artigos foram realizadas as leituras de títulos com análises dos resumos e a exclusão de artigos sobrepostos, em seguida foram lidos os artigos que se baseavam no tema escolhido com exploração documental e a compreensão dos achados nos estudos que totalizaram 20 artigos inclusos.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

O ambiente cirúrgico é de suma importância dentro do contexto hospitalar, por ser um setor grande visibilidade devido sua peculiaridade e complexidade. Dentre os vários fatores que ressaltam sua importância podemos destacar o fato de ser o local onde o paciente deposita toda a segurança de cura, além de ser o setor onde há necessidade de controle e de assepsia para minimizar o risco de infecção, por apresentar aspectos específicos, principalmente em sua construção. Além, de servir para a formação de recursos humanos, no desenvolvimento de pesquisas científicas e na evolução de novas técnicas cirúrgicas (POSSARI, 2011).

3.1 Habilidades e importância do enfermeiro no centro cirúrgico:

O Enfermeiro de CC exerce tanto a função de coordenação, como a de fiscalização de determinadas atividades. Suas atribuições abrangem um conjunto de etapas sistematizadas e interligadas com ações de cuidados ao paciente que lá é admitido, suprimindo suas necessidades tanto no período pré-trans e pós-operatório (GOMES, 2014).

Diante desse contexto, os enfermeiros se deparam com desafios ao organizar as diferentes interfaces que compõem o seu processo de trabalho, implicando no gerenciamento do cuidado de enfermagem no período transoperatório. Esta condição compreende a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, de tal modo que a gerência se configura como uma atividade meio da atividade fim, que é o cuidado (MARTINS, 2016).

As atividades gerenciais do enfermeiro são ações com a finalidade de assegurar a qualidade da assistência de enfermagem e o bom funcionamento da instituição. Entre as ações realizadas em sua prática profissional destacam-se: dimensionamento da equipe de enfermagem; exercício da liderança no ambiente de trabalho; planejamento da assistência de enfermagem; capacitação da equipe de enfermagem; gerenciamento dos recursos materiais; coordenação do processo de realização do cuidado; realização de cuidado e/ou procedimentos mais complexos e avaliação do resultado das ações de enfermagem (MARTINS, 2016).

O principal objetivo do trabalho da enfermagem no CC é a realização de uma assistência segura, livre de danos, imperícia e imprudência (OMS, 2019). Sendo assim, o enfermeiro deve aderir à função de líder e orientador do ambiente, uma vez que é de seu domínio prever, equipar, prover, programar, executar, avaliar e controlar os recursos humanos e, também, materiais e equipamentos (FREITAS, 2011).

Algumas das principais atividades técnicas do enfermeiro é a implementação da Sistematização de Enfermagem Peri operatória (SAEP). O profissional qualificado é preparado para coletar e constituir dados sobre o paciente, estabelecer o diagnóstico de enfermagem, apresentar e realizar um plano de cuidados e, também considerar atenções em termos de entregas alcançadas pelo mesmo (FREITAS, 2011; PINHO, 2016; SOUZA,

2013).

No período perioperatório, sua prática é desempenhada sistematicamente. É ele quem realiza o levantamento de dados sobre o paciente; coleta e organiza os dados do paciente; estabelece o diagnóstico de enfermagem; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem; e avalia os cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente. Em suma, é ele quem possibilita o andamento das atividades e assistência no ambiente cirúrgico (LASAPONARI; BRONZATTI, 2013)

No decorrer desse período, a atenção dispensada aos cuidados com o paciente, deve acontecer de modo planejado e distinto, baseando-se em evidências científicas de acordo com o tipo de procedimento que será executado e a rotina implantada na instituição (SENA, 2013).

No andamento diário do CC, o enfermeiro atua voltando-se para os aspectos de gerência e comando do departamento para assegurar o desempenho dos procedimentos cirúrgicos se atentando, também, para os serviços burocráticos que lhes são confiados e atribuídos (PEREIRA, 2013).

As competências do enfermeiro no bloco cirúrgico dividem-se em três esferas: científica (que é o entendimento de uma linguagem técnica, estratégica e processual); prática (habilidade de adiantar a necessidade do paciente e dos colaboradores que fazem parte da equipe) e ética (práticas de enfermagem que se estendem além das atribuições especializadas que envolvem maior compreensão e afinidade com o paciente) (SOUZA, 2013).

Em seu ambiente de cuidado deve-se preocupar com a organização do tempo, provisão dos recursos materiais e humanos e as relações interpessoais. O enfermeiro tem o desafio de manter o ambiente em condições favoráveis para o desenvolvimento das práticas de cuidado por todos os membros da equipe (SILVA; ALVIM, 2010). Neste contexto, o trabalho em equipe é primordial para o bom funcionamento da unidade contribuindo para o cuidado e a assistência ao paciente (AKAMINE, 2013). O papel assistencial dentro deste ambiente não se restringe somente ao paciente; mas, também à família, sendo que a comunicação entre todos os indivíduos envolvidos é fundamental para o processo de cuidado à saúde (LASAPONARI; BRONZATTI, 2013).

No centro cirúrgico, o profissional possui um contato indireto; por meio da previsão e provisão dos recursos, organização, controle da unidade, que, muitas vezes, o afasta da assistência direta prestada ao paciente. O cuidado direto é prestado em momentos específicos, incluindo o atendimento de urgência e emergência (BIANCHINI; CAREGNATO; OLIVEIRA, 2016).

O trabalho no CC requer do enfermeiro uma participação ativa, desde o momento anestésico até o pós-operatório, onde o mesmo deve planejar a assistência que será prestada por meio da realização do plano de cuidados (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

3.2 Atuação da equipe de enfermagem no centro cirúrgico

A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico é pautada em dois interesses: técnicos e práticos. As definições das atribuições deste profissional são embasadas em conhecimento por meio da atuação técnico-científica e de participação na organização (PORFIRIO, 2016).

A busca pela segurança no período transoperatório tem se configurado como uma importante atividade gerencial do enfermeiro. No entanto, ao avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no CC de um hospital público, em pesquisa recente observou-se o distanciamento entre os gestores e os demais profissionais, com condições precárias de trabalho e fragilidade na cultura de segurança (MARTINS, 2016).

Ainda de acordo com a autora, no Brasil, alguns trabalhos sobre a utilização de instrumentos para a promoção de segurança e prevenção de eventos adversos no CC identificaram que a equipe de enfermagem contribui com registros indispensáveis para o desenvolvimento de ações seguras e cabe ao enfermeiro, enquanto líder, adotar e estimular tais iniciativas. De acordo com Porfírio (2016), existe um caminho longo de aceitação da responsabilidade político-social que o enfermeiro desempenha no centro cirúrgico.

O foco principal deste profissional é garantir a segurança ao paciente na execução dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos que serão realizados pelos diferentes membros da equipe cirúrgica. Sabe-se que ocorre variação na atuação do enfermeiro quando comparamos diferentes realidades e estabelecimentos de assistência à saúde (SOBECC, 2013).

A responsabilidade deste profissional pela coordenação da assistência de enfermagem prestada ao paciente deve ser considerada independentemente do tipo de organização em que ele atua: filantrópico, privado ou público (BIANCHINI; CAREGNATO; OLIVEIRA, 2016).

O conhecimento dos processos dentro do CC é dinâmico; haja vista a alta complexidade dos processos e das relações de trabalho que contribuem para que o enfermeiro se desenvolva dentro dessa unidade. Nesse contexto, é necessário que este profissional busque captações para o desenvolvimento de novas práticas dentro das unidades de atendimento (PORFIRIO, 2016).

Essas atualizações devem englobar, inclusive, formações a respeito das legislações vigentes nacionais e internacionais, de modo a garantir maior segurança ao paciente (BIANCHINI; TURRINI; JARDIM, 2016).

A organização do trabalho do enfermeiro pode ser dividida em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, implementação da assistência, avaliação de enfermagem (SOBECC, 2013). Para garantir a segurança, além dos cuidados físicos, é necessário um cuidado psicossocial para identificar as necessidades do ambiente de trabalho (JONHSTONE, 2020).

Sendo assim, torna-se importante a participação do enfermeiro no processo de avaliação da qualidade e da produtividade no CC, detectando e redesenhando atividades que não estão em conformidade, realizando seu monitoramento contínuo e comparando seus achados com os dados de outras instituições. Inúmeros indicadores podem ser utilizados no centro cirúrgico, tanto relacionados à estrutura como a processos e resultados. Os indicadores de qualidade analisam e determinam a medida do desempenho de cada setor nas instituições de saúde, avaliando as metas alcançadas para a excelência da qualidade no atendimento. Os indicadores baseiam-se na conformidade dos padrões estabelecidos para monitorar os processos e resultados (SANTOS, 2014).

Historicamente, o trabalho do enfermeiro resumia-se à contenção da pessoa e a garantia de ambientes limpos. Atualmente, as exigências para com o trabalho deste profissional têm aumentado, determinando a ele importantes competências de aspecto técnico-científico e a capacidade de análise crítico-reflexiva (SANTOS, 2018).

Nesse sentido, dentre as diferentes atribuições, é papel deste profissional compreender o efeito de suas intervenções; comunicar-se com clareza com a pessoa submetida ao procedimento, como família, cuidadores e equipe (SOBECC, 2017).

Passa-se, então, a exigir deste profissional capacidades específicas relacionadas aos procedimentos, cuidados, gestão e provisão de materiais (SILVA, 2017). Além disso, espera-se que o profissional participe ativamente na elaboração, implementação, controle e avaliação de normas e rotinas específicas (KLEIN, 2018).

Um fator preocupante atualmente, é a percepção de que o enfermeiro tem da assistência direta à pessoa, e se aproximado, cada vez mais, das questões burocráticas, uma vez que as ações administrativas são intensas nas unidades de centro cirúrgico. As atribuições gerenciais são tão relevantes quanto às relacionadas ao cuidado direto e repercutem na atenção à pessoa no atendimento às suas necessidades de saúde, com isso, é imperativo que o enfermeiro pondere e gerencie seu tempo com a finalidade de desempenhar as duas funções (KOCH, 2018).

Em alguns estudos, Amthauer & Souza (2014) identificaram em suas observações de campo que existe uma ausência de enfermeiros desempenhando funções de cuidado e atenção aos pacientes, sendo que os mesmos atuam integralmente nas questões administrativas. Ressalta-se, no entanto, que o enfermeiro deve estar aberto, disposto e disponível para perceber as necessidades e as carências apresentadas pelos pacientes, entendendo sua individualidade e atendendo-os em sua integralidade, articulando as ações com os demais membros da equipe e estimulando o trabalho interprofissional (AMTHAUER & SOUZA, 2014).

As condutas dos enfermeiros refletem diretamente no paciente, seja de forma negativa ou positiva e devem estar focadas na minimização do estresse, da ansiedade e do desgaste bio/psico/emocional/espiritual que o paciente vivencia antes, durante e após realizar o processo cirúrgico, proporcionando segurança e tranquilidade aos mesmos; haja

visto que a doença é um fator que desencadeia fragilidade dos pacientes cabendo a este profissional considerar os desgastes físicos e psicológicos que afloram no ser humano que enfrenta um processo cirúrgico, independentemente da fase operatória vivida (DORNELES et al, 2010).

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem deve buscar trabalhar e prestar assistência individualizada ao paciente, tendo em vista as particularidades de cada procedimento cirúrgico ao qual o mesmo será exposto (KOCH, 2018). A assistência prestada ao paciente pode ser determinante inclusive para a recuperação do mesmo (SILVA, 2019). A atuação incisiva deste profissional ocasiona a diminuição de erros por parte de toda a equipe, ampliando a segurança dos procedimentos realizados (GUITIERRES, 2018). Porém, nota-se dificuldades na implementação de uma assistência qualificada pelos enfermeiros no setor, justificadas pelas características diferenciais e específicas de cada paciente cirúrgico, ou mesmo a rotinas adotadas nas instituições (GOMES, 2014).

Segundo Gouveia (2020), em entrevistas com enfermeiros foi possível detectar que a principal dificuldade encontrada se refere à ausência de êxito nas atividades gerenciais e assistenciais, de forma concomitante. Quanto à falta de dimensionamento e alocação de pessoal e também à sobrecarga de atividades administrativas, o que acaba afastado o profissional do contato direto com o paciente. Segundo Reis (2019), há um sentimento de impotência e incapacidade de operacionalizar as suas atribuições. Relata-se conflito entre o desejo de prestar cuidados e as reais cobranças da instituição a respeito das atividades gerenciais.

Nesse sentido, os enfermeiros do centro cirúrgico afastam-se do cuidado direto ao paciente dando prioridade a suprimento de materiais e equipamentos para a unidade, e cuidados técnicos (RIBEIRO, 2018). É notável a importância de todos os procedimentos que cercam o CC, porém, não se pode negar a necessidade de um cuidado diferenciado, especialmente no centro cirúrgico (RIBEIRO, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável a importância da participação ativa do enfermeiro mediante o centro cirúrgico. Além disso, o mesmo contribui para toda a dinâmica de funcionamento e gerenciamento dessa importante área hospitalar. Nesse sentido, as atividades de enfermagem se tornam indispensáveis. O serviço de assistência prestado por esse profissional, aliado à sua capacidade de gerenciamento nas atividades administrativas contribuem positivamente para o funcionamento do mesmo.

O profissional é responsável por vários procedimentos pré e pós operatório, estando em contato constante com o paciente; dentre essas atribuições estão, a garantia da assepsia dos instrumentos cirúrgicos, o preparo físico do paciente e seu acompanhamento após o procedimento realizado.

Além disso, o enfermeiro deve dar suporte, não só ao paciente como a sua família e estar em constante aprimoramento profissional para aperfeiçoamento de sua atuação. Atualmente, é necessário ampliar os estudos de campo nesta área, a fim de fornecer dados que auxiliem os sistemas de saúde, tanto público como privado no gerenciamento da equipe de enfermagem a fim de contribuir com a ampliação da visão a respeito do profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C. & SOUZA, T. P. **The nurse's care practice to the surgical patient: an academic experience.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde; 2014.

BARRETO, R. A. S. S. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. Rev. Eletr. Enf. Internet. 2011 abr/jun, v. 13, n. 2, p.269-75.

BATISTA, Anne Aires Vieira; VIEIRA, Maria Jésia; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** Ver. Esc. Enferm. USP, 2005.

BIANCHI, E.R.F, CAREGNATO, R.C.A.; OLIVIERA, R.C.B. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueir, SP. Manole,cap. 3, p.33-52. 2016.

CAMPOS, Jacqueline Aparecida Rios et al, **Produção Científica da Enfermagem de Centro Cirúrgico de 2013 a 2013**, Ver. SOBECC, São Paulo. ABR/JUN. 2015.

DORNELES, C. G., Baggio, M. A., Nascimento, K. C., Lorenzini, E A. **Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico.** Rev Rene,2010.

FREITAS, Natiellen Quatrin et. Al, **O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem**, Rev Contexto e Saúde, v.10, n.20, p 1133-1136, jan, 2011.

GOMES JRRA, Corgozinho MM, Lourencini JC, Horan ML. **A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico.** Ver SOBECC. [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 25]; 2013.

GOMES, L. C., Dutra, K. E. & Pereira, A. L. S. **The nurse in the management of the operating room.** Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery, 16(1), 1-21. (2014)

GOMES, Laudinei de Carvalho et al, **O enfermeiro no gerenciamento do centro cirúrgico**, Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery, N. 16, JAN/JUN 2014.

GUTIERRES, L. S., Santos, J. L. G., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F. & Erdmann, A. L. **Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations.** Rev Bras Enferm, 71(Supl 6), 2775-82. (2018).

JOHNSTONE, J. **How to provide preoperative care to patients.** Nursing Standard, 35(12), 72–6. (2020).

KLEIN, S., Aguiar, D. C. M., Moser, G. A. S., Hanauer, M. C. & Oliveira, S. R. **Segurança do paciente no contexto da recuperação pós-anestésica: um estudo convergente assistencial.** Rev. Sobecc, 24(3), 146-153. (2019).

Koch, T. M., Aguiar, D. C. M., Moser, G. A. S., Hanauer, M. C., Oliveira, D. & Maier, S. R. O. **Surgical anesthetic moment: moving between nurses' knowledge and nursing care.** Rev. Sobecc, 23(1), 7-13. (2018).

LASAPONARI, E. F; BRONZATTI, J. A. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). In: MALAGUTTI, W; BONFIM, I.M.(Org) **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico.** 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2013. p. 69-81.

LIMA, MJ. **O que é Enfermagem?** Cogitare Enferm 2005;10(1):71-4.

MARTINS, Fabiana Zerbieri ; DALL'AGNOL, Clarice Maria. **Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 4, 2016.

MORAES, A. C. F. G. Dificuldades no combate de infecções em centro cirúrgico da rede pública: uma revisão de literatura. R. pesq.: Cuid. Fundam. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 211, 2019.

PEREIRA, Fábio Claudiney da Costa; BONFADA, Diego; LIMA, Kenio Costa de MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. **Processo de trabalho da enfermagem: pensado a fragmentação a partir da contextualização no centro cirúrgico** 2011.

PORFIRIO, R.B.M., et al. Gestão de enfermagem em centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueri, SP. Manole, 2016.

POSSARI, J. Francisco. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**– 5ª. edição. São Paulo látria, 2011.

REIS, D. O. N. S., Meneses, R. O., Pinto, C. M. I., Silva, M. V. G. & Teixeira, N. F. **Indicadores gerenciais do mapa cirúrgico de um hospital universitário.** Rev Sobecc, 24(4), 217-223. (2019).

RIBEIRO, M. Peniche, A. C. G. & Silva, S. **Complications in the anesthetic recovery room, risk factors and nursing interventions: an integrative review.** Rev Sobecc, 22(4), 218-229. (2018).

SANTOS, R., Silva, I. D. L. S., Pereira, V. A. P., Silva, M. B. S. & Araujo, L. C. N. A. **The role of the nurse in the operating room.** Gep News, 2(2), 9-15. (2018).

SANTOS, Marlene; SIQUEIRA, Cibele; RENNÓ, Nascimento; et al. **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura** [s.l.: s.n., s.d.]. 2013.

SENA, Adnairdes Cabral de et al, **Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva,** Ver Gaúcha Enferm. 2013

SILVA, C.D.; ALVIM, N.A.T. **Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 63, n.3, p.427-34, 2010.

SILVA, Denise Conceição; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. **Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem.** Rev. bras. enferm. [online]. 2010

SILVA, F. R. S., Oliveira, I. R. D., Aciole, T. H. M., Figueiredo, R. A., Silva, H. C. & Almeida Jr, J. J. **The nursing work process in the operating room: a brief account of what the literature brings.** Convibra, 1(1),1-9. (2017).

SILVA, H. R., Mendonça, W. A. V., Gonçalves, R. A., Sampaio, C. E. P. & Marta, C. B. **Percepção da equipe de enfermagem quanto as contribuições da utilização do checklist de cirurgia segura.** Revista Enfermagem Atual In Derme, 87(25),1-8. (2019).

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.** Practice Guidelines in Surgical Nursing and Health Product Processing– SOBECC. (7a ed.), SOBECC. 2017.

SOBECC. Sociedade Brasileira De Enfermeiros De Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica E Centro De Material E Esterilização – **Práticas recomendadas** –SOBECC. 6° ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

SOUZA, Cristina Silva et al., **Avanços no papel do enfermeiro no centro-cirúrgico,** VerEnf UFPE (on line), Recife, 7(esp): 6288-93, out, 2013.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNERK, Rosane Maria. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico.** Texto & contexto enferm; 15(3): 464-471, jul.-set. 2006

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PÓS- OPERATÓRIO E SUAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 06/04/2022

Luciana Martins Ribeiro

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFGM/EBSERH) Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1710-5189>

Luzimare de Matos Avelino Ventura

Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-BA/EBSERH) Salvador – BA
<https://orcid.org/0000-0002-5138-3289>

Kelly Monte Santo Fontes

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH) Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-3933-357X>

Pamela Nery do Lago

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Mariana Regina Pinto Pereira

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3124-2569>

Karine Alkmim Durães

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6119-5927>

Laiana Otto da Costa

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6413-3123>

Karine Letícia de Araújo Costa

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-7200-5917>

Fabiola Fontes Padovani

HC-UFGM/EBSERH Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-8168-8617>

Luzia Maria dos Santos

HC-UFGM/EBSERH e Fhemig Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-4744-1722>

Leonardo Oliveira Silva

Enfermeiro do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH) Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0002-2172-8688>

Heloisa da Silva Brito

Enfermeira do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH) Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-1561-8757>

RESUMO: Prestar uma assistência de enfermagem de qualidade é fundamental em qualquer que seja o campo de atuação do

profissional enfermeiro. No cenário da enfermagem clínico-cirúrgico, uma assistência especializada, personalizada e humanizada é essencial para prevenir complicações pós-cirúrgicas e assim garantir a segurança e a rápida recuperação do paciente. Objetivou-se abordar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico e suas possíveis complicações no período pós-operatório imediato, mediato e tardio. Trata-se de um estudo descritivo, realizado através de uma revisão de literatura envolvendo estudos publicados nas bases de dados SciELO, LILACS, PERIENF, BDEF e ainda consulta a sites e livros de relevância para a área de enfermagem. Foram analisados 21 artigos científicos dos quais foram selecionados 13 para aprofundamento no presente estudo. Pode-se perceber que o cuidado de enfermagem com o paciente cirúrgico inicia-se no momento da admissão, que envolve toda a orientação e o preparo cirúrgico necessários, passando pelo transcirúrgico, até seu retorno do centro cirúrgico, variando de acordo com o tipo de cirurgia e a resposta fisiológica do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Centro cirúrgico; Complicações pós-operatória; Cuidados de enfermagem.

NURSING ASSISTANCE TO THE PATIENT IN THE POST-OPERATIVE PERIOD AND ITS POSSIBLE COMPLICATIONS

ABSTRACT: Providing quality nursing care is essential in any field of work of the professional nurse. In the clinical-surgical nursing scenario, specialized, personalized and humanized care is essential to prevent post-surgical complications and thus ensure the safety and rapid recovery of the patient. The objective was to address the nursing care provided to the surgical patient and its possible complications in the immediate, mediate and late postoperative period. This is a descriptive study, carried out through a literature review involving studies published in the SciELO, LILACS, PERIENF, BDEF databases, as well as consulting websites and books of relevance to the nursing area. Twenty-one scientific articles were analyzed, thirteen of which were selected for further study in the present study. It can be seen that nursing care for the surgical patient begins at the time of admission, which involves all the necessary guidance and surgical preparation, passing through the transsurgical patient, until his return from the operating room, varying according to the type of surgery. surgery and the patient's physiological response.

KEYWORDS: Surgery Center; Post-operative complications; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A unidade hospitalar do Centro Cirúrgico (CC) é um local destinado para realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos em caráter eletivo, urgência, emergência e requerida, para possíveis diagnósticos e tratamentos. Considerando a alta densidade técnica e a dinâmica diversificada da assistência médica, esse ambiente é caracterizado por intervenções invasivas, com alta precisão e eficácia, e requer profissionais qualificados para atender às diferentes necessidades dos usuários. O CC é considerado um cenário de alto risco, no qual o processo de trabalho é uma prática interdisciplinar complexa, fortemente dependente do desempenho individual e das equipes multidisciplinares sob

estresse e pressão e outras condições ambientais (MARTINS; DALL'AGNOLL, 2016).

Sampaio (2018), afirma que as intervenções cirúrgicas podem ser classificadas em:

- Eletiva: quando há programação do paciente para realização da mesma, ex.: mamoplastia, herniorrafia inguinal.
- De urgência: procedimento realizado no prazo de 24 a 36 horas, ex.: retirada do apêndice.
- De emergência: quando há risco de morte e requer atenção imediata, Exemplos: ferimentos à bala, sangramento e lesões em grandes vasos sanguíneos.
- Requerida: o tratamento cirúrgico pode ser agendado ou planejado para algumas semanas ou meses, ex.: aumento da próstata sem obstrução da bexiga; catarata.

Segundo Silva *et al.* (2009), o CC é uma unidade especializada, composta por salas destinadas às mais diversas operações, dependendo das características assistenciais de cada unidade e das complexidades atendidas pelo serviço. A unidade de recuperação pós-anestésica, central de material e esterilização são unidade que normalmente também estão inseridas no bloco cirúrgico, uma vez que na maioria dos casos essas unidades estão localizadas no mesmo espaço físico da sala de operações, dada a sua correlação com esta.

O centro cirúrgico é o setor de maior importância no que cerne a ação curativa da cirurgia, no âmbito hospitalar bem como os detalhes em sua construção para garantir a efetivação de métodos assépticos, e instalação de equipamentos específicos para facilitar o ato cirúrgico (BOTELHO *et al.* 2018, p. 1-28).

Após o procedimento cirúrgico o paciente encontra-se fragilizado e dependente dos cuidados da equipe de enfermagem, Neste contexto, há de se fundamentar a assistência de enfermagem no cuidado com o paciente, privilegiando a tomada de decisão frente à alta complexidade e demanda de cuidados no pós-operatório.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo abordar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico e abordar suas possíveis complicações no período pós-operatório mediato, imediato e tardio.

Metodologicamente trata-se de um estudo descritivo, realizado através de uma revisão de literatura envolvendo estudos publicados nas bases de dados SciELO, LILACS, PERIENF, BDENF e ainda consulta a sites e livros de relevância para a área de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2021. As palavras-chaves utilizadas na seleção dos artigos foram: centro cirúrgico, complicações pós-operatória e cuidados de enfermagem. Para construção do mesmo foram analisados e lidos na íntegra 21 artigos científicos, sendo eleitos seis de relevância para o desenvolvimento do tema.

Foi considerado como critério de inclusão: artigos completos, em idioma português, indexados, publicados entre os anos de 2010 e 2020, cujos objetivos viessem de encontro ao problema da pesquisa. Como critérios de exclusão, as literaturas que não contribuíssem

diretamente com a temática da pesquisa.

2 | PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Muitos são os cuidados exigidos por pacientes clínico-cirúrgicos. Cuidar de pacientes cirúrgicos pode se tornar mais complexo depois da cirurgia devido às mudanças fisiológicas que podem ocorrer. Pacientes que passam por anestesia geral tem maior probabilidade de enfrentar complicações do que os que passaram apenas por anestesia local ou sedação consciente (POTTER; PERRY, 2005).

Ao final da cirurgia, o paciente enfrentará o terceiro momento do tratamento cirúrgico, o pós-operatório, a depender do tipo de cirurgia, do tipo de anestesia utilizada e das condições do cliente no pré, trans e principalmente no pós-operatório, poderá acontecer em um quarto privativo, onde os cuidados de enfermagem são de menor complexidade ou em unidades de URPA (Unidade de recuperação pós-anestésica) ou ainda de terapia intensiva, em que os cuidados de enfermagem são de maior complexidade e exigem recursos humanos e materiais de alta tecnologia (SILVA *et al.* 2009).

Nas palavras de Silva *et al.* (2009) os clientes mais propícios a enfrentar complicações são os que foram submetidos à anestesia geral. Já os submetidos à anestesia loco-regional – em pequenas intervenções cirúrgicas – tem menor probabilidade de desenvolver complicações.

O período pós-operatório inicia-se desde o momento em que o paciente deixa a mesa de cirurgia até quando realiza a última consulta de acompanhamento com o cirurgião. Dessa forma pode-se afirmar que:

O período pode ser tão rápido como uma semana ou tão longo quanto vários meses. Durante o período pós-operatório o cuidado de enfermagem é redirecionado para o equilíbrio fisiológico do paciente, para o alívio da dor, para prevenção das complicações e para o ensino do auto-cuidado ao paciente. Um histórico criterioso e uma intervenção imediata ajudam ao paciente retornar mais rápido para seu domicílio, com segurança e tão confortavelmente quanto possível. O cuidado continuado na comunidade, por meio do cuidado domiciliar das consultas na clínica, das consultas no consultório ou do acompanhamento por telefone, facilita uma recuperação não complicada (SMELTZER; BARE, 2009, p. 337).

Para Silva *et al.* (2009) o período pós-operatório pode ser dividido em três momentos, de acordo com o tempo que se passou e com o término da cirurgia: pós-operatório imediato, mediato e tardio. O pós-operatório imediato (POI) é o momento mais crítico para o paciente, pois exige uma maior vigilância da equipe de enfermagem, bem como de toda equipe transdisciplinar. Período que começa nas primeiras horas após a cirurgia e se estende por 24 horas. O pós-operatório mediato compreende as primeiras 24 horas após o período imediato. Nesse momento, os riscos de complicações em sistemas vitais ainda estão presentes, mas são bem menores do que no momento anterior. Dependendo do tipo de

cirurgia, a dor já não é mais intensa, embora possa estar presente. O pós-operatório tardio, na maioria das vezes relaciona-se com o desaparecimento dos achados (dor, instabilidade dos sistemas orgânicos e mal estar), relacionados com o procedimento cirúrgico.

3 | COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO

As complicações pós-operatórias, embora venha apresentando taxas de diminuição nos últimos anos, ainda trazem preocupação aos anestesiológicos e aos cirurgiões, pois podem acarretar inúmeros problemas de saúde ao paciente, inclusive incapacidade e morte (REDIVO, MACHADO, TREVISOL, 2019).

As complicações pós-operatórias podem incluir arritmia, hipotensão, hipovolemia, septicemia, choque séptico, atelectasia, pneumonia, tromboflebite, embolia pulmonar, retenção urinária, infecção na ferida cirúrgica, deiscência de sutura, evisceração, distensão abdominal, íleo paralítico, constipação, imagem corporal alterada e psicose pós-operatória. (QUINLESS; BLAUER, 2004, p. 109).

Segundo Campos *et al.* (2018) o POI exige atenção da equipe de saúde, pois o paciente pode apresentar alterações fisiológicas relacionadas à: idade, intervenções anestésicas, comorbidades, intercorrência cirúrgica e eficácia das medidas de tratamento aplicadas. Portanto, as principais complicações pós-operatórias estão relacionadas aos sistemas respiratório, circulatório, gastrointestinal, neurológico e urológico. A idade avançada, doença pulmonar prévia, tabagismo e obesidade, desnutrição, alguns tipos de anestesia, tempo de operação e técnica cirúrgica utilizada, espirometria anormal, podem prolongar a permanência hospitalar pré-operatória.

De acordo com Sampaio (2018, p.145):

O paciente em pós-operatório imediato que se encontra em processo de regressão da anestesia pode apresentar algumas complicações que variam de intensidade, podendo se tornar graves quando não observadas e tratadas precocemente. As principais complicações que ocorrem no pós-operatório imediato e requer atenção da equipe que assiste ao paciente são:

- **Sonolência:** são complicações que ocorre com mais frequência no paciente cirúrgico após serem submetidos à anestesia geral.
- **Sede:** uma das complicações comuns que ocorre geralmente devido ao uso da medicação como atropina, usada durante o período de anestesia, para diminuição de secreção salivar, causando secura da mucosa oral, como o paciente ainda não deve ingerir líquidos, pode-se utilizar uma compressa umedecida na região oral.
- **Dor:** deve ser observada com muito critério, pois pode estar relacionada com outras intercorrências e complicações, especialmente quando os pacientes usam dispositivos como tubos de drenagem, sondas e cateteres. A dor geralmente está localizada na área da incisão cirúrgica e deve se desenvolver gra-

dualmente para melhorar gradualmente, e a intensidade da dor também deve ser verificada continuamente.

- Náuseas/vômitos: complicação mais comum, devido ao uso de anestésico causando diminuição do peristaltismo devido aos resíduos no trato gastrointestinal, os pacientes podem sentir náuseas e vômitos. Deve ser rigorosamente observado para evitar broncoaspiração, caso contrário, podem ocorrer complicações respiratórias graves.
- Retenção urinária: o paciente apresenta dificuldade em eliminar a urina, causando algia e desconforto, sendo necessário realizar cateterismo vesical de alívio, acomete mais pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos pélvicos, abdominais e ortopédicos em membros superiores, decorrente em geral da raquianestesia.
- Distensão abdominal: devido ao acúmulo de gases, no período pós-operatório imediato pode ocorrer um aumento do volume do trato gastrointestinal.
- Complicações respiratórias: o paciente pode apresentar hipóxia devido à baixa oxigenação no cérebro e pode acontecer queda da língua devido ao efeito anestésico, podem ser consideradas como as complicações mais graves no pós-operatório imediato e, portanto, requer mais atenção, pois quando não detectadas precocemente e tratadas, podem acarretar danos permanentes e óbito. Outras complicações respiratórias incluem o broncoespasmo que pode ocorrer durante o ato anestésico ou por obstrução das vias aéreas provocada pelo tubo endotraqueal, presença de secreção brônquica e edemas de vias aéreas (glote).
- Complicações cardiovasculares: mais comum em cirurgia pélvica, plástica, abdominal e vascular, as veias e artérias das extremidades superiores também podem ser alteradas e bloqueadas. Outra complicação importante que deve ser observada é a hemorragia, que se refere ao extravasamento de sangue pelas veias ou artérias, o que pode levar a complicações mais graves, como o hematoma, que ocorre quando o sangramento e o acúmulo local se acumulam, causando obstrução. Em caso de dano a órgãos e tecidos. Além dessas complicações, poderá ocorrer choque hipovolêmico, o que é uma complicação mais séria. A falta ou insuficiente suprimento sanguíneo de tecido ou oxigênio constitui uma emergência.

4 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

Durante o período pós-operatório, o enfermeiro deve avaliar todos os riscos para prevenir e minimizar possíveis complicações (FERREIRA; SÁVIO, 2011).

O cuidado de enfermagem do paciente hospitalizado na unidade médico-cirúrgica ocorre nas primeiras 24 horas logo após a cirurgia e compreende a ajuda continuada ao paciente para recuperação dos efeitos da anestesia e a frequente avaliação do estado

fisiológico, a monitorização quanto às complicações, o tratamento da dor e a implementação de medidas designadas para o alcance das metas de longo prazo de independência quanto ao autocuidado, ao gerenciamento bem sucedido do regime terapêutico a alta para o domicílio e à recuperação plena. Nas horas iniciais à admissão na unidade clínicas a ventilação adequada, a estabilidade hemodinâmica, a dor incisional, a integridade do local cirúrgico, as náuseas e os vômitos, a condição neurológica e a micção espontânea são todas preocupações básicas. A menos que indicado mais frequentemente, o pulso, a pressão arterial e as respirações são registradas a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos nas 2 horas subsequentes. Depois disso, eles podem ser mensurados menos frequentemente se permanecerem estáveis. A temperatura é monitorizada a cada 4 horas nas primeiras 24 horas (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo Carvalho *et al.* (2016, p. 5063):

[...] A assistência de enfermagem aos pacientes no PO deve ter como objetivo garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico. Embora o alcance desse objetivo esteja relacionado às situações que envolvem o paciente como um todo, cabe ao centro de recuperação no PO reunir recursos suficientes que assegurem a qualidade da assistência de enfermagem no período pós-operatório mediato.

O cuidado no atendimento de pacientes em POI visa restaurar a homeostase e prevenir complicações. O enfermeiro da unidade realizara a avaliação do paciente na admissão. A avaliação incluirá as condições do sistema nervoso, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema renal, suporte e eliminação nutricional; verificar e manter o acesso venoso, tubos de drenagem, feridas cirúrgicas, posicionamento correto, identificação da dor, segurança e conforto do paciente (MAIA; SADE, 2012).

Entre os vários tipos de cateteres e tubos de drenagem e suas diferentes indicações e propósitos, destacamos os mais comumente usados: os cateteres intravenoso, nasogástrico, tubo de drenagem de penrose, cateteres urinários ou vesicais (SAMPAIO, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado de enfermagem é essencial para os cuidados pós-operatórios: no pós-operatório, o enfermeiro deve receber treinamento e ter conhecimento de alterações fisiológicas, ser capaz de detectar problemas que podem afetar a recuperação precoce dos pacientes e aplicar as intervenções necessárias. O profissional, favorecido pelo conhecimento científico e por seu julgamento clínico tem que estar apto a identificar e interpretar os sinais que cada indivíduo apresenta, precisa ter a capacidade de intervir adequadamente, no que diz respeito ao retorno da homeostase do paciente, prevendo e evitando complicações no pós-operatório ou intervindo quando necessário.

A equipe de enfermagem representa a conexão mais forte entre o paciente e o ambiente em que ele está trabalhando, pois, esses profissionais são aqueles que estão envolvidos com o paciente há mais tempo.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, A. R. M. *et al.* A atuação do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico de acordo com os protocolos de cirurgia segura e segurança do paciente. **Revista Presença**, [S.l.], v. 3, n. 10, p. 1-28, 2018. Disponível em: <<http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/138>>. Acesso em: 14 de maio 2021.

CARVALHO, I. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca Systematization of nursing care in mediate post-operative of cardiac surgery. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 5062-5067, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3651>>. Acesso em: 21 de maio 2021.

CAMPOS, M. P. A. *et al.* Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, v. 23, n. 3, p. 160-168, 2018. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>>. Acesso em: 13 de maio 2021.

FERREIRA, J. M.; SÁVIO, B. **Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia eletiva: proposta de intervenções baseado em NANDA e NIC**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120981/319056.pdf?sequence=1>. Acesso em 12 de maio 2021.

MAIA, A. M.; SADE, P. C. M. Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, v. 2, n. 3, p. 18-31, 2012. Disponível em: <<https://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/download/53/65>>. Arquivo PDF. Acesso em: 21 de maio 2021.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 37, n. 4, e56945, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400415&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em de 13 maio 2021.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **O cuidado de pacientes cirúrgicos**. In: **Fundamentos de enfermagem**. Ed. 6ª. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Capítulo 46: p. 1708- 1709.

QUINLESS, F. W.; BLAUER, R. **Procedimentos fundamentais**. In: SCHULL, Patrícia Dwyer. **Enfermagem Básica Teoria e Prática**. 3. Ed. São Paulo: Rideel, 2004, p. 109.

REDIVO, J. J.; MACHADO, J. A.; TREVISOL, F. S. Complicações pós-operatórias imediatas na SRPA em um Hospital Geral do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 48, n. 2, p. 81-91, 2019. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/516>>. Acesso em: 08 de maio 2021.

SAMPAIO, M. O. **Centro Cirúrgico (CC): parte I**. In.: **Enfermagem em Centro Cirúrgico Unidade 2 - Seção 2**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018, p. 70.

_____. **Centro Cirúrgico (CC): parte II.** In.: Enfermagem em Centro Cirúrgico Unidade 3 - Seção 2. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018, p. 145-147.

SILVA, C. R. L., *et al.* **Enfermagem em centro cirúrgico e clínica cirúrgica.** In: FIGUEIREDO, N. M. A., VIANA, D. L., MACHADO, W. C. A. Tratado prático de Enfermagem. 2ª ed., v. 2, Rio de Janeiro: Editora Yendis. 2009. Capítulo 2: p. 55-87.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratamento Pós-Operatório de Enfermagem.** In: Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 9ª ed. V. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Capítulo 18; p. 337-343.

CAPÍTULO 14

ALTERAÇÕES RENAIIS PROVOCADOS PELO USO CRÔNICO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/04/2022

Mariane Vieira Barroso

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão- UniFacema
Caxias-MA
<http://lattes.cnpq.br/2286096723493702>

Sonia Pantoja Nascimento Lima

Universidade Estadual do Maranhão- UEMA
Caxias-MA
<https://orcid.org/0000-0003-0657-0031>

Polyana Magalhães Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Goiânia- Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7063794385211424>

Denise Ramos Rangel Bolzan

Centro Universitário do Planalto Central
Aparecido dos Santos. UNICEPLAC
Gama- DF
<http://lattes.cnpq.br/5293149739090524>

Thiago Pontes da Fonseca

Faculdade Gianna Beretta- FGB
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9620190039877344>

Luzinete Araujo Nepumoceno

Faculdade Juscelino Kubitschek -FacJK –
Taguatinga
Brasília- DF

Paulo Humberto Teixeira

Faculdade de Medicina da Universidade
Católica de Brasília – UCB
Brasília- DF
<http://lattes.cnpq.br/3236130022609777>

Andreia Moraes Teixeira

Ses-DF Hospital Regional do Gama (HRG)
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/3554696907531081>

Erineuda Maria Bezerra Moura

Universidade Estadual da Paraíba-UEPB
Fortaleza- CE

Zoneide Maria Bezerra

Universidade Estadual do Ceará -UECE
Picos – PI

Ana Claudia Rodrigues da Silva

Secretaria Estadual de Saúde- SES. Brasília-
DF
Valparaíso de Goiás - Goiás
<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-7084-3076>

Thais Máximo Resende Gonçalves

Faculdade CGESP- Goiânia
Uruana- GO

RESUMO: Os danos renais podem ser provocados por vários fatores, um deles é pelo uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroides, e pela acessibilidade da população adquirir esse medicamento, que possibilita no aumento dos riscos de desenvolver lesões renais pelo o uso abusivo. O presente estudo teve como objetivo analisar as alterações renais que podem

ser causadas pelo uso prolongado dos Anti-inflamatórios não esteroides. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica da literatura, do tipo revisão integrativa, utilizou-se de descritores obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH), dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos títulos CINAHL, como critérios de inclusão utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos anos de 2012 até 2017, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, foram excluídos capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos, ao final, foram selecionados para a análise de quatro (4) artigos na base BVS e oito (8) artigos na base PubMed e na CINAHL não se obteve artigos condizentes com o tema. Todos os artigos estavam (100%) no idioma inglês. A principal linha de pesquisa investigada nessa temática aborda o “Uso de anti-Inflamatórios não esteroides e os danos renais na pessoa idosa”. Os anti-inflamatórios não esteroides são um grupo de medicamentos mais usados pela população em geral e principalmente por idosos e pacientes com artrite reumatoide, sendo um fármaco indicado para o controle de dores e processos inflamatórios. Pode-se concluir que os AINES tanto seletivos e não seletivos podem causar alterações renais, os que mais provocam alterações a nível renal são diclofenaco, ibuprofeno, meloxicam e naproxeno em um período de tempo de 1 mês, onde eles aumentavam em até 3 vezes o risco de lesão renal aguda e a progressão da doença renal crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Anti-inflamatório não esteroides. Alterações renais.

KIDNEY ALTERATIONS CAUSED BY THE CHRONIC USE OF NON-STEROID ANTI-INFLAMMATORY AGENTS IN THE ELDERLY: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Kidney damage can be caused by several factors, one of which is the prolonged use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, and the accessibility of the population to acquire this drug, which increases the risk of developing kidney damage due to abusive use. The present study aimed to analyze the kidney changes that can be caused by the prolonged use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. This is an integrative review of the literature, using descriptors obtained from the Medical Subject Headings (MESH), Health Sciences Descriptors (DeCS) and CINAHL titles, as inclusion criteria used. Studies were available in their entirety, published in the years 2012 to 2017, in Portuguese, Spanish and English, book chapters, abstracts, incomplete texts, theses, dissertations, monographs, technical reports and other forms of publication were excluded. complete scientific articles, in the end, were selected for the analysis of four (4) articles in the BVS database and eight (8) articles in the PubMed database and in CINAHL no articles were found consistent with the topic. All articles were (100%) in English. The main line of research investigated in this topic addresses the “Use of non-steroidal anti-inflammatories and kidney damage in the elderly”. Non-steroidal anti-inflammatory drugs are a group of drugs most used by the general population and especially by the elderly and patients with rheumatoid arthritis, being a drug indicated for the control of pain and inflammatory processes. It can be concluded that both selective and non-selective NSAIDs can cause renal changes, the ones that most cause changes at the renal level are diclofenac, ibuprofen, meloxicam and naproxen in a period of time of 1 month, where they increased up to 3 times the risk of acute kidney injury and progression of chronic kidney disease.

KEYWORDS: Elderly. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. Kidney disorders.

1 | INTRODUÇÃO

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são grupos de fármacos que estão divididos em subgrupos, os não-seletivos e os seletivos, esses medicamentos são os mais prescritos pelos médicos, onde o alto consumo desse fármaco está principalmente na população idosa, para o controle da dor e combater algum processo inflamatório (NDERITU, DOOS, STRAUSS et al., 2013).

Os danos renais podem ser provocados por vários fatores, um deles é pelo uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroides, e pela acessibilidade da população adquirir esse medicamento, que possibilita no aumento dos riscos de desenvolver lesões renais pelo uso abusivo. Pacientes que fazem o uso crônico dos AINEs, principalmente idosos com osteoartrite e artrite reumatoide devem ser frequentemente monitorados quanto a toxicidade renal (FINE, 2013).

Os fármacos anti-inflamatórios esteróides não só causam insuficiência renal aguda e crônica, mas também têm impactos negativos no curso da Doença Renal Crônica (DRC). Os AINEs utilizados com drogas anti-hipertensivas resultam na redução da eficácia anti-hipertensiva. Uma das razões por trás do uso inadequados desses medicamentos são queixas relacionadas a dores articulares devido ao envelhecimento (LIPWORTH, ABDEL-KADER, MORSE, et al., 2016).

Tendo em vista que o uso prolongado, excessivo e fácil acesso aos anti-inflamatório não esteroides que podendo estar associados a alterações renais, elaborou-se a seguinte questão da pesquisa: Quais as alterações renais que podem surgir em idosos pelo o uso prolongado de anti-Inflamatórios não esteroides?

O presente estudo teve como objetivo analisar as alterações renais que podem ser causadas pelo uso prolongado dos Anti-inflamatórios não esteroides. Assim, justifica-se a escolha do tema pelo fato do mesmo ser bastante relevante dentro do contexto do uso frequente e prolongado de anti-inflamatórios não esteroides pela comunidade e também em função da indicação rotineira a pessoas idosas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica da literatura, do tipo revisão integrativa. De acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014), a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Utilizou-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente (P), Intervenção (I) e Contexto (Co), na qual foi empregada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: Quais evidências de que o uso prolongado de anti-inflamatório não esteroides por pessoas idosas podem causar danos renais? ”

Os descritores estavam indexados nos idiomas português, inglês e espanhol, obtidos a partir do Medical Subject Headings (MeSH), dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos títulos CINAHL, como mostra o Quadro 1.

Elementos	DeCS	Títulos CINAHL	MeSH
P: Idoso	Idoso Pessoas idosas População idosa Pessoas de idade	Aged	Aged
I: Anti-inflamatório não esteroides	Agentes Anti-Inflamatórios não Esteroides Agentes Similares à Aspirina Fármacos Anti-Inflamatórios não Esteroides Analgésicos Anti-Inflamatórios Antirreumáticos não Esteroides	Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal Antiinflammatory Agents, Steroidal Antiinflammatory Agents	Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal
Co: Danos renais	Doença Renal Insuficiência do Rim Doença renal crônica	Kidney Diseases Kidney Failure, Chronic	Kidney Diseases

Quadro 1 – Elementos da estratégia PICo e descritores utilizados – Caxias, MA, Brasil, 2018.

Fonte: Banco de dados, 2018.

Os termos utilizados durante a pesquisa foram classificados e combinados nos bancos de dados, resultando em estratégias específicas de cada base.

Como critérios de inclusão utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos de 2012 até 2017, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos.

Ao final, foram selecionados para a análise de quatro (4) artigos na base BVS e oito (8) artigos na base PubMed e na CINAHL não se obteve artigos condizentes com o tema, que ilustra o processo de seleção dos artigos desta revisão integrativa.

Foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos e criadas categorias analíticas que facilitou a ordenação e a sumarização de cada estudo. Optou-se pela análise em forma estatística e de forma de texto, utilizando cálculos matemáticos e inferências, que serão apresentados em quadros e tabelas para facilitar a visualização e compreensão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das produções científicas incluídas (N = 12) que na maioria consistia em pesquisas quantitativas com 75% (8/12). A principal linha de pesquisa investigada nessa temática aborda o Uso de anti-Inflamatórios não esteroides e os danos renais na pessoa

idosa. No quadro 2 está representado a distribuição dos artigos selecionados para o estudo que estavam de acordo com o tema de pesquisa e que se encontravam relevantes para a discussão e ainda para o alcance dos objetivos propostos, bem como suas especificidades.

Nº de Ordem	Título	Objetivo Principal	Ano de Publicação/ Base de dados e País	Delimitação da Pesquisa	Principais Resultados
A1 (LIPWORTH, ABDEL-KADER, MORSE, et al., 2016)	High Prevalence. Of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use among Acute Kidney Injury Survivors in The Southern Community Cohort Study	Encontrar a taxa de uso inadequado de drogas entre os pacientes com DRC.	2016 / Pubmed/ Estados Unidos	Estudo de Coorte	Este estudo inclui um total de 185 participantes - 97 do sexo feminino (52,4%) e 88 do sexo masculino (47,6%). A idade média dos pacientes foi de 60,50 ± 14,56. Foi demonstrado que 149 pacientes (80,5%) estavam usando drogas inadequadas.
A2 (CHANG, LIU, HSU et al., 2015)	Adverse Effects Of Oral Nonselective And Cyclooxygenase-2-Selective Nsaids On Hospitalization For Acute Kidney Injury: A Nested Case-Control Cohort Study.	Investigar em uma população chinesa a relação entre o uso de AINEs de curto prazo e o desenvolvimento de doença renal terminal que requerem diálise crônica.	2015 / Pubmed/ China	Estudo De Coorte De Caso- Controle Aninhado.	O uso de AINEs foi considerado um fator de risco significativo associado ao início da diálise. O OR ajustado foi de 2,73 (IC 95%: 2,62-2,84) para AINEs não-seletivos e 2,17 (IC 95%: 1,83-2,57) para celecoxib. O OR atingiu 3,05 para o uso de derivados de ácido acético.
A3 (HSU, WANG, HSU et al., 2015)	Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Risk of Chronic Kidney Disease in Subjects With Hypertension	Examinar os efeitos do uso de drogas anti-inflamatórias não esteroides (AINE) no risco de doença renal crônica (DRC), especialmente em indivíduos com hipertensão.	2015 / Pubmed/ China	Estudo de Coorte Longitudinal	Os resultados mostraram que o uso de AINEs foi associado com um aumento de 1,18 vezes no risco de DRC em indivíduos tomando AINEs por 1 a 89 dias; e um 1,32 vezes maior risco de DRC em hipertensos que tomam AINEs por ≥90 dias, em comparação com indivíduos que não tomam qualquer AINEs, depois de controlar os fatores de confusão
A4 (CHOU, SHIH, CHEN et al.,2016)	Association Of Individual Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs And Chronic Kidney Disease	Investigar a associação entre o uso de anti-inflamatórios não-esteroides seletivos (AINEs ou da ciclooxigenase (COX) -2 e o risco de lesão renal aguda (LRA) em uma população asiática geral.	2016 / Pubmed/ Itália	Estudo caso-controle aninhado	Durante o período do estudo, identificamos 6199 pacientes com LRA e 24.796 controles pareados. No geral, os usuários atuais (OR ajustado 2,73, intervalo de confiança de 95% [IC] 2,28–3,28) e usuários recentes (OR ajustada 1,17, IC 95% 1,01–1,35) foram associados com risco aumentado de hospitalização por IRA.
A5 (CAO; TIAN; WANG et al., 2014)	Increased Risk Of End-Stage Renal Disease (Esr) Requiring Chronic Dialysis Is Associated With Use Of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (Nsaids): Nationwide Case-Crossover Study.	Determinar as características clinicopatológicas da inflamação hepato-nefrotóxica induzida por anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em pacientes chineses	2014 / Pubmed/ China	Um Estudo De Caso- Controle	Sete dos 59 pacientes (11,8%) foram identificados com hepatonefrotóxicidade aguda induzida por AINEs. Os fatores de risco de nefrotóxicidade aguda induzida por AINEs têm idade superior a 60 anos (57,1%), alta prevalência de uso de álcool (71,4%) e marcadores positivos do vírus da hepatite B (HBV) (85,7%).

<p>A6 (INGRASCIOTTA, SULTANA, CAPUTI et al., 2014)</p>	<p>Chronic Nsaid Use And Long-Term Decline Of Renal Function In A Prospective Rheumatoid Arthritis Cohort Study</p>	<p>O objetivo deste estudo de caso-controle de base populacional foi avaliar a associação entre o uso de AINEs individuais e o risco de DRC em uma população geral do sul da Itália</p>	<p>2014/ Bireme/ Suíça</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>No geral, 1.989 casos de DRC e 7.906 controles pareados foram identificados. Um aumento estatisticamente significativo no risco de DRC foi encontrado para os usuários atuais de oxicams para ceterolaco), e piroxicam</p>
<p>A7 (LIPWORTH; ABDEL-KADER; MORSE et al., 2016)</p>	<p>The Risks And Benefits Of Patients Temporarily Discontinuing Medications In The Event Of An Intercurrent Illness: A Systematic Review Protocol</p>	<p>Examinar a prevalência e os preditores do uso de AINEs entre os sobreviventes de IRA.</p>	<p>2016/ Pubmed/ Estados Unidos</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>Cento e cinquenta e quatro sobreviventes de IRA (19%) referiram uso regular de AINEs no recrutamento de coorte (52 prescrições, 81 OTC, 21 ambos) e a porcentagem de utilizadores de AINEs não variou com o tempo desde o evento AKI. Hipertensão (83%), artrite (71%), insuficiência cardíaca (44%), DRC (36%) e diabetes (35%) foram prevalentes entre os usuários de AINEs.</p>
<p>A8 (MORDEN, HORWOOD, WHITING et al., 2015)</p>	<p>Characteristics And Clinical Outcome Of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug-Induced Acute Hepato-Nephrotoxicity Among Chinese Patients.</p>	<p>Abordar as evidências disponíveis para a interrupção temporária de diuréticos, inibidores da ECA, bloqueadores dos receptores da angiotensina, inibidores diretos da renina, anti-inflamatórios não-esteroides, metformina e sulfonilureias para aqueles com risco de IRA ou com diagnóstico recente de IRA.</p>	<p>2015 / Pubmed/ China</p>	<p>Revisão Retrospectiva</p>	<p>Esses medicamentos são extremamente comumente prescritos, e o consenso dos especialistas (posteriormente incorporado nas diretrizes clínicas) recomenda a descontinuação destes medicamentos para indivíduos em risco de IRA durante uma doença intercorrente</p>
<p>A9 (MÖLLER; PRUIJM; ADLER et al., 2015)</p>	<p>Analgesia dose prescribing and estimated glomerular filtration rate decline: a general practice database linkage cohort study</p>	<p>Avaliar o impacto da exposição prolongada aos AINEs sobre a função renal em uma grande coorte de pacientes com artrite reumatóide (RA).</p>	<p>2015/ Bireme/ Inglaterra/ Reino Unido</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>O resultado primário foi a taxa estimada de filtração glomerular de acordo com a fórmula de Cockcroft-Gault (eGFR_{CG}) e as modificações da dieta em doenças renais e equações de fórmula de colaboração em epidemiologia crônica da doença renal e concentrações séricas de creatinina.</p>

A10 (NDERITU, DOOS, STRAUSS et al., 2014)	Status of non-steroidal anti-inflammatory drugs use and its association with chronic kidney disease: A cross-sectional survey in China	Pretendemos quantificar o efeito de curto prazo de drogas anti-inflamatórias não-esteroides (AINEs), aspirina e paracetamol analgesia dose prescrita no declínio da taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) na população de prática geral.	2014/ Bireme/ China	Estudo coorte transversal	Foram 4145 pacientes (idade média de 66 anos, 55% do sexo feminino) com prevalência de analgesia de 17,2% para AINEs, 39% para aspirina e 22% para paracetamol e prevalência de CKD em estágio 3-5 foi de 16,1% (n = 667). As doses normais ou altas de AINE e prescrição de paracetamol não foram significativamente associadas ao declínio do eGFR.
A11 (PAN, ZHANG, WANG et al., 2014)	Inappropriate Use Of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs And Other Drugs In Chronic Kidney Disease Patients Without Renal Replacement Therapy	explorar o estado do uso de AINEs na China, bem como a associação transversal entre a ingestão de AINE e a presença de doença renal crônica (DRC).	2014/ Bireme/ Turquia	Estudo de coorte	No total, 1129 participantes relataram uso regular de AINEs, com a prevalência ajustada de 3,6% (IC95%, 3,2% -3,9%). E 76,9% deles (n = 868) tomaram analgésicos contendo fenacetina, com uma prevalência ajustada de 3,2% (IC 95%, 2,9% -3,5%).
A12 (WEI, MACDONALD, JENNIINGS et al., 2013)	Estimated Gfr Reporting Is Associated With Decreased Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Prescribing And Increased Renal Function.	Determinar a prescrição de AINEs antes e depois da implementação do relatório de TFGe e avaliar a função renal em pacientes que usaram AINEs, mas os interromperam após a implantação do relatório de TFGe.	2013 / Pubmed/ Escócia	Estudo Longitudinal	As prescrições para AINEs diminuíram significativamente de 39.459 para 35.415 após a implementação do relatório de eGFR do segundo trimestre de 2005 em comparação com o primeiro trimestre de 2007. O relatório de eGFR foi associado com prescrições reduzidas de AINEs (odds ratio ajustado, 0.78).

Quadro 2 - Distribuição das publicações incluídas segundo o título, objetivo principal, ano de publicação, base de dados e país onde o estudo foi realizado, delineamento da pesquisa e principais resultados. Caxias, MA, 2018.

Os tópicos a seguir serão discutidos de acordo com a amostra de artigos encontrados nas bases de dados descritas. Serão discutidos em tópicos que abordarão sobre o uso dos anti-inflamatórios não esteroides e as alterações renais em pessoas idosas descritas em publicações online.

3.1 Alterações renais provocados pelos AINES

Os anti-inflamatórios não esteroides são um grupo de medicamentos mais usados pela população em geral e principalmente por idosos e pacientes com artrite reumatoide, sendo um fármaco indicado para o controle de dores e processos inflamatórios. Os AINEs por serem medicamentos de fácil acesso a população, acaba que seu uso seja contínuo e com isso provocando efeitos adversos a nível renal em especial pessoas idosas (LIPWORTH, ABDEL-KADER, MORSE, et al., 2016).

Lipworth et al., (2016) demonstraram em seu estudo, que o uso frequente dos AINEs é mais frequente por pessoas com doenças articulares. Segundo Morden et al., (2015) os

AINEs são fármacos recomendados para o controle da dor, especialmente para a dor da osteoartrite em idosos. O uso dessas substâncias traz melhora considerável de imediato, mas complicações posteriores podem advir, como o risco de danos nos rins.

Os AINEs afetam a função renal, pela inibição da produção de prostaglandinas nos rins. Os pacientes que apresentam DRC são aqueles com idade avançada e que estão com diferentes comorbidades, assim aumentando o uso de AINEs. Esses anti-inflamatórios são importantes na ocorrência de lesão renal aguda e a progressão da DRC, assim levando à retenção de sódio, edema, hipertensão e hipercalemia (WEI, MACDONALD, JENNINGS et al., 2013)

Hsu et al., (2015) em seu estudo de coorte seus resultados revelaram que o uso de AINEs aumentou significativamente o risco de DRC entre pessoas com hipertensão arterial. Em seu estudo também mostra que tanto a dose de exposição dos AINEs e a duração exercem um papel na DRC.

Segundo Lipoworth et al., (2016) relata que pacientes com algum comprometimento renal, como insuficiência renal aguda apresentam, um risco elevado na alteração renal no futuro, onde no seu estudo realizado foi demonstrado que de cinco pacientes com lesão renal aguda um estava consumindo AINEs regularmente e que a prevalência permaneceu alta, independentemente do tempo desde do último acontecimento mais recente de LRA.

Os efeitos indesejáveis provocados pelos os AINEs na função renal são bem conhecidos. Um estudo demonstrou que pacientes com doença renal crônica tinham em média 65 anos ou mais, e o uso inapropriado desse fármaco foi maior nessa mesma faixa etária, o uso desse fármaco foi associado também a um duplo aumento do risco de DRC em pessoas com mais de 65 anos (LIPWORTH, ABDEL-KADER, MORSE, et al., 2016).

Segundo o mesmo autor descreve ainda que o uso de forma irregular dos AINEs e outros fármacos não só aumentam o risco de DRC em alguns grupos de risco, mas também pioram o grau de disfunção renal, e assim acelerando o progresso na doença renal crônica.

Pan et al., (2014) em seu estudo demonstrou que o consumo dos AINEs com altas doses foi associado ao aumento do risco de DRC. Onde em sua análise foram utilizados dados de uma amostra representativa nacional de adultos, mostrou que na população adulta chinesa relatou uso regular de AINEs e a maioria deles ingeriu analgésicos contendo fenacetina.

A diminuição da função renal em seu estudo aconteceu apenas em pacientes com DRC em estágio 4 ou 5. Relataram ainda que pacientes com AR (Artrite Reumatoide) com a função renal preservada não houve diminuição significativa da função renal apesar do uso prolongado de AINEs na maioria dos pacientes com AR (MÖLLER, PRUIJM, ADLER et al., 2015)

Segundo Cao et al., (2014) a nefrotoxicidade aguda induzida pelos AINEs e seu uso a longo prazo ocorreu exclusivamente em pacientes idosos que faziam a utilização dos AINEs por mais de uma dose recomendada. Pacientes com algum comprometimento renal

é um risco, e contraindicado para o uso de AINEs. Relataram ainda no seu estudo realizado com pacientes com algum comprometimento renal têm um risco significativo no declínio da função renal quando expostos a AINEs não seletivos.

3.2 AINES seletivos e não seletivos e os danos renais

Segundo Chang et al., (2015) os usuários de AINEs seletivos e não seletivos eram propícios a desenvolver uma DRC, no entanto o risco dos AINEs não-seletivos foi maior do que os AINEs seletivos. Dos AINEs não-seletivos, quase todos os derivados mostraram ser capazes de causar efeitos negativos à função renal.

Em um estudo de coorte de controle aninhado, descrevem que o uso de AINEs não seletivos em vez de AINEs COX-2 seletivos foi associado com risco aumentado de hospitalização por LRA dentro de 1 mês da primeira prescrição, embora o risco não tenha aumentado em usuários passados do que controles não expostos, possivelmente devido à confusão em covariáveis de linha de base entre exposição remota e desfechos (CHOU, SHIH, CHEN et al.,2016).

Ingrasciotta et al., (2014) relatam que o uso prolongado de AINEs, como o piroxicam, é conhecido por resultar em lesão renal aguda, incluindo necrose papilar renal. O risco mais elevado de DRC foi observado nos fármacos piroxicam e o ceterolaco, onde causaram também um maior risco de outros efeitos secundários no sistema gastrointestinal superior. A toxicidade renal pode ser um risco para pacientes nos quais as prostaglandinas renais desempenham um papel importante na manutenção da perfusão renal.

Os riscos de doença renal em fase terminal estão associados à exposição a curto prazo de fármacos anti-inflamatórios não esteroides, por diferentes doses de exposição. Em análises, os AINEs, tanto seletivos e não seletivos, foram associados com um maior risco de desenvolver doença renal em fase terminal, isso foi consistente em diferentes características do paciente, comorbidades e eventos agudos no período do caso (CHANG, LIU, HSU et al.,2015).

Nderitu et al., (2014) a prescrição de AINEs ou de paracetamol de dose normal ou alta e a prescrição de aspirina de dose normal ao longo de 2 anos não afetaram significativamente o risco de declínio de eGFR entre os pacientes de clínica geral com função renal bem preservada ou prejudicada. Segundo Pan et al., (2014) a produção de prostaglandinas contribui para a regulação do fluxo sanguíneo renal, manuseio tubular de sódio, transporte de água tubular e liberação de renina, inibindo cicloxigenases. O resultado final devido ao abuso de AINEs é a diminuição da produção de prostaglandinas, o que leva à diminuição da perfusão vascular, vasoconstrição e eventualmente a necrose isquêmica.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que os AINES tanto seletivos e não seletivos podem causar

alterações renais, os que mais provocam alterações a nível renal são diclofenaco, ibuprofeno, meloxicam e naproxeno em um período de tempo de 1 mês, onde eles aumentavam em até 3 vezes o risco de lesão renal aguda e a progressão da doença renal crônica. O piroxicam e o cetodolaco derivado do ácido indolilacético podem provocar complicações renais em até 2 semanas.

Os anti-inflamatórios não esteroides são um dos medicamentos mais consumidos pela população em especial o idoso esse fármaco é de fácil acesso a população, pois uso prolongado ou quando em elevada concentração podem causar alterações renais.

É importante ressaltar que para a redução de risco de alterações renais causados por esse fármaco, deve ser levado em consideração que a prescrição em doses baixa e pelo menor tempo é uma estratégia usada para minimizar esses riscos.

REFERÊNCIAS

BORK, A. N. M. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CAO, YL.; TIAN, ZG.; WANG, F. et al. **Characteristics and clinical outcome of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced acute hepato-nephrotoxicity among Chinese patients**. *World J Gastroenterol*. 14 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194579/> doi: 10.3748 / wjg.v20.i38.13956 .

CHANG, YK.; LIU, JS.; HSU, YH. et al. **Increased Risk of End-Stage Renal Disease (ESRD) Requiring Chronic Dialysis is Associated With Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs): Nationwide Case-Crossover Study**. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Sep; 94(38): e1362. doi: 10.1097/MD.0000000000001362. PMID: 26402800; PMCID: PMC4635740.

CHOU, CI.; SHIH, CJ.; CHEN, YT. et al. **Adverse effects of oral nonselective and cyclooxygenase-2-selective nsoids on hospitalization for acute kidney injury: a nested case-control cohort study**. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar; 95(9): e2645. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782836/> doi: 10.1097 / MD.0000000000002645.

ERCOLE, F; MELO, F; ALCOFORADO, C, L, G. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. *REME rev. min. enferm*; 18(1): 09-11, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-25575>.

FINE, M. **Quantifying The Impact Of NsaidAssociated Adverse Events**. *The American Journal of Managed Care*. 2013 Nov; 19 (14 Suppl): S267-72. Disponível em: https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/ca1b617f629155305983135b374c7f6265bdc31e.pdf/A467_Nov13_NSAIDS_Fine.pdf.

HSU, CC; WANG, H; HSU, YH. et al. **Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Risk of Chronic Kidney Disease in Subjects With . Hypertension**. 2015; 66: 524-533 Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.05105>.

INGRASCIO, Y.; SULTANA, J.; GIORGIANNI, F. et al. **The Burden of Nephrotoxic Drug Prescriptions in Patients with Chronic Kidney Disease: A Retrospective Population-Based Study in Southern Italy**. *PLoS ONE*. 9(2): e89072. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089072>.

LIPWORTH, L.; ABDEL-KEDER, K.; MORSE, J. et al. **High Prevalence Of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use Among Acute Kidney Injury Survivors In The Southern Community Cohort Study.** *Bmc Nephrol* . 2016; 17: 189. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0411-7>.

MÖLLER, B.; PRUIJM, M.; ADLER, S. et al. **Chronic NSAID use and long-term decline of renal function in a prospective rheumatoid arthritis cohort study.** *Ann Rheum Dis*. 2015 Abr; 74 (4): 718-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204078>.

MORDEN, A.; HORWOOD, J.; WHITING, P. et al. **The risks and benefits of patients temporarily discontinuing medications in the event of an intercurrent illness: a systematic review protocol.** *Syst Rev*. 4, 139 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0135-y>.

NDERITU, P.; DOOS, L.; STRAUSS, V. Y. et al. **Analgesia dose prescribing and estimated glomerular filtration rate decline: a general practice database linkage cohort.** *BMJ Open*. 2014;4:e005581. doi:10.1136/bmjopen-2014-005581.

NDERITU, P.; DOOS, L.; STRAUSS, V. Y. et al. **Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs And Chronic Kidney Disease Progression: A Systematic Review.** *Family Practice*. Volume 30, Issue 3, June 2013, Pages 247–255, <https://doi.org/10.1093/fampra/cms086>.

PAN, Y.; ZHANG, L.; WANG, F. et al. **Status Of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs Use And Its Association With Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Survey In China.** *Nephrology*. 2014. Oct;19(10):655-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nep.12318>.

WEI, L.; MACDONALD, T. M.; JENNINGS, C. et al. **Estimated GFR reporting is associated with decreased nonsteroidal anti-inflammatory drug prescribing and increased renal function.** *Kidney International*. 2013 jul; 84 (1): 174-178. doi: 10.1038 / ki.2013.76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697045/>

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/06/2022

Andreia Tanara de Carvalho

Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Ana Paula Wunder

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Alice Beatriz Bennemann

RESUMO: Os serviços de urgência e emergência compreendem o atendimento dos portadores de quadros agudos e severos, traumática, de natureza clínica, ou psiquiátrica, possuindo o desafio de disponibilizar uma assistência de qualidade num lugar onde as demandas das urgências se misturam. Nesse sentido, o acolhimento e a classificação de risco tem uma grande importância no serviço de urgência e emergência, especialmente para ajudar no primeiro diagnóstico, classificação e correto encaminhamento do paciente. O objetivo deste trabalho foi descrever o acolhimento e classificação de risco nos atendimentos realizados em unidades de urgência e emergência, através

de uma pesquisa bibliográfica. Verificou-se que o acolhimento pode interferir positivamente na percepção da doença e classificação de risco do paciente por parte do profissional no atendimento, o que facilita o correto encaminhamento para o devido manejo. Métodos de classificação de risco, como o Manchester, por exemplo, podem ser adotados para qualificar os atendimentos de urgência e emergência. Por fim, necessita-se ainda de uma maior capacitação e interação dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem no processo de gestão de forma a opinarem nas melhores formas e protocolos de atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Humanização. Classificação de risco. Enfermagem.

ABSTRACT: Urgent and emergency services comprise the care of patients with acute and severe, traumatic, clinical or psychiatric conditions, having the challenge of providing quality care in a place where the demands of emergencies are mixed. In this sense, reception and risk classification are of great importance in the urgency and emergency service, especially to help in the first diagnosis, classification and correct referral of the patient. The objective of this study was to describe the reception and risk classification in care provided in urgency and emergency units, through a literature search. It was found that the reception can positively interfere in the perception of the disease and risk classification of the patient by the professional in the care, which facilitates the correct referral for the proper management. Risk classification methods, such as Manchester, for example, can

be adopted to qualify urgent and emergency care. Finally, there is still a need for greater training and interaction of health professionals, especially nursing in the management process in order to give their opinion on the best forms and protocols of care.

KEYWORDS: Reception. Humanization. Risk rating. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência disponibilizados para a população em unidades de saúde no Brasil compreendem o atendimento dos portadores de quadros agudos e severos, traumática, de natureza clínica, ou psiquiátrica, onde possuem o objetivo de resolução dos problemas de saúde dos pacientes que chegam até estes locais. Estes tipos de serviços são disponibilizados, geralmente 24 horas por dia, sendo compreendido como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Possuem ainda o desafio de disponibilizar uma assistência de qualidade num lugar onde as demandas das urgências se misturam (BRASIL, 2009).

Nesse sentido um atendimento justo e humanizado se faz necessário para agregar qualidade a estes tipos de serviços prestados. Segundo Santos et al., (2002) o acesso dos usuários aos serviços de saúde pode ser ampliado através do acolhimento no atendimento, implicando na humanização da relação profissional/usuário e na responsabilidade para com a vida das pessoas. As técnicas de acolhimento tendem a inserir de forma mais sistêmica este processo de humanização no atendimento e também no tratamento, e com isso, resultar numa adesão maior nos respectivos tratamentos, quando necessário.

A Política Nacional de Humanização (PNH) iniciou em 2003 buscando colocar os princípios do SUS nos serviços de saúde, para modificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2013). É um sistema de soluções na área de gestão em saúde para a humanização e melhorar a relação entre os usuários e trabalhadores dos serviços de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2011). A humanização em serviços de emergência deve fazer parte do processo das instituições. A filosofia do trabalho deve estar alinhada com crenças e valores do hospital, sendo o diferencial do atendimento. Para a organização no atendimento de emergência é preciso dar o destino correto ao paciente, atendo-o conforme os preceitos do SUS e para isso foi criado o acolhimento com classificação de risco (ACR) (NASCIMENTO *et al.*, 2011). O ACR é um instrumento humanizado que reorganiza o processo de trabalho na tentativa de melhorar o atendimento e consolidar o SUS, estabelecendo mudança na forma e no resultado no atendimento ao usuário (RIBEIRO; CASTRO, 2011). O acolhimento e a classificação de risco têm uma grande importância nos serviços de urgência e emergência, e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield (2004).

Outro fator importante com relação ao ACR relaciona-se com a questão da agilidade no atendimento de pessoas mais necessitadas (nível de complexidade), ao invés de outros critérios antigamente usados, como ordem de chegada, por exemplo (BRASIL, 2009).

2 | POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A PNH, que foi criada a partir de discussões sobre o tema na 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1992, e instituída logo após pelo SUS, tem por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde, ou seja, é uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

Como resultado desta evolução o SUS instituiu uma política pública que, apesar dos avanços acumulados, hoje ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais. Oliveira et al.,(2006) citam ainda que a fragmentação da rede assistencial, associada à precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde.

Diversas interpretações norteiam o acolhimento, de modo geral, no campo da ética e na política de saúde, particularmente, compõe uma das diretrizes da atual PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetivo (BRASIL, 2006).

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006), deve ser assegurada ao usuário: o direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Dessa forma, podemos dizer que o atendimento humanizado é aquele que considera a integralidade da “unidade de cuidado”, ou seja, ele pressupõe a união entre a qualidade do tratamento técnico e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, familiares e equipe.

Por isso, de um modo geral, a humanização tornou-se uma preocupação dos profissionais de saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos e portadores de doenças mentais, devido às condições especiais que esses pacientes apresentam.

O acolhimento, por sua vez, tende a inserir de forma mais sistêmica este processo

de humanização no tratamento, e com isso, resultar numa adesão maior nos respectivos tratamentos.

3 | POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Identificando os problemas existentes em urgências e emergências o Ministério da Saúde viu a necessidade da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2003, criando assim uma rede regionalizada e hierarquizada dos atendimentos, melhorando a organização da assistência, articulando serviços, definindo fluxos e promovendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2006).

As normas que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências dizem que com a sobrecarga de atendimentos nas portas dos hospitais e aumento da violência, acidentes, doenças crônicas, a insuficiência da rede básica a atenção a urgência foi centrada na atenção hospitalar, a partir, da segunda década de 1990 a implementação das Centrais de Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas grandes capitais, como linha auxiliar da porta hospitalar. Assumido pelos estados e grandes municípios inspirados nos modelos de SAMU francês referente feito um acordo de cooperação técnica com a França e o Brasil. Com a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24hs). As políticas de organizações de urgências e emergências são realmente recentes (IBANEZ, 2011).

4 | O ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As técnicas de acolhimento tendem a inserir de forma mais sistêmica este processo de humanização no atendimento e também no tratamento, e com isso, resultar numa adesão maior nos respectivos tratamentos, quando necessário.

Dessa forma, o acolhimento pode ser entendido como “um processo, ou prática de trabalho que foca na garantia da escuta, do estabelecimento de uma relação vincular, responsabilização, atenção resolutiva, promoção da cidadania e autonomização do usuário” (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006). Os pacientes que buscam atendimento nos serviços de urgência e emergência apresentam uma gama muito variada de demandas, desde atendimentos para os chamados check-ups, acompanhamentos de pré-natal, doenças psicossociais, clínica gerais, dentre outras. Por isso, “para o profissional médico dar um diagnóstico exato da doença no primeiro atendimento e determinar o manejo necessário é sempre complicado, porém, importante” (LIMA NETO *et al.*, 2013).

Por isso, desperta a necessidade do profissional avaliar o paciente de forma holística, ou seja, de forma interdisciplinar, contemplando conceitos da psicologia, medicina, serviço social, enfermagem, dentre outros. Neste caso, o profissional deve prever esta concepção diferenciada de atendimento, de forma mais humanizada e dando mais valor para o

feedback entre o profissional e o paciente (SHIROMA; PIRES, 2011).

Ao se aplicar os conceitos do acolhimento em unidades de pronto atendimento e internação, o profissional de atendimento e das áreas médicas deve se deter a uma série de fatores e preferencialmente, seguir alguns passos. O autor Soares (2011) sugere algumas etapas, que são descritas na figura 1.

Etapas do acolhimento	Ações	Sujeito da ação
Acesso	Receber o paciente. Prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança ao paciente. Aproximar-se da família, confortando-a e esclarecendo as normas e rotinas da instituição. Adequar o ambiente de forma que os familiares tenham conforto enquanto aguardam informações.	Equipe de saúde
Escuta	Incentivar paciente e familiar a questionarem sobre suas dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação. - Estabelecer uma relação de confiança na qual o paciente e família sintam-se seguros e que possam expressar suas dúvidas, medos e angústias.	Equipe de saúde
Diálogo	Orientar a família sobre o que está acontecendo com o paciente, enfatizando que tudo está sendo feito para manter a sua saúde usando palavras de fácil compreensão.	Equipe de saúde
Apoio	Oferecer apoio e conforto ao paciente e família. Orientar a família sobre as condições do paciente antes da visita. Identificar as necessidades de informação e amparo do paciente e família, buscando ajudá-los a satisfazer tais necessidades.	Equipe de saúde
Vínculo	Orientar sobre os benefícios do tratamento e as complicações que podem ocorrer. Flexibilizar o horário da visita quando houver necessidade. Estar aberto ao outro.	Enfermeiro da unidade

Figura 1 - Proposta de acolhimento em uma unidade de internação

Fonte: SOARES, 2011

Portanto, o profissional médico deve ter a capacidade de estimular o paciente a desenvolver atitudes e habilidades comunicativas durante o atendimento, assim como, ter a capacidade de entender e lidar com as relações interpessoais do mesmo. A operacionalização desses objetivos ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Kolling (2015) afirma que esta aproximação entre o profissional e o paciente durante

o atendimento pode ser realizado através de um método que ele chama de (método centrado na pessoa). Dessa forma, de acordo com Kolling (2015) “o método centrado na pessoa pressupõe uma transferência, em algum grau, do poder, classicamente, para o paciente, no que tange a condução da consulta, à análise da situação e ao processo de tomada de decisão a respeito do manejo”.

Nesta proposta, o autor afirma que o atendimento centrado na pessoa deve sempre prever: “a exploração dos aspectos subjetivos do problema; conhecer o contexto do paciente; e construir um entendimento acerca do problema e do que precisa ser feito” (KOLLING, 2015).

Portanto, é de suma importância este diagnóstico precoce das necessidades do paciente na fase do acolhimento, de forma a encaminhá-lo da forma correta e adequada ao tratamento, minimizando os possíveis erros. Nesse sentido, a maioria das ações do acolhimento nos serviços de urgência e emergência pode ser realizada por profissionais das diferentes áreas das ciências médicas, onde o enfermeiro pode atuar de forma protagonista em muitas delas, mas de acordo com Soares (2011) a principal função deste profissional no processo se dá no sentido de orientar sobre os benefícios do tratamento e os detalhes do mesmo.

Outro fator extremamente importante neste processo de acolhimento do paciente no atendimento nos serviços de urgência e emergência é com relação à forma como é realizada a classificação de riscos de cada paciente que chega buscando o atendimento nestes locais. Dessa forma, a seguir apresentam-se algumas considerações sobre o assunto.

5 | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O ACR é um processo para qualificar o trabalho dos serviços de saúde para melhorar o atendimento, realizando mudanças e melhorias no atendimento ao usuário. No atendimento, o paciente ao chegar no serviço de emergência passa por uma avaliação para checagem de seu grau de risco, constituído no protocolo de atendimento de cada unidade. Nos pacientes que apresentam um quadro mais grave o atendimento é priorizado de forma rápida e ágil, sendo que, os outros casos de menor urgência, possuem a condição fisiológica de espera por mais alguns instantes pelo tratamento (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
PRIORIDADE ZERO (VERMELHO)	EMERGÊNCIA MAIOR Encaminhar diretamente para a sala de emergência	Atendimento médico IMEDIATO (com sinal sonoro) Assistência de enfermagem contínua
PRIORIDADE I (LARANJA)	EMERGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com alta prioridade Sala de admissão da emergência	Atendimento médico em até 15 minutos Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE II (AMARELO)	URGÊNCIA MAIOR Encaminhar para consulta médica com prioridade	Atendimento médico em até 1h Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE III (VERDE)	URGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com menor prioridade	Atendimento médico em até 2h Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE IV (AZUL)	NÃO URGÊNCIA Encaminhar para atendimento sem prioridade	Atendimento médico no mesmo dia ou agendamento Reavaliação da enfermagem periodicamente

Figura 3 - Classificação de risco para tomada de decisão do atendimento em urgência e emergência respeitando os princípios do acolhimento

Fonte: BRASIL, 2011

De acordo com a figura, percebe-se que o papel do profissional de enfermagem é extremamente importante, sendo necessário em todos os graus de riscos, sendo necessária uma capacidade grande de interpretação da real situação e necessidade do paciente.

Nesse sentido, cada unidade de atendimento possui uma determinada metodologia que é baseada geralmente de acordo com a decisão administrativa de se gestor, mas que pode levar em consideração também, e principalmente, padrões e protocolos científicos sugeridos por especialistas.

A utilização do acolhimento como forma de atendimento ao paciente se torna importante também no momento de avaliação do grau de risco que o paciente apresenta, com isso a interação com o paciente e seus familiares possibilitará uma maior eficácia e segurança na determinação da situação (SHIROMA; PIRES, 2011).

A relação estabelecida entre paciente e profissional precisa ser de solidariedade, onde através deste primeiro contato, o profissional deve conseguir avaliar o cidadão de forma imediata, de forma há diminuir o tempo para o atendimento, perceber e encaminhar o mesmo para a área de atendimento adequada, manter os familiares informados e ainda gerenciar o tempo de espera dos demais pacientes (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Por isso, mais uma vez percebe-se a importância neste momento da escolha e estabelecimento correto de um protocolo de classificação de risco e procedimentos a serem adotados de acordo com cada tipo de necessidade. O tipo de protocolo ajuda na classificação dos fatores de risco, sendo um material útil e necessário, mas não suficiente, para assegurar algumas características mais subjetivas, afetivas, sociais, culturais, onde a

sua percepção e entendimento é essencial para uma avaliação de risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (BRASIL, 2009).

Um dos protocolos mais aceitos e com bons resultados neste meio é o protocolo Manchester (SOUZA *et al.*, 2011). O protocolo Manchester determina vários fatores, onde dentre eles, podem ser destacados: a ameaça à vida; ameaça à função; dor; duração do problema; idade; história, e risco de maus tratos (ANZILIEIRO, 2011).

Ainda segundo Anzileiro (2011) O sistema de triagem baseado na técnica de Manchester se baseia no estabelecimento de uma classificação de risco para os pacientes que chegam até as unidades de atendimento. Esta proposta de Sistema de Classificação de Risco (SCR) baseia-se em 52 diferentes entradas utilizadas para a classificação do estado do paciente, com base na gravidade do caso clínico que apresenta, sendo que, esta avaliação é caracterizada em diferentes cores. Os fluxogramas deste método apresentam um agrupamento que possibilitam a identificação de sinais, sintomas ou síndromes que geralmente levam a população a buscar um local de pronto atendimento.

Os benefícios oferecidos pelo protocolo Manchester, são vários, especialmente os seguintes: a garantia de utilização de critérios uniformes com diferentes equipes; o fim da triagem sem fundamentação científica; e a busca pelo atendimento realizado apenas pelo enfermeiro ou médico, de forma a garantir a segurança do paciente que será examinado pelo profissional da saúde e que este tenha o encaminhamento adequado de forma mais rápida possível (ANZILIEIRO, 2011; SOUZA *et al.*, 2011).

Dessa forma, sugere-se que o profissional da área de saúde, principalmente o enfermeiro participe inclusive do processo de gestão hospitalar, de forma a poder opinar sobre a importância da adoção de protocolos e métodos que possibilitem um atendimento mais humanizado aos pacientes que busquem os atendimentos de urgência e emergência nas unidades de saúde, utilizando-se principalmente do acolhimento ao paciente e familiares como forma de atendimento.

6 | ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco (PACR) sendo de responsabilidade do enfermeiro. Foi criado para o atendimento da população em serviços de urgência e emergências de hospitais públicos e privados dos pais. Assim conforme o aumento da demanda desses usuários que buscam esses serviços de saúde. Este protocolo auxilia a reorganizar e agilizar o atendimento conforme as necessidades dos pacientes. (BRASIL, 2009). Sendo de responsabilidade específica do enfermeiro, pois este profissional de nível superior, pois, está habilitado com os devidos conhecimentos necessário para desempenhar esta tarefa (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

O enfermeiro faz o gerenciamento de risco e cada paciente, através do protocolo e

a partir dessas informações decide quais informações são necessárias sobre o estado de saúde de seu cliente, avalia dados. O protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente (SOUZA; BASTOS, 2008).

Ao executar o acolhimento através da classificação de risco o enfermeiro realiza o exame físico, reconhece os sinais e sintomas e os padrões normais ou que possuam alguma anormalidade reunindo as informações queixas principais e histórico de antecedente clínico, também identifica sinais psicológicos durante o acolhimento através da comunicação com o paciente e determinando o tipo de prioridade clínica do atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a adesão do paciente a uma determinada terapia ou tratamento depende de vários fatores, e que entre o processo de atendimento e o manejo existe uma intervenção profissional importante, que demanda de alguns quesitos e perfil profissional apropriado, mas que pode ser amplificado e melhorado através do acolhimento ao paciente e seus familiares.

O acolhimento ajuda também na classificação de risco do paciente, onde o profissional possui condições de avaliar o paciente de forma mais holística, e interdisciplinar, e humanizada, de forma a encaminhá-lo da forma correta e adequada ao tratamento, minimizando os possíveis erros.

Alguns métodos e protocolos de classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência tem se mostrado eficazes e ajudam na qualificação e melhoria dos encaminhamentos, como o método Manchester e outros com metodologia semelhante.

Ainda falta uma maior qualificação para atuação dos profissionais da área de saúde neste processo de acolhimento e avaliação de risco no atendimento de urgência e emergência, de forma que o acolhimento possa ser realmente amplamente aplicado na prática, deixando de ser apenas um mero conceito presente nas publicações científicas e discursos políticos.

Dessa forma, sugere-se que o profissional da área de saúde, principalmente o enfermeiro participe inclusive do processo de gestão hospitalar, de forma a poder opinar sobre a importância da adoção de protocolos e métodos que possibilitem um atendimento mais humanizado aos pacientes que busquem os atendimentos de urgência e emergência, utilizando-se principalmente do acolhimento ao paciente e familiares como forma de atendimento.

Por fim, de acordo com a complexidade e importância do assunto, sugere-se a continuidade dos estudos e realização de novas e mais aprofundadas pesquisas nesta área, de forma a ajudar no processo de conscientização sobre a importância do acolhimento e classificação de risco no atendimento de urgência e emergência e também

para disponibilizar os dados aos acadêmicos e profissionais da área, assim como, para a população em geral.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, ago. 2012.

ANZILIEIRO, F. **Emprego do sistema de triagem de manchester na estratificação de risco**: revisão de literatura. 2011. 47 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65. 2012.

BRASIL. Humaniza SUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169201100030>. Acesso em: 04 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3. 2011.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4. 2009.

KOLLING, M. G. **Método clínico centrado na pessoa**. 2015. Disponível em: <<https://internatoaps.files.wordpress.com/2015/03/mccp-duncan.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

LIMA NETO, A. V.; NUNES, V. M. A.; FERNANDES, R. L.; BARBOSA, L. M. L.; CARVALHO, G. R. P. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 276-286, maio/ago. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out-dez. 2008.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; HILSENDEGER, Bárbara Rosso; NETH, Caroline; BELAVER, Guilherme Mortari; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem.

Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

RIBEIRO, Y. C. N. B.; CASTRO, R. L. V. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores. In: **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 3).

SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 31-49, out. 2002.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergências - um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, UFSC, v. 2, n. 1, p. 14-17, jan. 2011.

SOARES, T. A. Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. 2011. 28 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

SOUZA, R.; BASTOS, M. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

SOUZA, C. C.; TOLEDO, A. D.; TADEU, L. F. R.; CHIANCA, T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./fev. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

CAPÍTULO 16

PERCEPÇÃO DAS GRADUANDAS SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA DURANTE O PARTO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão 08/04/2022

Bruna Langelli Lopes

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel - SP
<http://lattes.cnpq.br/1711099043527298>

Laura Giulia Adriano Borges

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel - SP
<http://lattes.cnpq.br/3449887545457683>

Débora Fernanda Colombara

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel - SP
<http://lattes.cnpq.br/6112680125473901>

Thalita Luiza Madoglio

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel - SP
<http://lattes.cnpq.br/6114621334335015>

Nathalia Domingues de Oliveira

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel – SP
<http://lattes.cnpq.br/6212170052140124>

Simone Buchignani Maigret

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel – SP
<http://lattes.cnpq.br/4801471366767637>

Patrícia Elda Sobrinho Scudeler

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel – SP
<http://lattes.cnpq.br/3714512087082840>

Michelle Cristine de Oliveira Minharro

Faculdade Marechal Rondon
São Manuel - SP
<http://lattes.cnpq.br/1658599597609935>

Natália Augusto Benedetti

Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina
de Botucatu
Botucatu – SP
<http://lattes.cnpq.br/9867804200114440>

Gianfábio Pimentel Franco

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
<http://lattes.cnpq.br/3270760540601546>

Marcio Rossato Badke

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Enfermagem
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/0453439629296323>

Marcos Aurélio Matos Lemões

Pós Doc. Bolsista CAPES Programa Nacional
de Pós-doutorado Universidade Federal de
Pelotas. UFPel
Pelotas – RS
<http://lattes.cnpq.br/0062229055079018>

RESUMO: Introdução: O parto é um processo natural que envolve uma variedade de fatores biológicos e psicossociais. Recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), o parto humanizado visa diminuir as intervenções desnecessárias, além de garantir para a parturiente um ambiente mais calmo para o nascimento da criança. O profissional de enfermagem é fundamental no

apoio ao parto humanizado, fornecendo à gestante informações vitais sobre a evolução do trabalho de parto. Nessa perspectiva, este estudo justifica-se para direcionar conhecimento às graduandas sobre a assistência de enfermagem durante o parto, apontando a eficácia do parto humanizado e destacando a importância do enfermeiro nesta área de atuação. **Objetivo:** Analisar a experiência das graduandas acerca da assistência de enfermagem humanizada durante o próprio parto. **Método:** Pesquisa de campo de abordagem quantitativa, de natureza descritiva e exploratória. Participaram da pesquisa graduandas de enfermagem da Faculdade Marechal Rondon, que são mães, matriculadas do 1º ao 8º semestre. **Resultados e discussão:** Os resultados foram expressos empregando análises estatísticas em média. Para a hipótese de distribuição de frequência, os dados coletados foram, agrupados e expostos em gráficos e tabelas, apresentando a frequência e seu percentual, permitindo relacioná-los entre si e com referencial teórico que aborda esta temática. **Conclusão:** De acordo com a proposta, as alunas de enfermagem neste contexto, possuem conhecimento em relação ao próprio parto. A pesquisa passou por um processo rigoroso de desenvolvimento do formulário de perguntas, satisfazendo a amplitude do embasamento teórico referente à temática. **PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de enfermagem; Parto Humanizado; Parturientes; Estudantes.

GRADUATE'S PERCEPTION ABOUT HUMANIZED NURSING ASSISTANCE DURING BIRTH

ABSTRACT: Introduction: Childbirth is a natural process that involves a variety of biological and psychosocial factors. Recommended by the Ministry of Health (MS), humanized childbirth aims to reduce unnecessary interventions, in addition to ensuring a calmer environment for the birth of the child. The nursing professional is fundamental in supporting humanized labor, providing the pregnant woman with vital information about the evolution of labor. From this perspective, this study is justified in order to provide knowledge to undergraduate students about nursing care during childbirth, pointing out the effectiveness of humanized childbirth and highlighting the importance of nurses in this area. **Objective:** To analyze the experience of undergraduate students about humanized nursing care during labor. **Method:** A field research with a quantitative, descriptive and exploratory approach. Participants were undergraduate nursing students of Marechal Rondon College, mothers, enrolled from the 1st to the 8th semester. **Results and discussion:** The results were expressed using statistical analysis in mean. For the hypothesis of frequency distribution, the data collected were grouped and exposed in graphs and tables, presenting the frequency and percentage, allowing a relationship among them and with the theoretical reference that addresses this theme. **Conclusion:** According to the proposal, nursing students in this context have knowledge about their own childbirth. The research went through a rigorous process of developing the form of questions, satisfying the breadth of the theoretical foundation related to the theme. **KEYWORDS:** Nursing care; Humanized Childbirth; Parturient; Students.

1 | INTRODUÇÃO

A humanização da atenção à saúde surge como uma opção para modificar os

programas existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), o que requer mudanças nas várias etapas que o compõem, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de qualidade. Humanização significa prestar assistência de qualidade à população, articulando tecnologia e cuidado e atentando para as condições de trabalho dos profissionais, o que levou a uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus), 2004; elaborada ao longo de iniciativas em execução na rede do sistema (MALHEIROS et al., 2012)

O parto é um processo natural que envolve uma variedade de fatores biológicos e psicossociais (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A história do parto e da fertilidade tem mudado gradualmente ao longo do tempo. Desde o surgimento das parteiras em ambiente familiar, grandes mudanças ocorreram com o desenvolvimento e integração de novas tecnologias na área médica. Com isso, o parto adquiriu outro significado e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico que deveria ser realizado por um médico em ambiente hospitalar (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

O parto normal está embasado em duas concepções, a primeira, caracterizada pelo processo intervencionista dentro de uma visão cartesiana, apoiando-se no enfoque de risco, este se adapta melhor aos médicos com métodos mais invasivos; segunda, seguindo um modelo mais humano, onde o corpo é visto de maneira mais holística se adapta melhor a enfermagem que sempre irão atuar de forma mais humanizada (PENHA; LIENDNE; ABREU, 2019).

Recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), o parto humanizado visa diminuir as intervenções desnecessárias, além de garantir para a parturiente um ambiente mais calmo para o nascimento da criança. O papel dos Enfermeiros Obstetras durante o parto humanizado é fundamental, já que os mesmos estão preparados para minimizar a dor, esclarecer e orientar. Dentre os benefícios do parto humanizado estão o menor risco de morte e infecção, ampliação do vínculo afetivo entre mãe e filho, autonomia nas decisões sobre o próprio corpo, recuperação pós-parto mais rápida, entre outros (MOURA; FMJSP, 2007).

De acordo com a legislação do profissional de enfermagem, os profissionais capacitados a realizar o parto normal sem distocia são a enfermeira e a enfermeira obstétrica. Em 1 de julho de 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que assegura a qualidade do acompanhamento pré-natal na assistência ao parto, puerpério e cuidado neonatal (PENHA; LIENDNE; ABREU, 2019). Muitas mulheres ainda desconhecem seus direitos em relação ao parto e dentre isso, a falta de cuidado humanizado, que está relacionado: a falta de comunicação entre profissionais da saúde e parturientes, falta de orientação e preparo do acompanhante. Para que a humanização no parto aconteça é necessário um pré-natal bem feito, em que a gestante e o acompanhante consigam sanar todas as suas dúvidas, sendo oferecidas orientações adequadas para o

processo do parto e puerpério (SENA; ISAQUELINE; SANTOS, 2012).

Ao dar entrada em um hospital, rapidamente a mulher já é levada para o quarto, onde são feitos os acessos venosos, muitas vezes as mesmas são privadas de se alimentar ou ingerir líquidos. O exame de toque é realizado várias vezes e a gestante não recebe nenhuma informação ou orientação sobre o seu próprio parto. Essa ainda é a realidade em muitos hospitais do Brasil, e alguns procedimentos padrões que são realizados, muitas vezes não seguem nenhuma evidência científica, por isso é muito importante a gestante ter conhecimento para conseguir elaborar um plano de parto ideal (UNASUS, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), condutas úteis devem ser encorajadas a serem seguidas: realizar um plano de parto individual para cada gestante; durante o pré-natal avaliar todos os fatores de risco para o parto; respeitar a privacidade da mulher durante o trabalho de parto, evitando exposições desnecessárias; respeitar a escolha da gestante em relação ao acompanhante; oferecer sempre a mulher todas as informações sobre como o parto está evoluindo; evitar o uso de métodos invasivos para o controle da dor e sim algumas técnicas de relaxamento, como a dança, a bola, as barras de apoio e o banho; deixar a mulher decidir a posição mais confortável para ela; monitorar o parto cuidadosamente utilizando o partograma; promover o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento e auxiliar durante a primeira amamentação (UNASUS, 2014).

O profissional de enfermagem é fundamental no apoio ao parto humanizado, fornecendo à parturiente informações vitais sobre a evolução do trabalho de parto. Nessa perspectiva, este estudo justifica-se para direcionar conhecimento às graduandas sobre a assistência de enfermagem durante o parto, apontando a eficácia do parto humanizado e destacando a importância do enfermeiro nesta área de atuação.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a experiência das graduandas acerca da assistência de enfermagem humanizada recebida durante o próprio parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das graduandas matriculadas no Curso de Graduação de Enfermagem;
- Analisar o conhecimento das graduandas acerca da assistência de enfermagem humanizada, no próprio parto.

3 | MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, com o intuito de identificar o nível de conhecimento sobre o parto humanizado, junto aos direitos, benefícios e as ações dos profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto.

A pesquisa quantitativa é um modelo de pesquisa que atua sobre questões humanas ou sociais, é baseada no teste de teorias, consiste em variáveis numericamente quantificadas e é analisada de forma estatística, com o propósito de indicar a generalização das previsões na teoria. Nesse sentido, a pesquisa quantitativa está associada a dados em tempo real. Isso significa que envolve quantificar dados e provar a validade da teoria com base em análises estatísticas. A pesquisa quantitativa está diretamente relacionada à quantificação de dados, experimentação, medição e controle estrito dos fatos. (KNECHTEL, 2014)

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Faculdade Marechal Rondon que tem como mantenedora a Associação Educacional Nove de Julho, localizada na estrada vicinal Dr. Nilo Lisboa Chavari, nº 5000 - São Manuel - São Paulo.

3.3 População do Estudo

Foram convidadas a participar desta pesquisa, todas as discentes do Curso de Enfermagem matriculadas do primeiro ao oitavo semestre, de agosto a dezembro de 2021, sexo feminino, que já passaram por parto e que aceitaram participar da pesquisa, mediante permissão através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as alunas que já são mães, independentemente do tipo de parto, idade, quantidade de filhos e devidamente matriculadas no Curso de Enfermagem da Instituição de Ensino Superior. Todas as alunas que não estavam devidamente matriculadas no curso de Enfermagem, que não são mães e que não aceitarem o TCLE foram excluídas da pesquisa.

3.5 Coleta de Dados

Foi criado um formulário eletrônico, com auxílio da ferramenta *Google Forms* que foi enviado, após contato inicial às alunos, através do *WhatsApp* composto por *link* do formulário, contendo o TCLE, perfil sociodemográfico e perguntas que foram construídas pelas autoras. O presente estudo somente teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Bioética (COEBE) da Universidade Nove de Julho.

3.6 Análises dos Dados

A análise dos dados ocorreu através da utilização de variáveis contínuas: idade e semestre atual do curso de Enfermagem e variáveis categóricas: conhecimento das graduandas puérperas de enfermagem acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado (questões fechadas do instrumento de pesquisa). Os resultados foram expressos empregando análises estatísticas em média. Para a hipótese de distribuição de frequência, os dados coletados foram, agrupados e expostos em gráficos e tabelas, apresentando a frequência e seu percentual, permitindo relacioná-los entre si e com referencial teórico que aborda esta temática.

3.7 Aspectos Éticos

O procedimento moral está baseado na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), que incorpora referenciais da bioética na perspectiva de indivíduos e comunidades, como autonomia, inocência, boas ações, justiça e equidade. O projeto foi submetido e aprovado em 26/10/2021, pelo COEBE da Universidade Nove de Julho, com parecer número 5.063.819.

Todas as alunas foram informadas dos procedimentos e objetivos da pesquisa, bem como da importância de participar desta pesquisa, do direito de rescisão a qualquer momento e da garantia do anonimato. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o TCLE de acordo com as normas da Comissão Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Por se tratar de pesquisa no meio virtual, através do envio do link pelo aplicativo WhatsApp, os procedimentos éticos foram baseados também na Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, a qual orienta os procedimentos em pesquisas no ambiente virtual, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidadas para participar da pesquisa 162 graduandas. A amostra foi composta de 48 alunas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, onde todas eram mães e concordaram com o TCLE. Distribuídas do 1º ao 8º semestre, com maior incidência no 3º semestre, idade entre 21 e 47 anos e a média de 33,5 anos, apresentado no Gráfico 1.

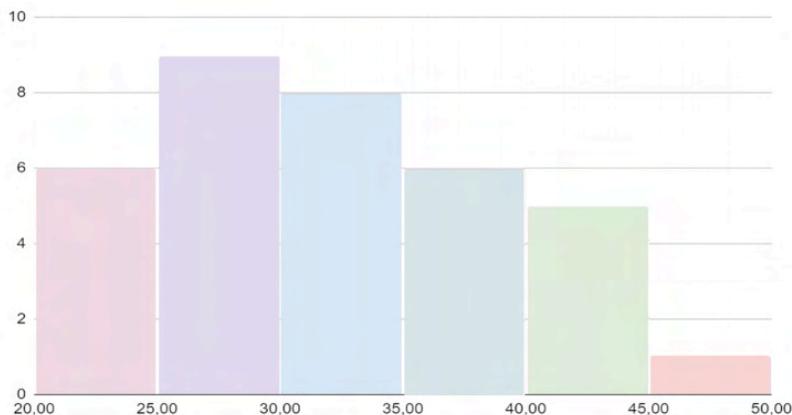


Gráfico 1 - Distribuição de frequência relacionada à idade das graduandas. Faculdade Marechal Rondon. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras, 2021

De acordo com Barbosa, Silva e Silva (2013), a faixa etária predominante considerada satisfatória para ser mãe é entre 18 e 24 anos. Uma vez que o sistema reprodutor feminino amadureceu, pode aceitar o feto e estados de energia fisiológica e anatômica plena nesta idade.

Em relação ao estado civil das participantes, observou-se um domínio de 60,4% das mulheres que se apresentam casadas com seus companheiros e 10,4% são mulheres que se encontram solteiras, conforme Gráfico 2.

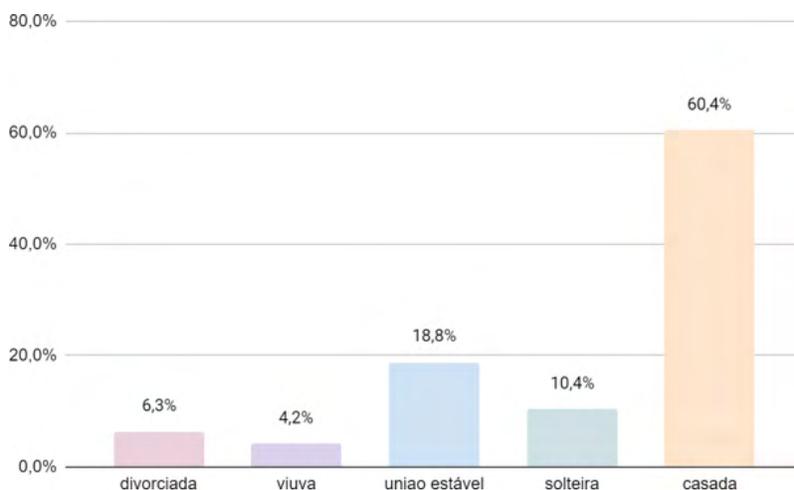


Gráfico 2- Distribuição do estado civil em divorciada, viúva, união estável, solteira e casada. Faculdade Marechal Rondon. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras, 2021

Em concordância com Barbosa, Silva e Silva (2013), essa situação é favorável ao meio social e familiar, pois a presença do companheiro é importante para essa nova etapa da vida que se inicia. Uma união saudável irá contribuir para o apoio emocional do pai à mãe e irá influenciar no desenvolvimento da criança. Portanto, em termos de apoio às mulheres durante o parto, os pais são um dos mais importantes membros das redes de apoio.

Conforme o Gráfico 3, 50% das mulheres possuem apenas um filho e 27,1% possuem dois filhos.

Segundo Guimarães et al (2017) ,em junho de 2011 quando foi instituído pelo governo federal a Rede Cegonha, foi assegurado às mulheres o direito de planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante a gravidez.

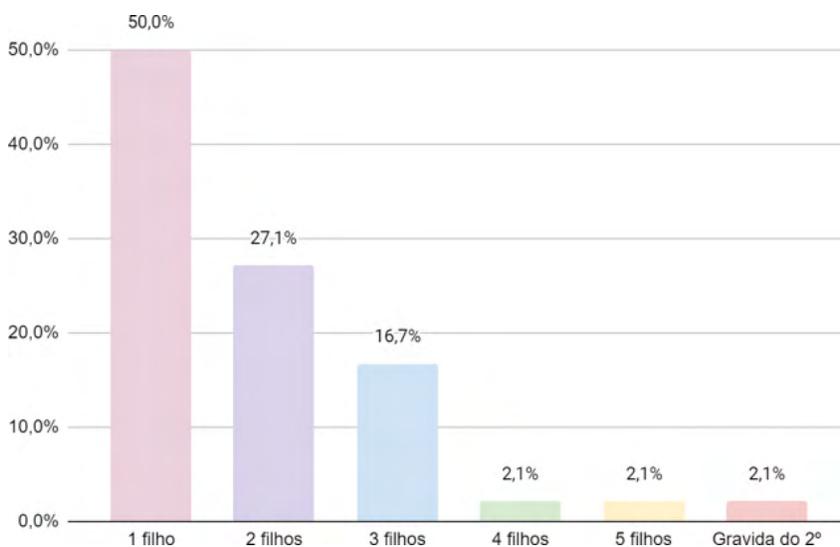


Gráfico 3- Distribuição da quantidade de filhos. Faculdade Marechal Rondon. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras, 2021

Porém, Rios e Gomes (2009) ressaltam que a escolha pela quantidade de filhos irá variar pelo tipo da família, pela sua origem, situação conjugal, com seu nível de escolaridade e até mesmo pelo perfil socioeconômico em que essa família está inserida.

De acordo com a análise do gráfico 4, podemos observar uma prevalência de 56,3% em partos cesáreas, porém em comparação com o parto normal é mais benéfico para a mulher.

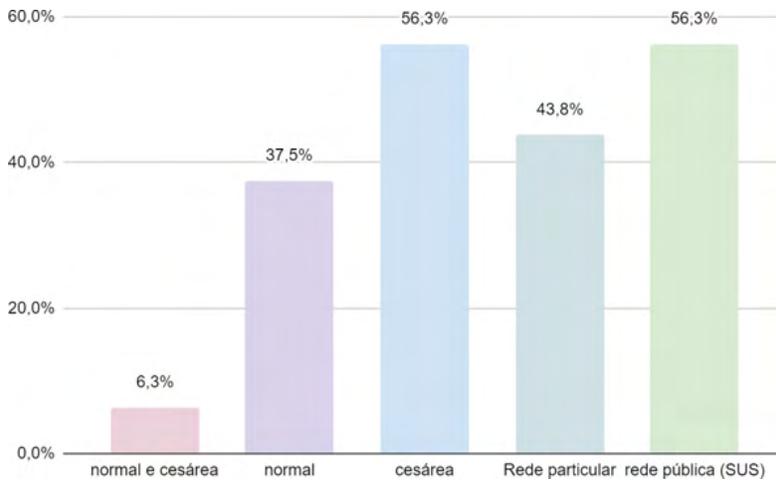


Gráfico 4- Distribuição do tipo de parto. Faculdade Marechal Rondon. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras, 2021

Segundo Barbosa, Silva e Silva (2013), além de permitir uma evolução mais rápida e eficiente, melhorando o conforto, minimizando a dor e reduzindo o número de infecções após o parto, também permite que a mulher dê continuidade ao trabalho diário com uma recuperação eficaz.

Observa-se que nos dados coletados, 56,3% das graduadas entrevistadas tiveram o seu parto realizado na rede pública de saúde (SUS) e 43,8% tiveram o seu parto em rede particular de saúde, também no Gráfico 4.

Para Guimarães et al (2017) em comparação às mulheres que recebem assistência em hospitais públicos, as que realizam seu parto em hospitais privados têm uma vantagem em serem submetidas a uma cesariana, muitas vezes sem necessidade.

Em relação aos dados coletados, mais da metade das graduandas (58%) afirmam que tiveram parto humanizado, mas ainda podemos observar que 41% das mulheres consideram que não tivera parto humanizado, dado esse que pode ser considerado alto, segundo a Tabela 1.

ITENS ANALISADOS	SIM (%)	NÃO (%)
Parto Humanizado	58,3	41,7
Direito "Hora Ouro"	43,8	56,3
Assistência de enfermagem	95,8	4,2
Sofreu Violência Obstétrica	16,7	83,3

Tabela 1 – Distribuição de itens analisados de acordo com parto humanizado, direito hora ouro, assistência de enfermagem e violência obstétrica.

Fonte: Autoras, 2021

Nascimento, Silva e Viana (2018) destacam que a humanização adquire um sentido quando voltado a ajuda de mulheres durante o parto e puerpério, que justifica como um momento em que a dor, a insegurança, dúvida e vulnerabilidade aparecem. Portanto, a qualidade do cuidado, o vínculo e a confiança são essenciais para a humanização durante os cuidados de parto e pós-parto. Ainda pensando na humanização durante o processo do parto Silva et al (2019) afirmam que em abril de 2005, o Ministério da Saúde instituíram a Lei no 11.008 que garante o direito a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto dentro do SUS.

A “Hora Ouro” é um momento muito importante no processo do parto, é nele que a gestante terá o primeiro contato com o seu filho, tendo a possibilidade de amamentar ainda dentro da sala de parto. Analisando os dados acima, podemos observar que 56,3% das graduandas não conseguiram desfrutar do direito a “Hora Ouro”, porém Santos et al (2014) afirma que esse contato irá transmitir para ambos, tranquilidade e segurança, por isso é primordial que nesse momento seja evitada a realização de procedimentos que possam causar estresse no bebê e venha interferir nesse momento tão importante e especial para mãe e filho.

Observava-se que 83,3% das entrevistadas relataram não terem sofrido qualquer tipo de violência obstétrica durante o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto. Vale ressaltar que Brandt, et al (2018) afirmam que a violação do direito de escolha pode ser observada diante de situações onde ocorre a realização de cesáreas sem indicação e até mesmo por interesse financeiro, ou por procedimentos que são realizados sem a autorização da gestante. A violência verbal é a mais cruel, faz com que as mães se sintam inferiores e por muitas vezes humilhadas, esses pontos ferem o momento do parto e tem impacto negativo sobre ele.

Quase todas as entrevistadas mencionam que houve assistência da equipe de enfermagem, sendo destacado por Ferreira et al (2017), devem estar presentes ao decorrer de todo o parto, oferecendo às futuras mães um apoio psicológico e emocional, sem contar com as técnicas de relaxamento. Para que a assistência de enfermagem seja pertinente, é preciso entender os desafios que a parturiente está passando, conhecer sua situação para compreender seu sofrimento. Essa compreensão servirá para encontrar estratégias que sejam adequadas em questões que envolva a futura mãe acrescenta Silveira (2016), essa ajuda pode ser definida como um cuidado que consiste em se colocar no lugar do outro para proteger, promover e manter a saúde, dando ao outro a capacidade de se conhecer e se controlar em um senso de harmonia interior. Devido à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os enfermeiros podem prestar assistência integral para as parturientes durante as complicações e complicações obstétricas que ocorrem durante o parto e nascimento.

De acordo com os resultados, mais da metade das graduandas puderam escolher entre o tipo de parto, normal ou cesárea. 6,3% não sabia que poderia escolher o que não

deve ocorrer. Ainda revelam que mais de 65,2% das mães não tiveram assistência para controle da dor durante o parto, conforme Tabela 2.

ITENS ANALISADOS	SIM(%)	NÃO(%)	NÃO SABIA QUE PODERIA ESCOLHER(%)
Direito de escolha "tipo de parto"	54,2	39,6	6,3
Assistência para controle da dor	32,6	65,2	2,2

Tabela 2 -Distribuição de itens analisados de acordo com escolha do tipo de parto e assistência para o controle da dor. Faculdade Marechal Rondon. Brasil, 2021.

Fonte: Autoras, 2021

Nascimento et al (2020) relatam os obstáculos encontrados na implementação do cuidado humanizado que incluem a falta de orientação, preparo, a falta de comunicação entre a equipe de enfermagem e as mães e a falta de compreensão das mulheres, de seus familiares e parceiros sobre os direitos na assistência ao parto.

De acordo com Silva et al (2019) para que haja um parto humanizado é necessário ter uma atenção integral centralizada na mulher e a maneira de substituir os procedimentos médicos e o uso excessivo de tecnologia por padrões totalmente humanos. Nascimento, Silva e Viana (2018) ainda complementam que para que ocorra uma assistência humanizada ao parto e a redução à prática de métodos invasivos, pondera-se indispensável a formação continuada dos profissionais envolvidos; acolhimento da parturiente com um diálogo claro; adequação da estrutura física, de modo que favoreça a privacidade da mulher e acesso à materiais que aprimorem o momento do parto, sendo a assistência no controle da dor durante o parto, essencial para um parto mais humanizado.

Ferreira et al (2017) mencionam as técnicas para alívio da dor como positivo na assistência, algo que traz conforto e satisfação no momento de parir. Os autores reforçam que a mulher deve ser tratada com carinho, e deve-se respeitar o seu tempo, proporcionando o alívio da dor através de banhos, deambulação, massagens, exercícios e até mesmo adoção de posições durante o trabalho de parto.

5 | CONCLUSÃO

De acordo com a proposta, as alunas de enfermagem neste contexto, possuem conhecimento em relação ao próprio parto.

A pesquisa passou por um processo rigoroso de desenvolvimento do formulário de perguntas, satisfazendo a amplitude do embasamento teórico referente à temática.

As experiências foram positivas, com boa assistência da equipe de enfermagem. Sendo mais da metade tido parto humanizado e seus direitos de escolha garantidos tais como: “Hora Ouro”, métodos para controle da dor e escolha do tipo de parto. Portanto, este estudo refere a conhecimento satisfatório sobre o parto humanizado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. P.; FILHO, R. L.; DE SANTANA, R. L. **Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson** [Obstetric characteristics of pregnant women undergoing cesarean section, by the Robson Classification][Características obstétricas de las mujeres embarazadas sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson]. Revista Enfermagem UERJ, v. 27, p. 37858, 2019.
- BRANDT, G. P. et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. Rev Gestão Saúde.19 (1): 19-37, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos; revoga as Resoluções: Resolução CNS 196 de 10 de outubro de 1996; **Resolução CNS 303 de 06 de julho de 2000 e a Resolução CNS 404/08**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Você reconhece as orientações da OMS para o parto normal?** Brasília, 2014
- BRASIL, Ministério da Saúde , Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004
- FERREIRA, L. M. S. et al. **Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher**. Revista Cubana de Enfermería, v. 33, n. 2, 2017.
- GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de empresas, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.
- GUIMARÃES, R. M. et al. **Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 17, p. 571-580, 2017.
- KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.
- LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde**. Revista eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 386-91, 2010.
- MALHEIROS, P.A. et al. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 21, p. 329-337, 2012.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 4, p. 452- 455, 2007.

NASCIMENTO, E. R. do. **Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT- SERGIPE, v. 6, n. 1, p. 141, 2020.

NASCIMENTO, F. C.; SILVA, M. P; VIANA, M. R. P. **Assistência de enfermagem no parto humanizado.** Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 4, 2018.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. **Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos.** Estudos de Psicologia (Campinas), v. 26, p. 215-225, 2009.

SANTOS, I. S.; OKAZAKI, E. L. F. J. **Assistência de enfermagem ao parto humanizado.** Rev Enferm UNISA, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SANTOS, L. M. et al. **Vivenciando o contato pele a pele com o recém nascido no pós-parto como um ato mecânico.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, p. 202-207, 2014.

SILVA, T. M. A. et al. **Significados e práticas da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado: uma revisão de literatura.** Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research [Internet], p. 90-4, 2019.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** Disciplinarum Scential Ciências Humanas, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2.

CAPÍTULO 17

SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO MARANHÃO

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 28/03/2022

Francisca Paula Araújo Matias

Centro Universitário UiFacema
Caxias – Maranhão, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5201-8585>

Monyka Brito Lima dos Santos

Universidade Federal do Ceará – UFC
Fortaleza – Ceará, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6866-9435>

Aida Patricia da Fonseca Dias Silva

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0138-8505>

Selma Fernanda Silva Arruda

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4871262958499246>

Romário Pontes Cardoso

Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP
Fortaleza – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4539555076784248>

Nara Franklin Santos Martins

Universidade de Fortaleza, UNIFOR
Fortaleza – Ceará, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2150-5588>

Fabiana Freire Anastácio

Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8520097291806874>

Jordeilson Luis Araújo Silva

Universidade Federal do Ceará – UFC
Sobral – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9561612823974865>

Quelrinele Vieira Guimarães

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3856965819102418>

Eveline Thomaz Moura Santos de Vasconcelos Soares

Unifametro
Fortaleza – Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1957560881177209>

Michelline Brayner Pereira Roxo

Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Luís – Maranhão, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7445437056570184>

Lívia Martins Dantas

SOBRATI - Sociedade Brasileira de Terapia
Intensiva
Teresina – Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5103767821105390>

RESUMO: Os assistentes sociais atuantes da saúde assumiram novas práticas no processo de gestão e atuação na saúde pública, principalmente como componente efetivo na equipe multiprofissional. O estudo objetivou conhecer as práticas profissionais do assistente social em uma Maternidade Pública e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas funções. Trata-se de um estudo de caso exploratório descritivo, com

abordagem qualitativa, o cenário do estudo foi uma maternidade pública, a amostra foi composta por quatro assistentes sociais da instituição. O levantamento dos dados ocorreu mediante aplicação de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas, a coleta ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2019, os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo proposto do Bardin (2011). Os resultados demonstraram que serviço social na maternidade enfrenta muitas dificuldades nas funções diárias, entretanto, a ausência de matérias e recursos não minimizam o empenho destes profissionais assistes social em exercer suas práticas. Concluiu-se que a ausência de estrutura física e recursos matérias são as principais dificuldades impostas a atuação da assistência social na maternidade e, embora os assistentes sociais tentem garantir os direitos dos usuários à saúde, a ausência destes recursos contradizem estes direitos, o que remete a necessidade investimento para excelência da prática profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Maternidades; Competência Profissional; Serviços de Saúde.

SOCIAL SERVICE IN HEALTH CARE AT A PUBLIC MATERNITY IN MARANHÃO

ABSTRACT: Social workers working in health took on new practices in the process of management and performance in public health, mainly as an effective component in the multidisciplinary team. The study aimed to know the professional practices of the social worker in a Public Maternity and the difficulties faced by professionals in the development of their functions. This is a descriptive exploratory case study, with a qualitative approach, the study setting was a public maternity hospital, the sample consisted of four social workers from the institution. Data collection took place through the application of a semi-structured interview with open questions, the collection took place in October and November 2019, the data were analyzed according to the proposed content analysis of Bardin (2011). The results showed that social work in the maternity hospital faces many difficulties in daily functions, however, the absence of materials and resources do not minimize the effort of these social assistance professionals to exercise their practices. It was concluded that the absence of physical structure and material resources are the main difficulties imposed on the performance of social assistance in maternity and, although social workers try to guarantee the rights of users to health, the absence of these resources contradicts these rights, which leads to the need for investment for excellence in professional practice.

KEYWORDS: Social Service; Maternities; Professional Competence; Health services.

1 | INTRODUÇÃO

O serviço social percorreu um grande caminho ao longo dos anos na história da saúde pública brasileira, recebeu a influência das conjunturas de lutas políticas e dos direitos da sociedade, principalmente no âmbito da saúde, o que direcionou a categoria para uma profissão da saúde. Atualmente, os assistentes sociais atuantes da área da saúde vêm assumindo novas práticas, como participar do processo de gestão da saúde, conselhos de saúde, formulação, planejamento, fóruns, monitoramento, avaliação da política pública de

saúde e participação efetiva na equipe multiprofissional de saúde, como por exemplo as maternidades.

Nesta perspectiva, levantou-se como problemática o seguinte questionamento: Como é na prática, a atuação do serviço social em uma maternidade pública? O presente estudo justifica-se pela importância de conhecer a atuação do assistente social em maternidades públicas, estes profissionais podem atuar na seleção socioeconômica dos usuários, acompanhamento, aconselhamento e assistencialismo por meio de práticas individuais (BRASIL, 2010).

Embora a atuação do serviço social em uma maternidade pública seja pouco valorizada, principalmente no âmbito da saúde, as práticas cotidianas do serviço social na maternidade são fundamentais para o funcionamento adequado dos serviços de assistência à saúde por isso é relevância esclarecer a atuação e a importância do serviço social para a maternidade (BRASIL, 2009).

Portanto, traçou-se como objetivou geral conhecer as práticas profissionais do assistente social em uma Maternidade Pública. Para mais, os objetivos específicos buscaram caracterizar as principais demandas do assistente social na maternidade; descrever as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas funções; averiguar a atuação do assistente social na garantia de direitos aos seus usuários da saúde na maternidade.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas geralmente envolvem entrevistas com pessoas que tiveram no foco do problema pesquisado. A abordagem qualitativa tem como característica o fato de que os investigadores estabeleçam estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista de quem lhe presta informação e, os estudos exploratórios examinam a fundo o máximo de informações coletadas a fim de obter dados concretos sobre o tema e, quando somados a pesquisa qualitativa, possibilitam uma análise concreta das informações investigadas (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

2.2 Local de realização do estudo de caso

O cenário do estudo de caso foi uma Maternidade Pública, localizada na zona urbana do Município de Caxias, situado na região leste do estado do Maranhão. Trata-se de uma instituição exclusivamente pública e foi escolhida por ter uma alta demanda de atendimento às gestantes, sendo referência para a região macrorregional leste de saúde, ofertando uma cobertura ampliar para cerca de 48 municípios circunvizinhos.

2.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram quatro profissionais assistentes sociais que compõem o quadro de funcionários e uma Maternidade Pública que atuam diretamente com a equipe de saúde da maternidade e atuam sob regime de plantão.

Foi explicado aos convidados os principais pontos de abordagens do estudo, os objetivos, justificativa e outras informações relevantes sobre o estudo, solicitou-se a participação voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa priorizaram assistentes sociais maiores de 18 anos, atuantes na maternidade a mais de 12 meses e aceitassem assinar o TCLE, sendo excluídos do estudo os assistentes sociais que não atendessem os critérios supracitados anteriormente.

2.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2019 na maternidade e em horários que os assistentes sociais marcaram para ser entrevistados. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas, que tratavam da atuação do profissional de modo geral.

Para mais, a entrevista de 2 dos participantes foi gravada em gravador MP4, enquanto os outros 2 preferiram responder o roteiro de entrevista a próprio punho, a entrevista foi aplicada individualmente pelos pesquisadores responsáveis, de modo reservado, no consultório de serviço social da maternidade, afim de manter o sigilo das respostas e não exposição dos sujeitos de pesquisa.

2.5 Organização e análise dos dados

Após coleta dos dados, as falas dos assistentes sociais foram transcritas para organizar as respostas e falas de acordo com os objetivos do estudo, formulou-se três categorias organizadas de dados para posteriormente analisar e discutir os dados que foram transcritas segundo a originalidade das expressões de cada participante. Ressalta-se que, para facilitar a compreensão das informações, os dados foram fielmente descritos e, em seguida, cada participante foi apresentada no texto com o nome das seguintes pedras preciosas: Jade; Safira; Esmeralda; Diamante.

As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), que tem como propósito a compreensão do significado das falas dos sujeitos para além dos limites daquilo que é descrito. E dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, optou-se pela Análise Temática, que busca os núcleos de sentido, os quais constituíram a comunicação e cuja expressão revelou algo importante para o objeto estudado.

2.6 Aspectos ético

No estudo e caso, aos participantes foi assegurado as condições necessárias

para a coleta de informações, garantindo que nenhum dos sujeitos fosse submetido ao instrumento de coleta de dados sem receber as devidas orientações e sem assinar o TCLE resguardando a sua identidade, o direito de não participar do estudo de caso e/ou eximir sua participação do estudo a qualquer momento.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dificuldades enfrentadas pelo assistente social do desenvolvimento de suas funções na maternidade pública

É notório que o profissional de serviço social enfrenta vários desafios no processo de trabalho, de modo que a instituição em que presta serviço nem sempre oferta os recursos humanos e físicos necessários, tais como, a falta de recurso financeiro e espaços físicos para atuar, podem fragmentar o trabalho e a assistência ao usuário, este resultado vai de encontro aos estudos de Faleiros, Araújo e Hadler (2019) que retratam a ausência destes recursos como um desafio constantemente enfrentado pelo assistente social que atua na saúde.

Neste contexto, um dos questionamentos da entrevista indagava sobre quais são os principais desafios encontrados no exercício profissional e quais as condições de trabalho?

O não cumprimento das normas, rotinas e deveres, tanto de funcionários quanto dos pacientes e acompanhantes, na maternidade fazendo com que o Serviço Social seja visto de forma diferente do que realmente é (Safira).

O principal desafio é não ter todos os suportes para desenvolver o trabalho, falta muitos aparatos (Esmeralda).

Um desafio são as transferências de pacientes, levar o caso para o médico, é complicado uma hora nos tratam bem outras não (Diamante).

Nas falas percebe-se que há muita insatisfação sobre a instituição uma vez que faltam recursos importantes para a atuação e realização do exercer profissional e que muitas vezes a equipe do serviço social tem que se organizar e tirar dos próprios recursos para que o trabalho das mesmas não pare na instituição. Percebe-se que a falta de recursos na instituição é reflexo de políticas neoliberais que visam a diminuição dos gastos com as políticas sociais (BRASIL, 2010).

Segundo Leme (2010) os setores públicos têm utilizado cada vez mais do neoliberalismo nas práticas de gestão pública, de forma globalizada, a saúde é um dos setores que mais sofre com as práticas políticas de corte de custos e de gastos que tem como serias implicações a diminuição da cobertura dos serviços, onde os que mais sofrem com os reflexos dessa diminuta dos gastos em saúde são os seguimentos sociais menos favorecidos, ou seja, aqueles que não tem condições de prover uma saúde privada e dependem diretamente do SUS.

Sendo assim, a instrumentalidade do exercício profissional é o que possibilita o

desenvolver de práticas e técnicas mesmo quando o profissional encontra desafios para sua atuação, corroborando neste sentido que o assistente social não se estagne no comodismo cotidiano por falta de apoio, recursos ou conforto (BRASIL, 2009).

Isso demonstra que o assistente social busca elementos que responda de maneira positiva ao problema que lhe é atribuído, buscando resolver as demandas com as ferramentas que tem disponível para o exercício profissional, a contar dentre estas ferramentas a interação multiprofissional e interdisciplinar que foi classificada como “boa” por todas as entrevistadas, tal relação é fundamental para vencer muitas das dificuldades impostas no dia a dia da maternidade.

Matos (2015) é clara ao defender que a identidade das equipes profissionais em torno de coordenadas comuns não dilui as particularidades profissionais. Para ela o assistente social, mesmo partilhando o trabalho com os outros profissionais, dispõe de ângulos particulares na interpretação dos mesmos processos sociais e de uma competência distinta para a realização das ações profissionais. Esta decorre de vários fatores, dentre eles a formação profissional, a sua capacitação teórico-metodológica, bem como a sua competência na habilidade para desenvolver determinadas ações em equipe.

Deste modo, quando interpeladas sobre se existia alguma precarização dos serviços prestados pelo SUS na maternidade? Como o assistente social lida com a falta de comprometimento com a qualidade dos serviços prestados aos seus usuários dentro do seu campo de atuação? E quais as condições de trabalho para o serviço social? Obteve-se concomitantemente as seguintes respostas:

Não. Até o momento todos os direitos são garantidos. Boa (Jade).

Sim, vários. Falta medicação e falta produtos básicos e de higiene para o internado (lençol, sabão líquido, absorvente, papel higiênico). Na verdade, não nos acomodamos com tal, sempre buscamos juntos ao gestor, a melhoria dos serviços prestados, buscando parcerias, e sempre na luta pela qualidade e garantia do direito de todos. Precária, sem repouso, sem instrumentos necessários para um trabalho efetivo e de qualidade como: telefone, internet, impressora (Safira).

Sim há uma precarização, não há recursos para a gente trabalhar, falta ainda muitos aparatos, e quando nos deparamos com essa realidade, buscamos meios de fazer nosso trabalho com o que temos, não depende apenas de nos. Em condições precárias, não temos telefone para realizar contatos externos, temos que fazer com recursos próprios (Esmeralda).

Busco sempre resolver os problemas com a direção, dialogando sempre, o pior é que nem sempre depende da direção também, muitos serviços são precários na rede pública, uma realidade difícil até mesmo para nos. Não é muito boa a condição de trabalho, passamos a noites de plantões em um colchão no chão, o que não é diferente da realidade de outros profissionais (Diamante).

A Entrevistada Jade disse que não há precarização nos serviços prestados pelo SUS na maternidade, embora as outras entrevistadas revelam há sim uma precarização

nesses serviços, porém, é passado por cima, uma vez que o profissional não reivindica melhoria no espaço, e os usuários são muito leigos para exigir seus direitos a assistência íntegra.

E, em relação a qualidade nos serviços de saúde, o que a Entrevista Jade não respondeu foi a pergunta em si, apenas se direcionou aos direitos sendo garantidos e não sobre a qualidade dos serviços do SUS, e outro ponto é que nessa resposta há sintonia com as demais entrevistadas.

A partir das falas, identifica-se o reconhecimento da precarização das políticas públicas, falta de comprometimento dos gestores com a qualidade dos serviços e condições precárias de trabalho, entretanto, os assistentes sociais desempenham suas funções de modo mais qualitativo possível, embora evidenciem a falha dos gestores enquanto responsáveis por garantir os direitos sociais (PAIXÃO; CORREA, 2018).

Mesmo os profissionais desempenhando suas funções com o máximo de empenho para atingir a qualidade, eficácia e eficiência da assistência social na maternidade pesquisada, torna-se fundamental a conscientização da direção geral da instituição e também de gestores públicos da saúde municipal para que a precarização do serviço e a ausência de recursos simples sejam corridos.

Neste sentido, Ceolin (2014) ressaltam que a precarização do trabalho traz impactos negativos no que tange as práticas e ações do serviço social, isso se dá pela Crise do Capital, onde os gestores alegando crises econômicas realizam corte e mais cortes da saúde pública, defasando o sistema, os serviços e desrespeitando não só os direitos do cidadão à saúde como também os profissionais de serviço social que se tornam reféns das mazelas advindas da precarização da assistência.

Para Faleiros, Araújo e Hadler (2019) é visto como mediação do serviço de saúde, sendo realizado por conta da defasagem e precarização da saúde pública o do serviço social na saúde. Compreende-se que é difícil assegurar o acesso ao atendimento qualificado diante da redução de recurso nas políticas de saúde e descaso de gestores para com o serviço social na maternidade.

E nesta concepção de atuar indo além dos limites impostos pelos poucos recursos disponíveis na maternidade onde ocorreu o estudo, observa-se a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica e ético-político que torna concreta a ação profissional das assistentes sociais, possibilitando a assistência permanente mesmo com uma realidade profissional permeada de desafios, gerando condições de negligência à saúde e ao exercício profissional do assistente social na maternidade pública (ALCANTARA; VIEIRA, 2013; MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Este profissional tem uma formação que lhe confere capacidade técnica de compreender o social de todo ambiente da saúde, possibilitando a construção de práticas vinculadas ao social e a necessidades de saúde do usuário, o que remete ao conceito ampliado de saúde e, portanto, a possibilidade de o assistente social caminhar na direção

dos interesses dos usuários mesmo que os recursos disponíveis sejam insuficientes, tentando superar a fragmentação do sistema público de saúde em benefício do cidadão (LACERDA, 2014).

O assistente social na garantia dos direitos s usuários dos usuários do serviço de saúde na Maternidade pública

Segundo Oliveira (2017) o serviço social na maternidade desempenha um trabalho de democratização, e de resgate da cidadania numa prática baseada no compromisso com a qualidade dos serviços público prestados as pacientes, socializando comunicação e informações a fim de garantir direitos, bem como participando da construção de uma assistência integrada as gestantes, recém-nascidos, parturientes e acompanhantes.

Neste contexto, ao serem questionadas sobre de qual maneira o assistente social se utiliza da política de saúde para a garantia de direitos aos usuários, bem como, se existiam projetos sociais desenvolvidos por eles na maternidade? Constatou-se que:

Buscando nas leis, garantir que usuário possa ter toda assistência necessária, fazendo os devidos contatos, sem ferir a ética ou moral, da equipe multiprofissional buscando sempre dialogo. Não existe projetos (Safira).

Através das informações, orientações dadas aos usuários sobre as políticas de saúde pública, encaminhamentos e etc... Nenhum projeto no momento (Esmeralda).

Trabalhamos para o seja efetivado o direito da paciente, obter um acompanhante de livre escolha, aqui na maternidade temos normas que acabam ferindo alguns direitos, por exemplo, o esposo não pode acompanhá-la desde a entrada no pré-parto ou nas enfermarias, porque não temos leitos separado na sala do pré-parto, e nisso tentamos dialogar o máximo para que ele ceda o direito de não permanecer, mais isso só para que não fira o direito das outras pacientes que estão despidas e em trabalho de parto. Lembrando que há casos e casos, muitos não são da cidade e nem sempre há uma mulher para acompanhar a gestante, neste caso, o esposo acompanhará mesmo as outras gestantes em trabalho de parto ficando constrangidas com a presença de um homem desconhecido. Até que temos fazer projetos, mais aqui nada vai pra frente (Diamante).

A partir das falas observa-se que as profissionais assistentes sociais observam as fragilidades da maternidade na oferta dos serviços à paciente, e embora haja essa fragilidade, o serviço social ver o paciente na perspectiva de um sujeito de direito e buscando sempre atender a estes direitos.

Essa compreensão de respeito a todas as gestantes no trabalho de parto é fundamental e a visão do assistente social que percebe o constrangimento das demais gestantes quando a presença do acompanhante é masculina traz o diferencial de conhecer as políticas e respeitas os direitos de todas as gestantes levando em consideração o perfil individual.

Quando nas mais diversas situações do âmbito da saúde e principalmente as

maternidades, o assistente social deve avaliar as particularidades sociais, econômicas ou familiares de cada paciente, assim, para se promover um atendimento qualificado que responda às necessidades e direitos de cada indivíduo, é preciso uma busca investigativa e aprofundada para viabilizar possibilidades interventivas assegurando seus direitos e acesso integral à saúde (PAIXÃO; CORREIA, 2018).

Segundo Lacerda (2014), a profissão de serviço social é demandada pela necessidade de intervir na vida da família e sociedade de modo a implementar ações, projetos e políticas públicas que atendam às necessidades e respeite os direitos do cidadão, promovendo a coesão da necessidade com o serviço disponível e qualidade do serviço.

É no cotidiano que o assistente social atende individualmente cada indivíduo, faz grupos, reuniões, planeja projetos e ações, emite relatórios, avaliar o serviço a necessidade de melhorias para atender aos usuários e, recomeça tudo no dia seguinte novamente. No entanto, toda essa atuação do assistente social no setor de saúde, principalmente na maternidade, depende diretamente dos aparatos que devem ser disponibilizados pelo sistema público de saúde, pois a precarização nos serviços prestados violam os direitos dos usuários.

Desse modo, as assistentes sociais entrevistadas foram perguntadas sobre como o profissional analisa a violação dos direitos dos usuários dentro na política de saúde? E como o assistente social intervir nessa realidade? Demonstrando que:

Intervemos sempre para o melhor atendimento e garantia de direitos, principalmente com a atuação na equipe multiprofissional (Jade).

Temos um olhar negativo para essa prática, porém não se calando, levando ao usuário o conhecimento de "tao" fato e intervirmos fazendo com que usuários conheça de fato o seu direito e fazendo com que se cumpra e A. Social buscando meios para tal fato ser feito (Safira).

Bom eu analiso de forma que os usuários não conseguem ter todos os seus direitos garantidos, até pela a precariedade de recursos vindo para a instituição, e com a falha de investimentos na saúde e a gente sabe quem mais sofre com isso é os nossos usuários (Esmeralda).

É lamentável, fico chateada, procuro o máximo possível em resolução para o caso, mas você sabe que nem tudo podemos resolver, pois não depende só de nos. Mas sempre oriento meu usuário a lutar e buscar seus direitos. Em casos quando é pela parte de outros profissionais jamais bato de frente, levo o caso logo para o chefe daquele setor até que haja alguma resolução o que não podemos é nos conformar e ficar parados perante aquela situação temos que articular alguma forma para que favoreça ao nosso usuário, pois na sua grande maioria são extremamente vulneráveis e chegam na maternidade leigos de direitos (Diamante).

As profissionais entrevistas reconhecem a importância do SUS para sua atuação, além de reconhecer também, que a ausência de serviços de saúde ou a má qualidade é uma violação dos direitos dos usuários.

Os métodos de cortes de custos públicos da saúde acabam atrapalhando a atuação profissional, assim os gestores em saúde da maternidade necessitam adotar um processo de gestão que atenda aos direitos dos usuários ao acesso a todos os serviços de saúde a que tem direito (RAICHELIS, 2011; SANTOS; BERNACHI, 2012).

As considerações acima vão de encontro as de Garnelo et al. (2018) que identificou em seus estudos uma cobertura ineficiente por parte do SUS que não disponibiliza os recursos pertinentes, sendo a cobertura e o acesso a bens e serviços insuficientes em relação as necessidade e demandas da população. Com isso, remete-se a confirmação de que as assistentes sociais realizam seu papel de modo a fortalecer o que a de disponível, e mesmo o disponível não sendo o suficiente, as profissionais desempenham seus papeis e funções de modo mais eficiente possível.

Para que haja garantia de acesso aos bens e serviços de saúde, o sistema público deve levar em consideração a qualidade da saúde para atender as necessidades básicas da população, proporcionando meio físicos e recursos para que os assistentes sociais desempenhem suas funções com o objetivo de promover o desenvolvimento social e a promoção adequada das políticas públicas de saúde.

4 | CONCLUSÃO

O serviço social na maternidade enfrenta muitas dificuldades nas funções diárias, entretanto, a ausência de matérias e recursos não minimizam o empenho destes profissionais assistes social em exercer suas práticas, pois conseguem, mesmo em situações precárias, ofertar um atendimento acolhedor, resolutivo e humanizado para os usuários, o que qualifica as práticas diárias das assistentes sociais da maternidade como boas.

Embora haja necessidade de instrumentos e insumos essenciais para a atuação profissional, com os poucos recursos disponíveis para o setor do serviço social, as assistentes sociais conseguem com eficiência assistir aos usuários.

As políticas públicas de saúde disponibilizadas pela instituição não são muito compatíveis com os direitos de acesso a saúde da população, falta muito para que o serviço público de saúde corresponda às necessidades demandas da população atendida na instituição, o que remete a necessidade de reestruturar a gestão dos recursos para a aquisição de materiais que melhorem a efetividade da prática profissional não apenas do assistente social, como também de todos os profissionais da maternidade.

Por fim, faz-se necessário trabalhar e alterar a visão da instituição sobre a importância da atuação do serviço social para o funcionamento dos serviços de saúde dentro da maternidade, sensibilizar os gestores sobre a importância de ofertar os recursos necessários para a prática profissionais o que implicará na qualidade do serviço proporcionando um atendimento integral e humanizado, atendendo a todos os direitos de

acesso à saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, I. da S.; VIEIRA, J. M. W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**, v.12, n.02, p. 334 - 348 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Brasília, 2009.

CEOLIN, G. F. Crise de capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 118, p. 239-264, junho de 2014.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisc Cient Aplic.**, v.02, n.04, p.01-13, 2008.

FALEIROS, V. de P.; ARAUJO, A. A. M. de; HEDLER, H. C. Precariedade e interdisciplinaridade no trabalho da Assistente Social na esfera pública. **Rev. katálysis**, v. 22, n. 2, p. 383-392, 2019.

FALEIROS, V. de P. Desafios de atendimento no Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Rev. katálysis**, v. 16, n. spe, p. 83-91, 2013.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, pp. 81-99, 2018.

LACERDA, L. E. P. de. Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. **Serv. Soc. Soc.**, n. 117, p. 22-44, 2014.

LEME, A. A. Neoliberalismo, globalização e reformas do estado: reflexões acerca da temática. **Barbaroi**, n. 32, p. 114-138, 2010.

MATOS, M. C. de. Considerations about social workers' professional assignments and abilities nowadays. **Serv. Soc. Soc.**, n. 124, p. 678-698, 2015.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Rev. katálysis**, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013.

OLIVEIRA, C. A. R. **Legislação do SUS. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil**. 4ª edição, Teresina, Piauí, 2017.

PAIXÃO, C. de M.; CORREA, G. C. S. **A atuação do assistente social em âmbito hospitalar: uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA)**. Trabalho de Conclusão de Curso. Pós-Graduação. INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO – IESF, 2018.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serv. Soc. Soc.**, n. 107, p. 420-437, 2011.

SANTOS, M. A.; BERNACHI, S. R. A. **O papel do assistente social na saúde pública no município de Três Lagoas. Associação de Ensino e Cultura de Mato Grosso do Sul**. Curso de Serviço Social, 2012.

CAPÍTULO 18

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO, PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE LOS EGRESADOS DE ENFERMERÍA, SOBRE LA SUFICIENCIA DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 29/04/2022

Luz Ayda Saldarriaga Gallego

Enfermera Profesional, Corporación universitaria Adventista - UNAC, Especialista en docencia, Corporación Universitaria Adventista de Colombia– UNAC Medellín, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2184-4283>

Freddy Leon Valencia Arroyave

Enfermero Profesional, Corporación universitaria Adventista - UNAC, Especialista en docencia, Corporación Universitaria Adventista de Colombia – UNAC, Especialista en Gerencia en servicios de Salud, Universidad Luis Amigo Medellín, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-0411-3008>

Edgardo Ramos Caballero

Enfermero. MPH. PhD. Docente de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-8545-5503>

RESUMEN: Con el sobrevenir del ejercicio profesional el recién egresado, lleva consigo un conjunto de competencias en el conocer y habilidades practicas adquiridas en la academia, los cual representa un reto al ser integradas para satisfacer los requerimientos y las necesidades de los diferentes campos y situaciones propios del ejercicio profesional, por lo cual el presente

trabajo tiene como finalidad la identificaciones de las percepciones sobre si las habilidades adquiridas durante su pregrado son suficientes para cumplir las exigencias laborales; y su objetivo general es el de Describir la percepción de los recién egresados del pregrado de enfermería acerca de la suficiencia en la formación.

PALABRAS CLAVE: Percepción, competencias, ejercicio profesional, Educación en enfermería.

CONSTRUCTION PROCESS OF AN INSTRUMENT, TO MEASURE THE PERCEPTION OF NURSING GRADUATES, ABOUT THE SUFFICIENCY OF THE COMPETENCES ACQUIRED DURING THEIR PROFESSIONAL TRAINING

ABSTRACT With the coming of the professional practice, the recent graduate carries with him a set of competencies in knowledge and practical skills acquired in the academy, which represents a challenge to integrated and meet the requirements and needs of the different fields and situations of the professional practice, so the present work aims to identify the perceptions on whether the skills acquired during their undergraduate studies are enough to meet the labor requirements; and its general objective is to describe the perception of recent nursing undergraduate graduates about the sufficiency in training

KEYWORDS: Perception, skills, professional practice, Nursing education.

1 | INTRODUCCION

El sistema educativo conformado por el

ministerio de educación nacional, secretarías de educación, instituciones y comunidad educativa elaboran su plan de acción, y diseñan currículos de acuerdo con las necesidades del contexto, que enmarcan la formación de los estudiantes y diseñan un esquema con el cual se llevará a cabo el proceso de enseñanza y aprendizaje en los diferentes niveles formativos.

Precisamente el pregrado de enfermería tiene una duración de durante diez semestres académicos, en los cuales el futuro profesional de enfermería, es participe de un proceso que lo llevará adquirir las competencias generales y específicas requeridas para desempeñarse profesionalmente. Una vez egresado el estudiante de la académica, se verá enfrentado a un mundo laboral, donde hay un estrecho relacionamiento y articulación entre la teoría y práctica, haciendo evidente el resultado del proceso con las respectivas fortalezas y debilidades desarrolladas en esta etapa.

Ahora bien, pasada la etapa formativa, el profesional egresado de la institución educativa lleva consigo un conjunto de conocimientos y habilidades aprendidas en la universidad, integradas a las capacidades personales de relacionamiento, cualidades, aptitudes y actitudes que lo llevaran a satisfacer las necesidades del medio donde ejercerá su quehacer, y lo llevará a ser competente para realizar un determinado trabajo, con las capacidades suficientes para cumplir las exigencias laborales.

Por otro lado las instituciones educativas tiene la responsabilidad de llevar un control, acompañamiento y estudio a los egresados, con el fin de evaluar la suficiencia de las competencias dentro de la sociedad y si es necesario replantear, formular estrategias, o llevar a cabo modificación de los programas de estudio, que estén acorde a las necesidades cambiantes de una sociedad y mejorar el perfil profesional de los egresados e impactar en la comunidad, teniendo en cuenta los intereses y demandas de los egresados, los empleadores o de la sociedad en general.

En definitiva, estamos en un mundo cambiante y la profesión de enfermería no es ajeno a ello, lo cual exige que toda la comunidad educativa y todos los actores involucrados en el proceso de enseñanza y aprendizaje, tomen las acciones necesarias para adoptar una educación innovadora que esté a la par de la globalización mundial, así como de asegurarse que esté a la vanguardia a los cambios sociales, tecnológicos y educativos, además de asegurar la articulación entre la teoría y la práctica, logrando integrar el conocimiento al ejercicio profesional basado en altos estándares de calidad y rigor científico.

Con el planteamiento anterior y considerando esta idea, surge la necesidad de cuestionarse cuál es el análisis de la percepción de los egresados de enfermería sobre la suficiencia de las competencias adquiridas durante su formación profesional, ahora integradas a la realidad e inmersa en el contexto laboral. Para lo cual específicamente es necesario indagar por la percepción de los egresados de enfermería, identificar dichas situaciones, analizarlas y pasar posteriormente cumplir con el objetivo de describir dichas

percepciones.

2 | MARCO DE REFERENCIA

Para llevar a cabo el análisis de las descripciones se hace necesario indagar la percepción de los egresados de enfermería sobre las competencias adquiridas durante su formación profesional

a. Indagación de la percepción de los egresados

Es necesario partir por investigar la percepción de los egresados, en lo que respecta a las competencias adquiridas como resultado de su proceso formativo. La interpretación y análisis provenientes de las emociones que puede tener el profesional al llegar a un campo laboral y si la formación que recibió es la suficiente para desempeñarse y ser competente en la población laboralmente activa, que lo “obliga” a contar con las habilidades y conocimientos para ejercer su labor de un manera satisfactoria. “Las competencias profesionales constituyen un denominador común, siempre con la preocupación centrada en la mejoría de los servicios laborales y educativos, o sea, el perfeccionamiento laboral o profesional de cada recurso”. (VALCÁRCEL IZQUIERDO ET AL., 2019, p. 256)

Por lo tanto se convierte en un factor de vital importancia investigar directamente en los profesionales egresados como fue el proceso de transición de la academia al en un mundo laboral, con el fin determinar las características más relevantes en el proceso de adaptación, teniendo en cuenta que hay diversidad en los planes de la formación profesional y variedad de acuerdo a la región, a las características de la sociedad, o a la misión de la institución educativa, como es mencionado en el plan nacional de enfermería 2020. 2030 “hay brechas entre la formación académica y el escenario de desempeño profesional; se encuentra heterogeneidad en la formación de pregrado” (CONSEJO TÉCNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA, 2020, p.8)

Así mismo se hace necesario indagar por las interpretaciones tras pasar su proceso formativo y la inserción al contexto laboral, considerando los factores que favorecen el ejercicio profesional, o por el contrario los elementos que obstaculizan su desempeño, y si las competencias adquiridas son las requeridas por el medio. Entendiendo competencia como: “el conjunto de habilidades, conocimientos, actitudes y valores interdependientes y necesarios para la ejecución de acciones con vistas a un eficiente ejercicio de la actividad profesional” (BARBOSA ET AL., 2019, p.2)

Teniendo en cuenta que las competencias laborales son el resultado de un proceso de aprendizaje en el cual el profesional adquiere conocimientos y habilidades prácticas que le permiten el correcto desempeño en una actividad laboral. Desde esta perspectiva menciona Hernández-Díaz et al., (2020, p. 622)

Las definiciones de competencias son diversas, en sí permiten la existencia

de un importante cuerpo de conocimiento alrededor de su significado y su evaluación. El enfoque por competencias ha surgido como respuesta a la creciente necesidad impulsada por la globalización, su finalidad es mejorar la calidad y pertinencia de la formación de profesionales, en los nuevos escenarios del presente siglo. Estas, entonces, presentan características distinguibles: se basan en un contexto, son de carácter disciplinario, se enfocan en el logro de un desempeño idóneo orientando a la acción, buscan resolver problemas en distintas situaciones, incluye procesos mentales, ambientales, interpersonales y culturales, entre otras.

Sumando a lo anterior, en pro del desempeño adecuado el profesional integra los conocimientos adquiridos en la academia con aptitudes intelectuales, destrezas físicas, cognitivas, espirituales y actitudes para lograr los resultados esperados dentro el contexto de trabajo, apoyando esta idea desde el punto de vista el autor sugiere. Cuñat et al., (2017, p.327)

Las competencias del personal de enfermería que sean licenciados comprenden conocimientos, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera especialista ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados. El ejercicio de esta profesión requiere de competencias propias en el arte de cuidar, desde que surge la vida hasta los momentos actuales, donde se precisa poseer un perfeccionamiento continuo de los conocimientos, que permitan enfrentar el desarrollo constante de las Ciencias de la Salud y la tecnología para brindar cuidados de calidad oportunos, específicos y especializados.

Lo que lleva a agregar que para lograr esas competencias básicas de los profesionales de enfermería, se deberán fortalecer destrezas prácticas para mejorar habilidades similares a la de profesionales con mayor experticia, el autor expone Almeida et al., (2019, p.343)

Señalamos la influencia de la experiencia del enfermero, ya que las experiencias previas inciden en la forma en que actúa el paciente, es decir, cuanto mayor es el tiempo de trabajo del enfermero, mayor es el conocimiento y las habilidades para actuar. Se asume que la inexperiencia y falta de preparación de los recién graduados para el paciente moviliza afectos e información en este grupo, que dan significados a los terminan afectando las formas de actuar que se establecen a partir de ellos.

Es así como el punto de vista de los profesionales es un elemento fundamental para evaluar el perfil del egresado y la pertinencia de los programas académicos” La perspectiva de los egresados puede operar como indicador del proceso formativo y la inserción profesional, permitiendo comparaciones, ajustes y cambios curriculares cuando resulten pertinentes”. (BARBOSA ET AL., 2019, p.2).

En consecuencia las instituciones educativas están en el deber de llevar un control de sus egresados para captar esos sentimientos y tomar las medidas necesarias para dar continuidad, fortalecer, retroalimentar o modificar sus currículos y programas de formación

superior. Al respecto el autor manifiesta que: (Moreno Martín et al., 2017, p.2)

A través de los estudios de seguimiento a graduados se pueden obtener las incompatibilidades e insuficiencias de las competencias disponibles en relación a las competencias necesarias para concretar la estrategia corporativa. Por tal motivo estos estudios deben direccionarse a los intereses de los graduados, los empleadores y la sociedad con su realidad objetiva; a la vez que se han de replantear las competencias exigidas, para impactar más allá del empleo, en la sociedad misma de manera que las empresas y asociaciones se transformen en fuentes de empleo. Constituye un desafío para las instituciones de educación superior, el hecho de contar con una metodología validada para realizar los estudios de seguimientos a graduados, pues la información que generan estos estudios es trascendental para el perfeccionamiento del proceso de formación profesional como individuos de una sociedad, a la vez que solventa los criterios de los procesos de evaluación y acreditación institucionales, de carreras y programas.

De este punto parten los requerimientos de estudiantes, docentes, empleadores e instituciones de salud por propender una formación universitaria que cumpla con las expectativas y necesidades del medio en el que desenvolverá el egresado, a partir de esto Miranda-limachi & Rodríguez-núñez (2020, p. 377) propone

Uno de los retos actuales es lograr calidad y excelencia en la formación de los recursos humanos en salud, en la que se consideren las transformaciones suscitadas en el ámbito político, social y económico, En este sentido, los docentes gestores han realizado importantes esfuerzos para garantizar formación universitaria de calidad, que incorpore los cambios en la salud de las personas y se impulse un equilibrio en los escenarios docente-asistenciales a fin de propiciar el desarrollo de modos de actuación pertinentes.

Ahora bien, específicamente la formación profesional de enfermería demanda una educación integral que trascienda mucha más allá de lo científico y técnico, que simultáneamente abarque el ser humano en todas sus dimensiones:

Barbosa et al., (2019, p. 183) manifiesta

En el contexto del área de la salud, más específicamente en la formación del enfermero, las competencias van más allá de la adquisición de habilidades psicomotoras, extendiéndose al desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales, las que confluyen en la toma de decisiones y resolución de problemas.

De manera que el cuidado de la vida es el centro sobre cual se circunscribe la profesión de enfermería, lo cual tiene unas implicaciones mayores para la formación de enfermeros, no solo requiere la adquisición de conocimientos, es necesario también el desarrollo de habilidades blandas, pensamiento crítico, la iniciativa, la autonomía, la creatividad, el trabajo colaborativo, la capacidad de resolución de problemas, la responsabilidad ética, la compasión por otro, el respeto, que le permita al egresado brindar un servicio de la más alta calidad. Hecho mencionado en este artículo por Venegas (2021, pp. 324)

Las competencias del personal de enfermería que sean licenciados comprenden conocimientos, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera especialista ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados. El ejercicio de esta profesión requiere de competencias propias en el arte de cuidar, desde que surge la vida hasta el momento de hoy en día, el ejercicio profesional de enfermería demanda que los recién egresados cuenten con las competencias necesarias para enfrentar un escenario laboral altamente competitivo y versátil.

Igualmente todo el personal de enfermería necesita desarrollar capacidades para el control de las relaciones interpersonales y habilidades de liderazgo, como cabeza de un equipo de trabajo, el desarrollo de esto es un aspecto importante para optimizar la calidad de la asistencia del paciente, enfocar los cuidados, el bienestar del personal, y dirigir grupos que se esfuerzan por alcanzar un objetivo en determinadas situaciones, Ángel y Peña (2021 p.7)

El liderazgo es un elemento connatural de la enfermería, puesto que, la práctica de esta actividad profesional requiere capacidad de organización, proposición, creación, delegación y supervisión del trabajo de otros. El liderazgo puede entenderse como la capacidad de inspirar confianza, potenciar las capacidades del equipo y dar apoyo al grupo que se lidera.

En definitiva el profesional de enfermería es el líder de un equipo de trabajo, en su desempeño diario se verá enfrentado a una serie de situaciones cambiantes del entorno y de las condiciones de salud de las personas a su cargo, por lo cual dentro de la formación se hace necesario velar por el desarrollo del pensamiento crítico como herramienta indispensable en la toma de decisiones, aspecto tenido en cuenta por Moran et al. (2016 p.2)

En el contexto actual de una atención de salud cada vez más compleja y exigente, se espera que el enfermero cuente con la capacidad de razonamiento clínico para resolver problemas clínicos y tomar las decisiones asistenciales más adecuadas, para garantizar resultados positivos en salud, por lo que la toma de decisiones ha ido ganando cada vez más protagonismo piedra angular de la atención de enfermería de alta calidad (3). El proceso cognitivo y el razonamiento clínico que utilizan las enfermeras en la toma de decisiones clínicas ha provocado una creciente preocupación por la enseñanza de esta habilidad.

Del mismo modo a la educación le corresponde estar a la vanguardia de un contexto mundial el cual exige profesionales cada vez más preparados, un medio laboral que precisa ciertas competencias para ingresar y permanecer en la vida productiva, inclusive formar el profesional de modo que le permita competir en un medio donde el talento humano en salud está altamente calificado, referido por: Paz et al. (2016, p.90)

Los cambios recientes en la educación superior reflejan diferentes culturas nacionales y se relacionan estrechamente con fenómenos internacionales como la globalización, las transformaciones económicas, el desarrollo de

nuevas tecnologías de la información y la comunicación y el surgimiento de una red internacional de conocimiento. Dichos cambios toman diferentes formas e intensidades en escala y contenido y han lanzado procesos de expansión en los sistemas de enseñanza y múltiples formatos institucionales, así como diferentes vínculos entre el Estado y la sociedad.

Finalmente con el propósito de llegar al conocimiento y en la búsqueda de información que conduzca a reflexionar sobre la suficiencia de la formación y entendiendo el concepto de indagación como: “Proceso dinámico que consiste en estar abiertos a experimentar asombro y perplejidad, y llegar a conocer y entender el mundo. Como tal, es una postura que impregna todos los aspectos de la vida y resulta esencial para la manera en que el conocimiento se crea. : **(Galileo.org, 2022, parr.1)**

Teniendo en cuenta los aspectos desarrollados anteriormente con la indagación se pretende realizar descubrimientos, de cómo los enfermeros perciben su mundo y los problemas que surgen en el curso de la inserción de los profesionales al mercado laboral.

Sin embargo y a pesar que el estudiante recibiera una formación profesional tanto teórico como práctica, todos los procesos no son igual de satisfactorio, dando lugar a lechos o vacíos académicos y a que los egresados no tengan las mismas competencias y habilidades para desempeñarse adecuadamente en determinado campo. Tal vez es conveniente tener en cuenta la posibilidad de que cada persona posee unas características únicas, existen gustos, habilidades personales, capacidades individuales para el desarrollo profesional y teniendo en cuenta que la enfermería ofrece diversos campos de acción, cada profesional puede ejercer con fortaleza en ciertas áreas y en otras no, pero que se pueden aprovechar al máximo y tener resultados satisfactorios., habilidades que a la hora de ejercer deberán ser tenidas en cuenta , ya que repercuten en la prestación del servicio, siendo de vital importancia su identificación.

3 I DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Se realizó la construcción de un instrumento, fue sometido a pruebas psicométricas de validez, confiabilidad, objetividad, con validez inter observador y consistencia interna. Desarrollado las siguiendo estas fases:

Fases I. Dimensiones del instrumento.

Fases II. Operacionalización del instrumento.

Fase III. Validación y confiabilidad del instrumento.

Fase IV. Prueba piloto

Fase V. Ajustes.

Fase VI. Aplicación del instrumento

3.1 Fases I. Dimensiones del instrumento

El instrumento se trabaja con cuatro dimensiones: la primera consta de 8 preguntas cerradas con las características sociodemográficas e información de caracterización profesional y satisfacción de la institución.

En la segunda las tres dimensiones restantes, consta de 45 preguntas en formato de escala tipo Likert, de uno a cinco, en la que cinco significa “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, 3 “Indeciso”, 2 “En desacuerdo” y 1 “Totalmente en desacuerdo”. Preguntas de opción múltiple, para las dimensiones del cuidados del saber, cuidados del hacer y cuidados del ser.

3.2 Fases II. Operacionalización del instrumento

Se realiza la Interpretación del instrumento general y por dimensión, con pruebas de consistencia interna con un cálculo de baremo satisfactorio

3.3 Fase III. Validación y confiabilidad del instrumento

Juicio de expertos: Para la validación del instrumento se pasó a la revisión de este por parte de profesionales idóneos que cuentan con la experiencia investigativa y con los recursos académicos para hacer un aporte significativo a la investigación, para lo cual se pasa una carta de intención solicitando su participación y emitir su criterio del instrumento y se solicita diligenciar el formato de evaluación de juicio de expertos.

3.4 Fase IV. Prueba piloto

La investigación se realiza en la población de egresados de la corporación universitaria adventista, con un informe de 251 enfermeros graduados el 2021, se calcula una muestra correspondiente a 142 egresados, para una confiabilidad del 95%. Para la realización de la prueba piloto se aplica el instrumento aproximadamente al 20% de la muestra, correspondiendo a 45 profesionales de enfermería egresados de diferentes universidades de la ciudad de Medellín, cabe aclarar que es población no participante del estudio, pero de características similares a los participantes. La prueba piloto se hace con el fin de determinar:

La reproducibilidad del instrumento: Pruebas de consistencia internas: correlación entre los ítems de cada una de sus dimensiones: mediante la correlación de Pearson y fiabilidad inter observador: analizado la concordancia entre evaluadores diferentes con los mismo instrumento

Fiabilidad Se procedió analizar la fiabilidad mediante el estadístico: coeficiente de alfa de cronbach, con el fin de determinar la variación u homogeneidad en las mediciones

Procedimiento: La realización de la prueba piloto se hizo a través de una encuesta vía electrónica, en el cual los participantes respondieron las preguntas planteadas en el instrumento y comunicaron a los investigadores dudas, sugerencias y comentarios para

efectuar las debidas correcciones y, posteriormente se sometió a la prueba alfa de cronbach, arrojando un resultado de excelente, siendo satisfactorio y permitiendo la continuidad de la investigación.

Resultado de la prueba de consistencia interna del instrumento: 0,9

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,964	45

4 | INSTRUMENTO

Percepción del egresado de enfermería

N° de ficha _____

Objetivo: Determinar la percepción de los egresados de enfermería sobre las competencias adquiridas durante su formación profesional.

Este cuestionario está dividido en dos secciones: datos generales, que nos permite caracterizar a la población en estudio y datos específicos que se refieren percepción de los egresados de enfermería

No existen respuestas buenas o malas, por lo que se agradece responder todas ellas de una manera sincera acorde a su experiencia.

- Seleccione una única opción.
- Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.

I. **Sección datos sociodemográficos:** seleccione la respuesta marcando con una x

1. Edad: _____
2. Genero:
 - 1 Masculino:
 - 2 Femenino:
3. Estado civil
 - 1 Soltero:
 - 2 Casado:
 - 3 Unión libre:
 - 4 Viudo:
 - 5 Separado/divorciado:
4. Nivel de escolaridad
 - 1 Pregrado:
 - 2 Especialista:
 - 3 Magister:
 - 4 Doctorado:
5. Servicio en el que labora actualmente
 - 1 Hospitalización:
 - 2 Urgencias:
 - 3 Consulta externa:
 - 4 Administrativo:
 - 5 Cirugía:
 - 6 Educación:
6. Estrato socioeconómico :
_____ (De 1 – 6)
7. Recomendaría a otras personas estudiar el programa de enfermería de la UNAC
 - 1 Si:
 - 2 No:
8. El programa contribuyo a la formación del profesional que hoy en día soy
 - 1 Si:
 - 2 No:

II **Sección: Datos específicos:** Teniendo en cuenta la siguiente escala, seleccione el criterio con el que mejor se identifica, solo uno por enunciado.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5	4	3	2	1

DIMENSIÓN: CUIDADOS DEL SABER

Sub-dimensión: Cuidados disciplinares						
Ítems: En mi ejercicio profesional...		5	4	3	2	1
9	Conozco los diferentes modelos de enfermería utilizados para valorar el paciente, tales como: Virginia Herderson, Dorotea Orem, Calixta Roy, Ramona Mercer					
10	Conozco los signos y síntomas que evidencian las necesidades de mis pacientes					
11	Conozco la estructura para proponer diagnósticos de enfermería de acuerdo con su tipología					
12	Conozco las herramientas para planear los objetivos y metas alcanzar con respecto a la salud de mis pacientes					
13	Conozco las intervenciones y actividades de enfermería eficaces en el cuidado de los pacientes					
14	Conozco los protocolos de la institución para realizar la ejecución de las actividades de enfermería					
15	Conozco la metodología de evaluación que me permita evaluar si las intervenciones de enfermería fueron eficaces					
16	Conozco los procesos fisiopatológicos prevalentes de la población para brindar un cuidado de enfermería de calidad					
Sub-dimensión: Cuidados con la medicación						
17	Conozco los mecanismos de acción de los medicamentos de los administrar					
18	Conozco las reacciones adversas de los medicamentos de los administrar					
19	Conozco las diferentes vías de administración de los medicamentos					
20	Conozco los diferentes soportes para pacientes con alteraciones nutricionales					
Sub-dimensión: Cuidados con las ayudas diagnósticas y laboratorio						
21	Conozco las principales pruebas de laboratorio					
22	Conozco los parámetros normales de las principales exámenes de laboratorio					
Sub-dimensión: Gestión del cuidado						
23	Conozco como hacer un cuadro de turno					
24	Conozco las herramientas administrativas para realizar los cálculos de personal					
25	Conozco la legislación vigente que rige el sistema de salud en Colombia					
26	Conozco el sistema único de habilitación de los diferentes servicios					

DIMENSIÓN: CUIDADOS DEL HACER						
Sub-dimensión: Cuidados disciplinares						
Ítems: En mi ejercicio profesional...		5	4	3	2	1
27	Construyo con facilidad diagnósticos de enfermería					
28	Propongo objetivos y metas para lograr los resultados esperados en los pacientes					
29	Propongo intervenciones y cuidados de enfermería eficaces en el cuidado de los pacientes					
30	Demuestro habilidad en la ejecución de las intervención de actividades que favorecen la recuperación de salud de mi paciente					
31	Estoy en la capacidad de evaluar si las acciones ejecutadas por enfermería fueron pertinentes y adecuadas para el paciente					
32	identifico a través de la observación los signos y síntomas que evidencian las necesidades de mis pacientes					
33	Estoy en la capacidad para realizar procedimientos básicos y técnicos especializados					
34	Tengo la capacidad adherirme a los protocolos y guías de cuidado					
35	Estoy en la capacidad de elaborar planes de enfermería estrategias y acciones de cuidados					
36	Estoy en la capacidad de realizar registros de enfermería coherentes con uso de lenguaje técnico					
37	Estoy en la capacidad de realizar un examen físico completo teniendo en cuenta la semiología					
Sub-dimensión: Cuidados con la medicación						
38	Demuestro habilidad para la administración de los medicamentos por las diferentes vías que generando seguridad y confianza en el paciente					
39	Estoy en la capacidad de instalar los diferentes soportes nutricionales enteral y parenteral a los pacientes					
Sub-dimensión: Cuidados con las ayudas diagnósticas y laboratorio						
40	Interpreto resultados de laboratorio como instrumento de apoyo para el cuidado de mi paciente					
41	conozco la preparación para las diferentes pruebas diagnósticas					
42	Preparo de manera correcta al paciente para la realización de las diferentes pruebas diagnósticas					
Sub-dimensión: Gestión del cuidado						
43	Estoy en la capacidad de realizar la programación mensual del personal					
44	Aplico herramientas administrativas para hacer cálculos de personal					
45	Estoy en la capacidad de gestionar y liderar un equipo de salud					

DIMENSION: HABILIDADES DEL SER						
ítems : Durante la formación profesional se me formo en :		5	4	3	2	1
Personal						
46	Promover las relaciones respetuosas terapéuticas, con el paciente, equipo de trabajo y demás personas del ámbito laboral					
47	Asistir puntualmente al sitio laboral					
48	Mantener una buena presentación personal acorde a la profesión de enfermería					
49	Se motivó aceptar y modificar conductas que ayudaran a mi crecimiento profesional					
50	Garantizar mi autocuidado con adherencia a las normas de bioseguridad					
Interpersonal						
51	Trabajar en equipo					
52	Incentivaron mi liderazgo y la capacidad de guiar el equipo de trabajo para obtener logros en común y el bienestar del paciente					
53	Proporcionar bienestar , alivio del dolor, asistir en la muerte, apoyo espiritual, contribuir la vida digna de las personas y su familia					

REFERENCIAS

BARBOSA, A. C. S., LUIZ, F. S., FRIEDRICH, D. B. DE C., PÜSCHEL, V. A. DE A., FARAH, B. F., & CARBOGIM, F. DA C. (2019). **Profile of nursing graduates: Competencies and professional insertion.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3222.3205>

CUÑAT DE GUEVARA, Yoannia et al. **Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados.** *Revista Información Científica*, [S.l.], v. 96, n. 2, p. 325-336, feb. 2017. ISSN 1028-9933. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/19/1035>. Fecha de acceso: 25 oct. 2021

DE, C. T. N., & ENFERMERÍA. **Plan nacional de enfermería 2020-2030.**(2019). Disponible en <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/46d8f9d7-b61c-4b9b-a171-1b70a1f0df70/Plan+de+Enfermería.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mVBzrKO> Fecha de acceso: 28 abr. 2022

HERNÁNDEZ B., A. M. (2010). **Apreciaciones de los egresados de enfermería de la Universidad Libre de Pereira sobre aspectos académicos del programa.** *Cultura Del Cuidado Enfermería*, 7(1), 5–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3716265.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3716265>

MIRANDA-LIMACHI, K. E., & RODRÍGUEZ-NÚÑEZ, Y. **Nursing Process as the care instrument,** *Enfermería Universitaria*, 16(4). (2020) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374&lang=es

MORENO MARTÍN, G., MARTÍNEZ GARCÍA, D. N., FERNÁNDEZ NIETO, M. I., & QUISHPE JARA, G. D. LAS M. (2017). **Seguimiento a graduados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato.** *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1, Mar), 23–27. Disponible en: <https://doi.org/10.29033/ei.v2n1.2017.06>

MORENO MARTÍN, G., MARTÍNEZ GARCÍA, D. N., MORENO MARTÍN, M., & FERNÁNDEZ NIETO, M. I. (2019). **Egresados de la carrera de Enfermería y su perfil profesional.** *Educación Médica Superior*, 33(1), 1–13.

MORÁN, L.; QUEZADA, Y.; GARCÍA, A.; GONZÁLEZ, P.; GODÍNEZ, S.; AGUILERA, M. **Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería.** Análisis de la literatura. *Enfermería Universitaria*, [S. l.], v. 13, n. 1, 2018. DOI: 10.1016/j.reu.2016.01.001. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/106>. Acceso en: 28 abr.

MUÑIZ GRANOBLE, Gloria Janeth et al. **Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico.** *Revista Cubana de Enfermería*, [S.l.], v. 35, n. 2, sep. 2019. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3339/450>>. Fecha de acceso: 28 abr. 2022

POZ, D., HELENA, M., COUTO, C., HELENA, M., & COUTO, C. (2016). **Inovação desenvolvimento e financiamento das instituições de ensino superior em saúde Innovation, development, and financing of institutions of higher education in.** 1–14. Disponible en: <https://www.scielo.br/lj/csp/a/Qb9Yxm4CTWKnRCby9PnBFx/?lang=en&format=pd>

SOTO-FUENTES, Paz et al. **Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión.** *Aquichan*, Bogotá, v. 14, n. 1, p. 79-99, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100008&lng=en&nrm=iso>. access 3 Apr. 2022. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.7>.

HERNANDEZ-DIAZ, Alejandro Antonio et al. **Desarrollo de competencias genéricas: asignatura de primeros auxilios, estudiantes de enfermería en una Universidad chilena.** *AMC*, Camagüey, v. 24, n. 5, e7517, oct. 2020. Disponible en<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000500002&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 29 oct. 2021. Epub 28-Oct-2020.

HERNÁNDEZ, E., & GURRIÓN, L. (2017). **Enfermería De Practica Avanzada: Una Opción Para El Fortalecimiento Profesional De La Enfermería Ante La Vejez.** *Tlatemoani*, 25, 31–42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7277115>

VALCARCEL IZQUIERDO, Norberto et al. **La formación permanente y continuada: principio de la educación médica.** *EDUMECENTRO*, Santa Clara, v. 11, n. 4, p. 258-265, dic. 2019. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000400258&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 29 abr. 2022.

DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS A FRENTE DO MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19 SOB CUIDADOS CRÍTICOS

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 20/05/2022

Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito

Instituto Dr. José Frota
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0003-3978-4968

Sarah Vieira Figueiredo

Instituto Dr. José Frota
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0003-1014-086X

Ana Gleice da Silveira Mota

Instituto Dr. José Frota
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0003-3173-8836

Luiza Marques Cavalcante

Instituto Dr. José Frota
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0002-3659-7828

Ana Lydiane Saldanha de Oliveira

Instituto Dr. José Frota
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0003-0678-5526

Antônio Elizoin Amorin de Sousa

Centro Universitário - UNIFAMETRO
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/3744949291888875>

Juliana Campos da Silva

Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
- FAMETRO
Fortaleza-CE
ORCID: 0000-0002-4007-1992

RESUMO: **Objetivos:** Refletir acerca dos desafios enfrentados por enfermeiros a frente do manejo de pacientes com COVID-19 sob cuidados críticos. **Métodos:** Estudo teórico-reflexivo. **Resultados:** A partir do novo processo de adoecimento, identificam-se diversos desafios envolvendo aspectos físicos e emocionais, como a necessidade de treinamentos, de adequação dos equipamentos de proteção individual, do gerenciamento de medos e estresses e da valorização profissional. **Considerações finais:** O texto nos evidencia a necessidade de maiores discussões acerca da atuação dos enfermeiros frente ao COVID-19, no intuito de serem elaboradas estratégias que contribuam para a melhoria no bem-estar destes profissionais e para a segurança na assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiras e Enfermeiros. Pacientes. Coronavírus. Cuidados Críticos. Equipamento de Proteção Individual.

CHALLENGES FACED BY NURSES IN FRONT OF THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COVID-19 UNDER CRITICAL CARE

ABSTRACT: **Objectives:** To reflect on the challenges faced by nurses in the management of patients with COVID-19 under critical care. **Methods:** Theoretical-reflective study. **Results:** Based on the new illness process, several challenges involving physical and emotional aspects are identified, such as the need for training, adaptation of personal protective equipment, management of fears and stresses and professional development. **Final considerations:** The text highlights the need for

further discussions about the role of nurses in the face of COVID-19, in order to develop strategies that contribute to improving the well-being of these professionals and safety in care. **KEYWORDS:** Nurses. Patients. Coronavirus. Critical Care. Personal Protective Equipment.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou desde o dia 30 de janeiro de 2020 que o surto gerado pelo novo coronavírus (COVID-19), que teve início em Wuhan (China) em dezembro de 2019, é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo definido no dia 11 de março de 2020 como uma pandemia (WHO, 2020).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), até o dia oito de abril de 2020 já haviam sido confirmados, no mundo, 1.353.361 casos de COVID-19, sendo que, destes, 15.927 são no Brasil, incluindo 800 mortes (OPAS, 2020).

Dentre as principais manifestações clínicas, que podem ter início entre dois até 14 dias após a exposição, estão: alterações respiratórias (como a tosse, dispneia e o batimento de asa de nariz), bem como a presença de febre (porém esta pode não estar presente em alguns pacientes). Sendo assim, podem existir casos leves (incluindo os assintomáticos) ou graves, podendo levar ao óbito (ANVISA, 2020).

Nesse contexto, diferentes medidas têm sido realizadas no mundo, no intuito de prevenir a propagação deste vírus e número de acometidos, sendo uma das principais estratégias o processo de distanciamento social.

Por outro lado, destaca-se a importância de uma assistência adequada, com embasamento científico e clínico, para todos aqueles acometidos pelo COVID-19. Segundo o Ministério da Saúde, os casos leves devem ser mantidos em isolamento domiciliar, por meio de tratamento não-farmacológico (hidratação, alimentação adequada e repouso) e fármacos para controle dos sintomas (BRASIL, 2020).

Por outro lado, os casos graves deverão ser encaminhados para serviços de urgência e emergência ou hospitalares de referência no COVID-19 em cada região, onde, a depender da gravidade, irão necessitar de cuidados críticos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Logo, os profissionais de saúde, frente a esta pandemia, que lidam de forma direta com esses pacientes, suspeitos ou confirmados com COVID-19, que possuem alta capacidade de transmissão, são considerados um público de alto risco para contágio (RAMALHO, FREITAS, NOGUEIRA, 2020). Assim, necessitam de constantes treinamentos e atualizações, na medida em que, diariamente têm sido publicados novos estudos acerca dos protocolos, do manejo e da prevenção a este vírus.

Nesse sentido, destaca-se ainda a necessidade de discussões sobre a correta disponibilização e o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), associada a higiene adequada das mãos, destes trabalhadores que estarão à frente no cuidado aos

pacientes suspeitos ou acometidos.

Dentre os profissionais de saúde envolvidos nesse cuidar, evidencia-se os enfermeiros, por estarem constantemente diante desses pacientes, na realização de procedimentos, que envolvem desde cuidados mais básicos, como higiene, hidratação da pele, administração de medicamentos, até uma assistência mais complexa, como a passagem de cateteres de alívio ou demora, passagem de sondas para alimentação, punção de gasometrias, manutenção de vias aéreas artificiais e ventilação mecânica, monitorização contínua, dentre outros, inerentes às necessidades de pessoas gravemente acometidas.

O novo coronavírus tem exigido, além dos conhecimentos científicos, um olhar clínico, crítico e reflexivo dos enfermeiros, diante de um processo de adoecimento recente no mundo, que os têm desafiado a exercer o seu cuidar com mais rigor e compromisso. Assim, se fazem necessários estudos que fomentem discussões acerca destas questões, contribuindo para a qualidade do cuidado e melhor compreensão das necessidades dos enfermeiros em campo de ação nesta pandemia.

2 | OBJETIVO

Refletir acerca dos desafios enfrentados por enfermeiros a frente do manejo de pacientes com COVID-19 sob cuidados críticos.

3 | RESULTADOS

Os enfermeiros têm estado na linha de frente diante dos casos de COVID-19, ganhando destaque, em meio a um contexto onde a OMS declarou que 2020 seria o ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetrícia (CATTON, 2020).

Entretanto, é importante serem levantadas discussões e reflexões acerca dos constantes desafios que esses profissionais têm enfrentado, diante de um processo de adoecimento novo, que gera diversos riscos físicos e emocionais para estes profissionais, que necessitam de fato serem valorizados e reconhecidos ante aos seus feitos.

Logo, as reflexões a seguir são um fomento nesse sentido, visando a construção de um cuidado seguro a pacientes e enfermeiros.

3.1 Educação permanente para enfermeiros frente ao COVID-19

O mundo tem buscado por terapêuticas para a cura e melhores estratégias de prevenção ao COVID-19 (como a elaboração de uma vacina), cujos resultados dos estudos estão sendo atualizados continuamente. Nesse sentido, os pacientes em cuidados críticos intensivos têm recebido uma assistência específica as manifestações deste vírus, que possui muitas peculiaridades, nunca evidenciadas.

Logo, existe a necessidade de um processo educativo a esses enfermeiros que

têm cuidado dessas pessoas, visando uma adequada capacitação, que vai além de conhecimentos específicos aos cuidados de enfermagem em terapia intensiva. Ademais, a sua assistência deve fornecer segurança para este profissional, de modo que os procedimentos realizados aconteçam com um mínimo de riscos aceitáveis.

Esses treinamentos devem envolver a correta utilização dos EPI, a higiene adequada das mãos, o gerenciamento dos resíduos e processo de esterilização, o gerenciamento dos riscos ocupacionais, a comunicação a distância com os familiares, bem como aspectos intrínsecos a esta forma de adoecimento. Estudo na China mostrou a importância dos vídeos educativos nesse sentido, podendo fornecer orientações detalhadas de forma virtual (HUANG et al., 2020).

De fato, muitas instituições de saúde e órgãos governamentais têm buscado elaborar vídeos, panfletos e outros documentos informativos, no sentido de alcançar a população e os profissionais de saúde envolvidos no cuidar.

Entretanto, é importante refletir acerca da suficiência dessas ações, bem como se estas têm atingido de fato todos os enfermeiros atuantes. Destaca-se ainda, o papel dos serviços de educação permanente, que precisam se levantar de forma participativa nesses treinamentos, com atividades *in locus*, onde acontece a assistência de enfermagem, no intuito de reduzir as incertezas desses profissionais, melhorar a segurança dos mesmos e fortalecê-los.

3.2 Os enfermeiros por trás dos equipamentos de proteção individual

Outro importante aspecto a ser discutido diz respeito à correta utilização dos EPI, relacionada à paramentação e à desparamentação, bem como seu suprimento em quantidade suficiente para atender a demanda necessária. Além da importância de manutenção de estratégias que previnam lesões desencadeadas pelo uso contínuo desses equipamentos.

Para uma proteção adequada dos enfermeiros que lidam com cuidados diretos e de alta complexidade, expostos a procedimentos com liberação de aerossol, a literatura tem mostrado o conjunto de equipamentos necessários, que incluem: máscara de proteção respiratória (N95, PFF2 ou equivalente), óculos de proteção ou protetor facial (este tem o benefício de cobrir a máscara), gorro, avental ou macacão impermeável, luvas de cano longo e protetores impermeáveis para sapatos (ANVISA, 2020; HUANG et al., 2020; BELASCO; FONSECA, 2020).

Estes equipamentos têm sua utilização variável entre os diferentes serviços, entretanto, devido ao seu racionamento, é comum a utilização por períodos maiores do que 4h, na medida em que os turnos de trabalho tem sido de 26h contínuas com os EPI (RAMALHO, FREITAS, NOGUEIRA, 2020; HUANG et al, 2020), podendo chegar a até 12h (com intervalo de 1h para refeição e outras necessidades humanas básicas, como de eliminações fisiológicas; ressaltando que há a troca dos equipamentos).

Apesar de ser enfatizado a importância do uso desses equipamentos de forma segura para os enfermeiros, deve-se refletir acerca do compromisso que esses profissionais têm exercido, expondo sua saúde a um contexto de alto risco, tendo em vista que a utilização destes equipamentos de forma contínua e prolongada gera desconforto físico e emocional (CATTON, 2020; HUANG et al., 2020; CHEN et al., 2020).

Além disso, o profissional deve atentar-se à sequência de retirada correta do EPI e a higienização das mãos, devido ao risco de autocontaminação durante a desparamentação, por isso é necessário ter cautela e atenção (SOBECC, 2020).

É importante, portanto, que os gestores dos serviços de saúde reflitam acerca das condições de trabalho que têm sido ofertadas a esses enfermeiros, que vão além do fornecimento dos EPI, por envolverem questões como o dimensionamento dos recursos humanos, visando não sobrecarregar ainda mais os profissionais neste ambiente exaustivo, e a escolha de turnos de trabalho mais favoráveis a suas equipes.

A China, como exemplo para os demais países, por ter sido a região primeiramente afetada no mundo e que tomou as medidas mais emergenciais, mostrou que o rápido aumento do número de pacientes adoecidos gerou uma alta demanda de enfermeiros, havendo a possibilidade de escassez desses profissionais. Assim, é preciso organização de um cronograma com escalas e turnos de enfermagem adequados aos mesmos e as demandas (HUANG et al., 2020).

Acrescido a isso, também tem sido evidenciadas as complicações faciais decorrentes do uso prolongado destes equipamentos, como a dor e o surgimento de lesões por dispositivo médico (RAMALHO; FREITAS; NOGUEIRA, 2020). Questões estas que assumem destaque na atenção aos enfermeiros, profissionais estes que além de cuidar, também precisam receber atenção e serem cuidados, visando a manutenção da sua integridade física, ante aos seus esforços na assistência aos pacientes com COVID-19.

Desse modo, por trás desses EPI existem enfermeiros, que além de profissionais de saúde, são pessoas e, portanto, possuem múltiplas necessidades, que precisam ser pensadas e discutidas, dentro desse contexto específico de pandemia, de modo a serem levantadas estratégias para alívio do sofrimento e promoção de qualidade para um melhor cuidar.

3.3 Aspectos emocionais dos enfermeiros

Além de todas as questões físicas destacadas, a saúde mental dos enfermeiros também pode ser prejudicada. O medo atinge aqueles que estão na linha de frente aos pacientes mais graves em cuidados intensivos, que pode estar relacionado às incertezas sobre o vírus, ausência de um tratamento específico ou de uma vacina preventiva, risco iminente de contaminação pelos profissionais e de contaminação para os seus familiares.

Na cidade de Wuhan (China), com o avançar da doença e emergência pública de caráter internacional, os serviços de enfermagem enfrentaram grandes pressões, diante de

tantos casos suspeitos e confirmados com a infecção, considerada fatal nos casos mais graves e com alto risco de propagação (CATTON, 2020).

Assim, o risco da infecção pelo COVID-19 gera nos enfermeiros alterações de cunho psicológico, além de exaustão e estresse social, que podem refletir no seu cuidado ou arriscar sua segurança profissional e que, apesar do treinamento intenso, é comum estes não estarem totalmente cientes de sua exposição enquanto cuidam de pacientes, especialmente quando se sentem estressados ou exaustos (HUANG et al., 2020).

A intensa quantidade de informações teóricas e práticas as quais esses enfermeiros na linha de frente dos cuidados lidam em suas rotinas de trabalho, podem gerar angústias quanto a algum tipo de desatenção que possa acontecer, durante o manuseio correto dos EPI.

Nesse sentido, um estudo apresentou uma situação de grande preocupação, na qual uma enfermeira vivenciou, ao se deparar diante de uma circunstância onde sua luva se prendeu a um paciente com COVID-19, inesperadamente, e rasgou-se. Momento este que gerou grande ansiedade nesta profissional (CHEN et al., 2020).

Logo, diante destas questões, alguns aspectos devem ser discutidos ao pensar-se nesses profissionais, relacionados aos sofrimentos emocionais, muitas vezes escondidos por trás de máscaras e outros equipamentos de proteção. Um sofrimento interior, que pode trazer repercussões diretas na qualidade de vida desses indivíduos, bem como afetar o cuidado prestado.

3.4 Valorização dos enfermeiros que têm atuado diretamente com o COVID-19

Diante de todos os pontos discutidos, refletir ainda sobre o processo de reconhecimento dos enfermeiros é primordial e claro de ser compreendido, ante a este contexto atual que o mundo tem enfrentado.

Esta valorização, na verdade, perpassa a presente pandemia, pois a enfermagem possui seu papel essencial desde os primórdios de sua concepção, apresentando destaques em diferentes ambientes de cuidado, sobressaindo-se como uma ciência ampla, com um olhar clínico e com destaque evidenciado ainda mais neste novo contexto de ações, com pacientes acometidos com COVID-19.

Os profissionais de saúde em geral têm sido importantes diante desta luta, porém os enfermeiros possuem um reconhecimento mundial pela sua abnegação, deixando de cuidar, muitas vezes, de si mesmo, para estar com o outro. Ademais, seus cuidados são vistos como “heroicos” ao assistir o enfermo e com múltiplas necessidades. Entretanto, a saúde desses profissionais precisa estar preservada, para que estes consigam exercer suas ações de forma efetiva para a sociedade (RAMALHO; FREITAS; NOGUEIRA, 2020).

Diante da atuação direta aos pacientes com COVID-19, precisa-se da certeza de elevar o perfil do profissional e fazer com que os políticos assumam os compromissos necessários para o crescimento e apoio à profissão, para evitar a escassez alarmante de

pessoal até 2030 se nada for feito, segundo a previsão da OMS. Havendo a necessidade de que líderes mundiais, chefes de estado e líderes religiosos reconheçam publicamente o grande trabalho que enfermeiros fazem todos os dias (BELASCO; FONSECA, 2020).

Assim, essa valorização deve ser compreendida de forma universal, pelas esferas de gestão dos serviços de saúde, governo e da sociedade. Esse reconhecimento vai além dos atuais manifestos públicos em forma impressa, virtuais ou de ações coletivas.

Estas também são intrínsecas, porém estes profissionais necessitam de valorização ainda, a partir de um planejamento organizacional que envolva condições de trabalho e recursos na quantidade necessária, fornecimento e treinamentos corretos de EPI, gerenciamentos de escalas que permitam uma maior flexibilidade de horários, frente às inúmeras consequências e peculiaridades já destacadas durante o cuidado a um paciente com COVID-19 sob assistência intensiva, além do fornecimento de apoio psicológico sempre que estes sentirem necessidade.

Outro aspecto, diz respeito ao retorno financeiro desta categoria profissional, onde a exposição a este vírus os predispõe a um risco maior de infecção, bem como a condições de trabalho peculiares, com maior sobrecarga do que em outros ambientes de cuidado. Sendo assim, deve-se repensar sobre a remuneração fornecida nestas situações específicas, que se deve sobressair, a partir de formas de gratificação ou ajustes salariais.

Em qualquer lugar de atuação dos enfermeiros, eles fornecem um serviço exclusivo que nenhum outro profissional possa se igualar, embora de forma silenciosa e serena, muitas vezes longe do olhar do público. Eles fazem isso em qualquer circunstância, mesmo quando essas parecem mudar, como na pandemia do COVID-19 (CATTON, 2020).

A figura do enfermeiros como aqueles que “cuidam por amor” por parte de qualquer segmento da sociedade deve ser repensada, tendo em vista que são profissionais que utilizam a ciência como pilar do seu cuidado, e realizam um trabalho relevante em todos os níveis de atenção à saúde, contribuindo para a promoção da saúde, tratamento e reabilitação das pessoas no processo de adoecimento. Portanto, como todo profissional que exerce um papel primordial na sociedade por meio do seu trabalho, necessita de valorização profissional em diversos aspectos, dentre eles o reconhecimento financeiro, boas condições de trabalho e atenção às demandas físicas e emocionais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência aos pacientes com COVID-19, uma doença altamente contagiosa e que gera grande medo e insegurança na população, ameaça à saúde física e mental dos profissionais de saúde, como os enfermeiros que estão na linha de frente de atendimento, atuando de maneira honrosa e árdua na recuperação da saúde dos acometidos, ao expor sua própria saúde em prol do outro.

Por isso, faz-se necessário que os enfermeiros possam ter um treinamento específico

para melhor atender seus pacientes durante a pandemia, evidenciando-se a importância da educação permanente, além da utilização adequada dos EPI, dos aspectos emocionais envolvidos e da valorização profissional.

Logo, observamos que os desafios enfrentados pelos enfermeiros são inúmeros e de grande impacto e esta reflexão poderá contribuir no planejamento de ações que minimizem os danos, os riscos de infecção e tragam a melhoria no bem-estar destes profissionais, além da segurança e da satisfação no trabalho exercido, contribuindo para um melhor desenvolvimento profissional e para um cuidado de excelência aos adoecidos.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 04/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**. Anvisa, 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BELASCO, A.G.S.;FONSECA, C.D. **Coronavírus 2020**. Rev Bras Enferm., v.73, n.2, e2020n2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e2020n2.pdf Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

CATTON, R.N. **Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere**. International Nursing Review, v.67, n.1, p.4-6, 2020.

CHEN, X. et al. **Initiation of a new infection control system for the COVID-19 outbreak**. The Lancet, v.20, n.4, p.397-398, 2020.

HUANG, L. et al. **Special attention to nurses protection during the COVID-19 epidemic**. Crit. Care., v.24, n.120, p.1-3, 2020. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7> Acesso em: 08 abr. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 08 abr. 2020.

RAMALHO, A.O.; FREITAS, P.S.S; NOGUEIRA, P.C. **Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico nos profissionais de saúde em época de pandemia**. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., v.18, n. e0120, 2020.

SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos**. SOBECC, 2020. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/RECOMENDACOES_COVID_-19_SOBECC_MARCO_20201.pdf Acesso em: 08 abr. 2020.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Situation Report -71.** Technical series report 854. Geneva: WHO, 2020.

PREVENÇÃO DO COVID-19 NA COMUNIDADE DE MENDANHA – MG: PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA E AÇÃO EDUCATIVA

Data de aceite: 01/06/2022

Paulo Celso Prado Telles Filho

Prof. Associado IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/9116899600440575>

Christiane Motta Araújo

Prof. Associado I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/7214857573787902>

Carolina Pires Ferreira

Acadêmica 8º Período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/7208921972614875>

Giovanna Brandão de Moraes

Acadêmica 8º Período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/3083720083070984>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Prof. do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: Em período de pandemia, o conhecimento da população sobre a prevenção é de fundamental importância. O objetivo desse estudo foi desenvolver uma cartilha, bem como realizar uma ação educativa visando a prevenção do COVID-19 e o esclarecimento sobre a

importância de aderir à campanha de vacinação. Sintomas de infecção, transmissão, técnicas de proteção, indivíduos com maior risco, o que fazer se ficar doente, importância das técnicas de lavagem das mãos, da utilização de máscara e de tomar vacina foram itens abordados na cartilha, bem como na ação educativa, a qual contou com atividades práticas com indivíduos representantes de cada família da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Enfermagem; Saúde Comunitária.

PREVENTION OF COVID-19 IN THE COMMUNITY OF MENDANHA - MG: PRODUCTION OF A GUIDE AND EDUCATIONAL ACTION

ABSTRACT: In a pandemic period, the population's knowledge about prevention is of fundamental importance. The objective of this study was to develop a booklet, as well as to carry out an educational action aimed at the prevention of COVID-19 and the clarification of the importance of adhering to the vaccination campaign. Symptoms of infection, transmission, protection techniques, individuals at higher risk, what to do if you get sick, the importance of handwashing techniques, the use of masks, and vaccination were items addressed in the booklet, as well as in the educational action, which included practical activities with individuals representing each family in the community.

KEYWORDS: COVID-19; Nursing; Community Health.

INTRODUÇÃO

O COVID-19 é uma patologia respiratória aguda ocasionada pelo coronavírus e os casos muitas das vezes não apresentam quaisquer sintomas. Entretanto, quando pacientes são sintomáticos, os sintomas comuns são: febre, tosse, dispnéia, dor de garganta, coriza e diarreia. Na forma mais intensa os pacientes apresentam quadro de pneumonia grave (TUÑAS *et. al.*, 2020).

Entende-se por pandemia, todas as formas de doenças infectocontagiosas que se alastram por todas as regiões do planeta, mundialmente, e não apenas em um determinado território. Diferentemente do passado, pode ocorrer com mais facilidade, devido ao acesso a viagens internacionais e até a facilidades das pessoas de se locomover de uma região para outra, o que pode ocasionar a disseminação de doenças (MENDES, 2018).

É fato que a pandemia do novo coronavírus rapidamente se estabeleceu como grave problema de saúde pública com elevado potencial de transmissibilidade e acentuada disseminação, o que remete a urgência de medidas de proteção social. Torna-se cada vez mais importante a criação de estratégias de enfrentamento, com estrutura organizada teórica e metodologicamente coerente, gerando um material útil também para a população em geral, como é o exemplo das cartilhas (GUINANCIO, 2020).

Estas se destacam-se dentre os materiais impressos devido a serem consideradas de extrema relevância em temáticas relacionadas a saúde, com baixo custo para confecção e praticidade de aplicação (SIDDHARTHAN *et.al.*, 2016).

Frente ao cenário descrito, as universidades tornam-se um importante instrumento de disseminação de informações que podem salvar vidas no período de enfrentamento ao COVID-19, possibilitando o acesso ao conhecimento, com potencialidade de promover mudanças de hábitos e cruciais (FRANCHI *et.al.*, 2018).

O relato de experiência realizado por Gomes *et.al.* (2021) apontou para um ganho em relação a prevenção do COVID-19 na população da Comunidade de Quartel da Indaiá – MG, na prática profissional, bem como para futuras possibilidades de utilização em outras situações similares.

Diante do elevado quantitativo de contaminação e mortes causadas pelo COVID-19 justifica-se o desenvolvimento de uma cartilha, bem como de uma ação educativa, as quais poderão contribuir com maior conhecimento, menores chances de contaminação e maior adesão à campanha de vacinação.

OBJETIVO

Desenvolver uma cartilha, bem como realizar ação educativa, visando a prevenção do COVID-19 e o esclarecimento sobre a importância de aderir à campanha de vacinação.

Pan Americana de Saúde. Em seguida os termos mais complexos foram substituídos por sinônimos de mais fácil entendimento. Foram abordados os seguintes tópicos: sintomas de infecção, transmissão, técnicas de proteção, o que fazer se ficar doente e tópicos de atenção especial destacando a importância de aderir à campanha de vacinação. As cartilhas foram impressas e distribuídas gratuitamente e assim se apresentam:



COVID-19:
ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE
DE MENDANHA - MG

Dra. Christiane Motta Araújo
Prof. Adjunto do Departamento de
Enfermagem da UFVJM.

Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho
Prof. Associado do Departamento de
Enfermagem da UFVJM.

Carolina Pires Ferreira
Acadêmica do Curso de Enfermagem da
UFVJM

Giovana Brandão de Moraes
Acadêmica do Curso de Enfermagem da
UFVJM

Quais os sintomas da Covid-19?

Algumas pessoas podem ter a doença e não sentirem nada. Mesmo assim podem transmitir a doença!

Outras podem ter sintomas leves, parecidos com resfriado, como tosse, febre, nariz escorrendo e dor de garganta.

Há quem possa ter sinais graves como a falta de ar/dificuldade para respirar e essas precisam de atendimento hospitalar urgente.

Transmissão



BRASIL, 2020.

Técnicas de Proteção

1. Ao tossir ou espirrar, cubra o nariz e boca com lenço de papel ou com o braço. Em seguida jogue fora o lenço e lave as mãos e o braço com água e sabão, ou use álcool em gel 70%.
2. Lave sempre as mãos até os punhos com água e sabão ou use álcool gel 70%.
3. Não toque os olhos, nariz e boca antes de higienizar as mãos.
4. Se precisar sair de casa mantenha uma distância de 2 metros de qualquer pessoa e use máscara cobrindo todo o nariz e boca.
5. Não abrace, beije, nem aperte as mãos de outra pessoa.
6. Se estiver doente, evite contato físico com outras pessoas e fique em casa até melhorar.
7. Retire os sapatos antes de entrar em casa.
8. Lave as roupas que usou para sair de casa o mais rápido possível.
9. Limpe as compras com água e sabão ou álcool a 70% antes de guardar.
10. Não compartilhe objetos como garfo, faca, colher, toalha, prato e copo antes de lavá-los com água e sabão.
11. Mantenha os ambientes limpos e bem ventilados com janelas abertas.
12. Limpe toda a casa diariamente com água e sabão, ou água sanitária diluída.
13. Permaneça em casa e só saia se for realmente necessário.

Figura 2: Cartilha confeccionada para a ação com os seguintes tópicos: Quais os sintomas da COVID-19?, Transmissão e Técnicas de proteção.

O que fazer se ficar doente

1. Caso apresente sintomas leves como dor de garganta, coriza, nariz escorrendo e tosse, aguardar em casa ou procurar o posto de saúde mais próximo.
2. Limpe a casa e os móveis sempre com água e sabão ou água sanitária diluída ou álcool 70%.
3. Limpe a maçaneta da porta com água e sabão ou água sanitária diluída ou álcool 70%.
4. Se tiver apenas um banheiro na casa, limpá-lo depois que o doente usar com água e sabão ou água sanitária diluída ou álcool 70%.
5. Se morar com outras pessoas, o doente deve ficar em um quarto separado, com a porta fechada e janelas abertas. Se precisar sair do quarto deve usar máscara.
6. Caso apresente febre com sintomas mais graves como a dificuldade de respirar, procurar o hospital ou UPA.

ATENÇÃO

- ✓ Todas as pessoas que precisarem sair de casa devem usar máscara todo o tempo.
- ✓ Devem ser trocadas quando ficarem úmidas. Leve uma outra máscara para trocar na rua se precisar e uma sacola para colocar a máscara suja.
- ✓ NÃO podem ser compartilhadas.
- ✓ Devem cobrir todo o nariz e a boca, devem estar bem ajustadas ao rosto, sem deixar espaços nas laterais.

NÃO DEIXE DE TOMAR A VACINA CONTRA COVID-19. FIQUE ATENTO A SUA IDADE. A VACINA AJUDARÁ MUITO VOCÊ NÃO PEGAR A COVID-19

Referências bibliográficas

BRASIL. Organização Pan Americana da Saúde. Folha informativa-Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. Disponível em: https://www.pho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acessado em: 15/04/2020.

BRASIL. Organização Pan Americana da Saúde. Orientações para o público. 2020. Disponível em: https://bvsalud.org/vitrinas/post_vitrines/novo_coronavirus/. Acessado em: 16/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 3/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS.Abril de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contr-o-coronavirus>. Acessado em: 20/04/2020.

Figura 3: Cartilha confeccionada para a ação com os seguintes tópicos: O que fazer se ficar doente, Atenção e Referências bibliográficas.

A ação educativa foi realizada com o foco voltado para prevenção e controle do COVID-19 na comunidade de Mendanha, que se localiza a 27,2 km do Município de Diamantina-MG.

Ocorreu no dia 22 de novembro de 2021, entre 9 e 11 horas, realizada por duas discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Participaram 15 pessoas, cada uma representando uma família. Foram respeitadas as medidas de proteção como o distanciamento entre as pessoas, uso de máscara e de álcool em gel 70%.

Inicialmente realizou-se a apresentação das discentes à comunidade com explanação do objetivo da ação, distribuindo as máscaras e as cartilhas. As informações discutidas na ação seguiram a ordem da cartilha.



Figura 4: Entrega da cartilha sobre o Covid-19.



Figura 5: Entrega de máscaras descartáveis aos participantes.

Também foi apresentada a imagem do COVID-19 através de um *notebook*. A maioria dos participantes desconhecia a estrutura do vírus. Muitos manusearam o *notebook* para melhor visualização. A cada pessoa que o manuseava era realizada a desinfecção com

álcool 70%.



Figura 6: Apresentação da estrutura do COVID-19 e explicação sobre a patologia.



Figura 7: Manuseio do *notebook* para visualização da estrutura do vírus.

Para concluir a ação, foi demonstrada a sequência da lavagem das mãos e higienização com álcool em gel 70%. Em seguida cada participante teve a oportunidade de treinar os procedimentos.



Figura 8: Demonstração da técnica correta da lavagem das mãos.

Após o treinamento, abriu-se o momento de discussão no qual foram sanadas dúvidas residuais. Foi observado elevado interesse dos participantes e aparente preocupação com as possíveis variantes do COVID 19, sobretudo advindas de eventos que promovem aglomerações como *réveillon* e carnaval. Houve grande aceitação dos participantes, inclusive com solicitação de realização de outras ações educativas.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o COVID-19 constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta da organização (BRASIL,2020).

O Brasil tem capacidade de superar esse desafio, pois o Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Entretanto será necessária intensa mobilização social (SILVA, 2020).

Nesse sentido vale afirmar que o método de prevenção é simples (mesmo protocolo de outras infecções virais já existentes) e consiste na assepsia das mãos, com água e sabão por durante ao menos 20 segundos ou aplicação de álcool em gel 70%, tossir com lenço de papel desprezando-o em seguida e, especificamente no caso do COVID-19, é necessário adotar o hábito de evitar o contato social, viagens desnecessárias e utilizar máscaras (TUÑAS *et al.*2020).

Nessa conjuntura é indispensável que se discuta a alfabetização científica, compreendida como um processo no qual o indivíduo torna-se capaz de analisar e avaliar situações que permitam a tomada de decisões e o posicionamento diante de questões

relevantes (SASSERON, 2015).

De acordo com essa alfabetização científica tem-se que, segundo DANTAS & DECCAHE MAIA (2020) uma das possibilidades de se combater as *fake news* e deixar a população menos vulnerável é estimular um maior diálogo entre ciência e população. Através das atividades de divulgação científica, cujo propósito é estender o acesso ao conhecimento científico produzido, busca-se estimular o senso crítico e a alfabetização científica do público em geral.

Nesse sentido a cartilha e a ação educativa realizada na comunidade em questão, possibilitou a obtenção de informações claras e objetivas acerca do COVID-19, bem como sobre modos de transmissão e medidas para prevenção, agregando conhecimento e promovendo a saúde individual e coletiva.

Tem-se que o principal objetivo da educação em saúde é possibilitar interações e reflexões entre os participantes, para que haja adequações nos comportamentos em busca da prevenção e do controle de doenças (SANTILI, TONHOM, MARIN; 2016), o que é de fundamental importância, especialmente em tempos de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha e a ação educativa desenvolvida visaram a prevenção do COVID-19 e o esclarecimento sobre a importância de aderir à campanha de vacinação. Forneceu subsídios para agregar conhecimento a população promovendo a saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Folha Informativa - Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 12 de maio de 2020.

DANTAS, L.F.S.; DECCACHE-MAIA, E. Divulgação científica no combate às fake news em tempos de Covid-19. *Rerearch, Society and Development*. 9(7):1-18, 2020.

FRANCHI, E.P.L.P. *et al.* A formação de profissionais de saúde no cuidado as comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Rev. Bras. Med. Far. Comunidade*. 13(40):1-11, 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1620](https://doi.org/10.5712/rbmf13(40)1620). Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/viwe/1620>. Acesso em: 29 de janeiro de 2021.

GOMES, G.F. *et al.* Desenvolvimento de cartilha e ação educativa em uma unidade quilombola no combate ao Covid-19: um relato de experiência. In: *Métodos Mistos na Pesquisa em Enfermagem e Saúde* 2. Cap. 13, p. 114-123, 2021.

GUINANCIO, J.C. Desafio do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Resarch, Society and Development*. 9(8):1-17, 2020.

MENDES, C. Pandemia e comércio internacional. *Pontes*, 5(3):8, 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7a ed. Artmed, 406-26, 2011.

SANTILI, P.G.J; TONHOM, S.F.R; MARIN, M.J.S. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. Rev. Bras. Prom. Saúde, 29 (Supl): 102-110, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.supl.102>. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411>. Acesso em: 21 de setembro de 2020.

SASSERON, L.H. Alfabetização científica, ensino por investigação e argumentação: relações entre ciências da natureza e escola. Ens. Pesq. Ed. em Ciências. 17(esp):49-67. Doi: 10.1590/1983-2117201517s04,2015.

SIDDHARTHAN, T. *et al.* Implementation of patient entered education for chronic disease management in Uganda: An effectiveness study. Plos One. 1(11):1-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.01664411>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.01664411>. Acesso em: 12 de novembro de 2020.

SILVA, A.A.M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Rev. Bras. Epidemiologia. 2020.

TUÑAS I.T.C *et al.* Doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. Rev. Bras. de Odontologia, 2020.

CAPÍTULO 21

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 07/04/2022

Nayara Sousa de Mesquita

Instituto Federal do Ceará (IFCE) / Campus
Caucaia
Fortaleza – CE
<https://orcid.org/0000-0002-0148-7741>

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>

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-5311-0658>

Paola Conceição da Silva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-7589-7033>

Priscila Tafuri de Paiva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-8411-5483>

Simone Aparecida de Souza Freitas

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6071-5978>

Merilaine Isabel dos Santos

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6360-3867>

Priscila de Oliveira Martins

HC-UFMG/EBSERH e Hospital Sofia Feldman
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6666-5983>

João Batista Camargos Junior

HC-UFMG/EBSERH e Prefeitura de Belo
Horizonte
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-5510-5748>

Maria Ivanilde de Andrade

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa
Lagoa Santa – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1925-4559>

Tatiana Lamounier Silva

Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro (HC-
UFTM/EBSERH)
Uberaba – MG
<https://orcid.org/0000-0002-0372-6208>

Raiane Almeida Silva

Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de
Barros da Universidade Federal do Vale do São
Francisco (HEWAB-UNIVASF/EBSERH)
Petrolina – PE
<https://orcid.org/0000-0001-5082-1120>

Tamara Olímpio Prado

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-3482-0256>

RESUMO: No Brasil, até os anos 70, o cuidado psiquiátrico era marcado pela péssima qualidade de assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. A Reforma psiquiátrica impulsionou a busca em oferecer a pessoa com transtornos mentais e seus familiares um cuidado de qualidade, com acolhimento e tratamento baseado nos princípios da humanização. Nesse contexto, a assistência de enfermagem torna-se essencial para implementação de um cuidado efetivo. O estudo objetivou investigar em publicações nacionais a atuação do enfermeiro na saúde mental no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada nos bancos de dados LILLACS e SCIELO. Foram analisados catorze artigos científicos usando-se como critérios de inclusão artigos publicados em português; artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2015 a 2022. Como resultado, evidenciou-se que a enfermagem tem um papel fundamental nos cuidados aos pacientes com transtornos mentais e isso requer desses profissionais conhecimentos científicos e habilidades técnicas, nos serviços de atendimento. Além disso, devem buscar exercer um cuidado de enfermagem qualificado, integral, baseado em evidências científicas. Conclui-se que as ações do enfermeiro estão constituídas de atributos técnicos e humanos, e é fundamental dentro no contexto da saúde mental, proporcionando resultados efetivos na assistência prestada ao paciente com transtornos psíquicos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem; Saúde mental; Transtornos mentais.

NURSING ASSISTANCE IN MENTAL HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: In Brazil, until the 70s, psychiatric care was marked by the poor quality of care provided to people with mental disorders. The Psychiatric Reform boosted the search to offer people with mental disorders and their families quality care, with reception and treatment based on the principles of humanization. In this context, nursing care becomes essential for the implementation of effective care. The study aimed to investigate in national publications the role of nurses in mental health in Brazil. This is a bibliographic research, carried out in the LILLACS and SCIELO databases. Fourteen scientific articles were analyzed using articles published in Portuguese as inclusion criteria; full articles and articles published and indexed in the aforementioned databases from 2015 to 2022. As a result, it became evident that nursing has a fundamental role in the care of patients with mental disorders and this requires scientific knowledge and technical skills from these professionals, in care services. In addition, they should seek to provide qualified, comprehensive nursing care based on scientific evidence. It is concluded that the actions of nurses are made up of technical and human attributes, and are fundamental in the context of mental health, providing effective results in the care provided to patients with psychological disorders.

KEYWORDS: Nursing care; Mental health; Mental disorders.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, até os anos 70, o cuidado psiquiátrico era marcado pela péssima qualidade de assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, vários entraves eram considerados como a superlotação das instituições psiquiátricas, comercialização da loucura e cronificação do doente mental. Além disso, o modelo médico

hospitalocêntrico era o principal modelo adotado (RIBEIRO, 1999).

Esse tipo de modelo de cuidado supracitado, passou a ser questionado por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. No Brasil, a reforma psiquiátrica foi encorajada pelos movimentos sociais de trabalhadores na área de saúde mental, a população, inclusive familiares de pacientes com diagnóstico de transtornos mentais, denunciando os maus tratos. O marco para o início da mudança foi a reforma sanitária, por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que norteou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (SOUZA; AFONSO, 2015). No entanto, foi somente em 2001, com a criação da Lei Federal nº 10.216, que foi iniciado as mudanças nas internações psiquiátricas, com a formação de programas de reinserção social da pessoa com transtornos psíquicos e da Rede de Atenção Psicossocial, com o surgimento dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Residências terapêuticas, e outros (GUIMARÃES et al., 2015).

Antes da Reforma psiquiátrica, a assistência de enfermagem se caracterizava em cuidados de higiene e administração de medicamentos. O respeito e zelo aos pacientes, muitas vezes, não eram considerados, não havia preparo aos profissionais (GUIMARÃES, 2015; WETZEL et al, 2017).

Atualmente, a assistência dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, deve estar relacionada ao respeito ao paciente, buscando compreender o paciente, cuidar de forma holística, prezando sempre pela reinserção social das pessoas com transtornos mentais (SILVA et al, 2020). Dessa forma, entende-se que é de muita importância a oferta de um cuidado de enfermagem qualificado e baseado em evidências científicas para uma assistência de qualidade.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou investigar em publicações nacionais a atuação do enfermeiro na saúde mental no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinada temática. Foi realizada a busca em duas bases de dados a saber: SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com publicações nacionais, no período de 2015 a 2022.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): assistência de enfermagem, transtornos mentais e saúde mental. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2015 a 2022. Posteriormente foi realizada uma pré-análise de todos os artigos encontrados, através da leitura inicial

dos títulos e resumos e foram excluídos os artigos que não estavam relacionados com a temática. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos.

A revisão nas bases de dados resultou em vinte e nove publicações. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, quinze foram excluídas do estudo, pois não tratavam especificamente da temática estudada. Portanto, foram analisadas catorze publicações na íntegra, que se adequavam ao objetivo desta revisão.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi elaborada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados catorze artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados.

Por meio da análise da revisão notou-se que a assistência de enfermagem na saúde mental é fundamentada e norteada pela Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica que objetivou oferecer a pessoa com transtorno psíquico e seus familiares um cuidado de qualidade, com acolhimento e tratamento baseado nos princípios da humanização, assim como, deve-se oferecer um cuidado de enfermagem organizado e sistematizado com o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, garantindo uma assistência de enfermagem de qualidade (CAFÉ et al, 2020).

Nesse contexto, requer conhecimento científico concreto em relação aos transtornos mentais, a fim de prestar uma assistência de enfermagem qualificada por meio de uma relação interpessoal adequada com pacientes, familiares, equipe multidisciplinar e a comunidade, contribuindo para a melhora do paciente (FERNANDES et al, 2016; OLIVEIRA et al, 2016).

Na execução do processo de enfermagem, é necessário estabelecer uma relação com o indivíduo de confiança, com intervenções estabelecidas por meio de modelos estruturados e de cunho científico que incorporem os eventos possibilitando autonomia (TEIXEIRA et al., 2020).

O processo de enfermagem consiste no instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional, nesse sentido, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando possível o Processo de enfermagem, regulamentado na resolução N° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, cooperando

para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da pessoa, família e comunidade (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

A identificação de práticas inovadoras é necessária para consolidar os conhecimentos advindos do avanço da Reforma Psiquiátrica e para a organização dos cuidados em saúde mental.

Nesse contexto de cuidado inovador que possibilite a reinserção social da pessoa com transtorno psíquico existem os centros de atenção psicossocial (CAPS), que foi criado para substituir o modelo hospitalar, também existem os hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas e as portarias que propiciaram o aumento das redes, e a viabilidade e eficácia das atuações assistenciais que substituíram o modelo manicomial (AMARANTE, NUNES, 2018).

No CAPS, o enfermeiro integra a equipe interdisciplinar, e sua atuação torna-se essencial para a implementação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que lhe é atribuído um papel extremamente ativo nos serviços substitutivos, inovando a prática da enfermagem no campo da saúde mental (BRASIL, 2004). Dessa forma, o tem papel fundamental na composição do CAPS que foi instituído como um serviço substitutivo ao modelo de assistência anterior a Reforma Psiquiátrica e possui como finalidade, ofertar uma assistência que busca não isolar o paciente, mas sim, envolver o mesmo e sua família no seu tratamento (FERREIRA, et al., 2016).

As principais ações realizadas pelos enfermeiros no CAPS são: acolhimento, triagem, anamnese, atendimentos para aconselhar paciente e família, participação de reunião com a equipe, coordenar grupos e oficinas, registros em prontuário, evolução de enfermagem, aplicação da SAE, consulta de enfermagem, relacionamento terapêutico, capacitação e treinamento da equipe de enfermagem executando o seu papel de educador na saúde, inclusão de medidas de higiene e conforto, transcrição de receitas e anotações de resultados de exames em prontuário (CAFÉ et al, 2020).

Araújo e Marsiscano (2017) aponta que a atuação do enfermeiro vai além do trabalho tradicional, como administração de medicamentos, exigindo atividades direcionadas a um grupo ampliado, para o qual a enfermagem deverá utilizar do saber acumulado na profissão e agregá-lo ao que é necessário na prática cotidiana do CAPS.

Entende-se que o cuidado do enfermeiro é reconhecido como um componente essencial da assistência psiquiátrica, não somente no Brasil. Configura-se numa assistência que o cuidado integral ao paciente e suas necessidades singulares. Ademais, a escuta terapêutica, dentre outros métodos de intervenção no processo de enfermagem, contribui para a reabilitação das pessoas com transtornos mentais (MOLL et al, 2018; BROWNE et al, 2018). Braga, et al. (2020), em suas pesquisas ressaltam a importância da escuta, que valoriza o paciente com sofrimento mental que está presente no processo de trabalho do enfermeiro. Além disso, é muito relevante o trabalho multidisciplinar com cooperação entre diferentes áreas no sentido de trabalho integral com responsabilidade voltada no cuidado

ao paciente, onde a assistência de enfermagem se otimiza.

O enfermeiro é considerado um facilitador da inclusão do cuidado holístico na saúde mental, baseando sua assistência na busca de apoiar e contribuir no desenvolvimento da autonomia do paciente e respeito aos seus direitos (SOUZA et al, 2019). A atuação do enfermeiro no modelo biopsicossocial, baseia-se nas relações interpessoais estabelecidas com os indivíduos portadores de transtornos mentais que ajuda o mesmo a realizar as suas atividades cotidianas, aplicando a escuta qualificada permitindo que o profissional veja o indivíduo como alguém além de seu adoecimento (LIMA, et al., 2015).

O enfermeiro deve estar preparado para trabalhar com uma equipe multiprofissional e em conjunto com os familiares, elaborando um plano de cuidados, sempre priorizando a assistência integral, para que isso ocorra também é necessário adaptações e contínuas melhorias nas práticas de ensino em enfermagem (SILVA, 2015).

No estudo de Souza e Afonso (2015) que realizou uma pesquisa de campo com enfermeiros do CAPS, apontou um descompasso entre teoria e prática no ensino de enfermagem e saúde mental/psiquiátrica, acarretando prejuízo na formação do enfermeiro e comprometendo a sua atuação nos CAPS. Os entrevistados demonstraram inquietação e insatisfação ao avaliar a sua formação para atuar em CAPS, considerando-a precária e insuficiente.

O enfermeiro precisa estar qualificado a fim de incluir em sua prática profissional os princípios da Reforma Psiquiátrica possibilitando a oferta de um cuidado efetivo e de qualidade para o indivíduo com transtorno mental e sua família (SILVA, 2018). Silva e Fonseca (2005) aponta que a atuação de enfermagem tem como base o conhecimento teórico e prático, exercendo ações de gerenciamento, administração, normatização, controle e disciplina.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o enfermeiro exerce diversos trabalhos no âmbito da saúde mental, no qual depende do local e tipo de serviço onde esse profissional está atuando, configurando-se como uma assistência fundamental dentro no contexto da saúde mental que proporciona resultados efetivos na assistência prestada ao paciente com transtornos mentais. Percebeu-se a importância da mudança de atitude quanto aos transtornos mentais, sendo necessário que os profissionais se adaptem e acolham às novas concepções e orientações das políticas e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e um cuidado integral.

Esse estudo demonstrou a relevância da assistência de enfermagem na saúde mental, visto que contribui com práticas baseadas em evidências científicas que proporcionam um cuidado de qualidade, sistematizado, integral e com resultados efetivos a pessoa com transtornos mentais, contribuindo para sua reinserção social, na conservação

e na manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. A.; MAZZAIA, M. C. Consulta de enfermagem em saúde mental: vivência de enfermeiros da rede. **Rev. Bras Enferm.**, v. 71, n. 5, p.2282-2289, 2018.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no sus e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.

ARAÚJO, I. C.; MARSISCANO, T. G. Atuação do enfermeiro no centro de atenção psicossocial. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 191-230, 2017.

BRAGA, F. S. *et al.* Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. 1, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106. Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Brasília (DF), 2004.

BROWNE, G.; HURLEY, J. Mental Health Nurses as therapists in a rehabilitation setting: A phenomenological study. **Int J Ment Health Nurs**, v. 27, n. 3, p. 1109-1117, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12423>>. Acesso em 01 de abr 2022.

CAFÉ, L. A.; SILVA, E. C.; SILVA, N. C. D. DE L.; SOUZA, L. N.; SILVA, A. D. A atuação do enfermeiro na saúde mental. **Revista Artigos.Com**, v. 21, n. 5016, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/5016>>. Acesso em 01 de abr 2022.

FERREIRA, J. T. *et al.* Os centros de atenção psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev. Saberes**, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

FERNANDES, M. A.; PEREIRA, R. M. F.; LEAL, M. S. M.; SALES, J. M. F.; SILVA, J. S. E. Nursing care to psychiatric patients in a general hospital emergency. **Rev Enferm UFPI**, v. 5, n. 2, p. 41-45, 2016. Disponível em: <<http://ww7w.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5241/pdf>>. Acesso em 03 de abr 2022.

GUIMARÃES, N. A.; BORBA, L. O.; MAFTUM, M. A.; LAROCA, L. M.; NIMTZ, M. A. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 1, p. 830-838, 2015. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22187/pdf_303>. Acesso em 01 de abr 2022.

LIMA, D. W. C. *et al.* Escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 154-160, 2015.

MOLL, M. F.; PIRES, F. C.; VENTURA, C. A. A.; BOFF, N. N.; SILVA, N. F. Psychiatric Nursing Care in a General Hospital: Perceptions and Expectations of the Family/Caregiver. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 14, p. 1-6, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.3928/02793695-20180305-04>>. Acesso em 03 de abr 2022.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, J.; ROCHA, R. A.; LOPES, V. A.; CORRÊA, D. P.; BELLANDA, P. R.; BUDIN, T. As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC. **Sal & Transf Soc**, v. 6, n. 2, p. 44-53, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2653/265345668006/>>. Acesso em 02 de abr 2022.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 48, n. 2, p. 53-60, 1999.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.

SILVA, A. P. S. *et al.* Saúde mental no trabalho do enfermeiro da atenção primária de um município no brasil. **Rev. Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 1, 2015.

SILVA, D. L. F. **O papel do enfermeiro na saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Instituto do Ensino Superior de Londrina, Londrina-PR, 2018, 12p.

SILVA, J. S. *et al.* O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2743>>. Acesso em 02 de abr 2022.

SOUZA, A. C. *et al.* Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1757-1763, 2019.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 8, n. 2, p. 332-347, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 de abr 2022.

TEIXEIRA, L. A. *et al.* Necessidades de saúde mental de adolescentes e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. **Texto contexto – enferm.**, v. 29, n.1, 2020.

WETZEL, C.; PAVANI, F. M.; OLSCHOWSKY, A.; CAMATTA, M. W. Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Atas CIAIQ.**, v. 2, p. 185-190, 2017. Disponível em: <<http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1208/116>>. Acesso em 01 de abr 2022.

CAPÍTULO 22

A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS E SEGURAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL COMO UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/04/2022

Claudia Nery Teixeira Palombo

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal da Bahia
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/3867038505036888>

Jessiane Machado Alves Almeida

Enfermeira da Secretaria Municipal de Feira de
Santana-BA
<http://lattes.cnpq.br/9027484455235765>

Lisiane Silva Carvalho Sacramento

Fonoaudióloga clínica e hospitalar no Hospital
Geral Roberto Santos
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/8634567931799818>

Clécia Souza da Silva Gil Ferreira

Assistente Social. Especialista em Gestão
Social
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/8784980993477502>

Tayelle Cristina de Souza Takamatsu

Enfermeira do Hospital e Maternidade Gileno
de Sá Oliveira
Luis Eduardo Guimarães-BA
<http://lattes.cnpq.br/1972342276920015>

Cíntia Michelle Alexandria Nepomuceno

Enfermeira. Aluna especial do programa de
Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal da Bahia
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/1601289732410664>

Lilium Dayse Ramos Silva dos Santos

Enfermeira. Corregedoria da Saúde do Estado-
SESAB
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/2950386110915343>

Jamile Santos Oliveira

Enfermeira. Gestora de Saúde da Secretaria
Municipal de Saúde de Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5704679428030506>

Tatiane Pina Santos Linhares

Professora Assistente da Escola de
Enfermagem da Universidade do Estado da
Bahia
Senhor do Bonfim-Ba
<http://lattes.cnpq.br/5068021956977221>

RESUMO: A promoção de práticas saudáveis e seguras de alimentação infantil apresentam caráter intersetorial e multiprofissional. As tecnologias leves apresentam forte potencial transformação da realidade, uma vez que se utilizam das relações intersubjetivas da coletividade humana e permitem maior vínculo entre profissionais e população. Dessa forma, o objetivo desse manuscrito é descrever diferentes experiências do cuidado multiprofissional com base na utilização de tecnologias leves para a promoção de práticas saudáveis e seguras de alimentação infantil. As experiências foram desenvolvidas em municípios baianos por enfermeiras, doulas, fonoaudiólogas e assistente social que atuam no âmbito hospitalar ou da atenção básica. O desenvolvimento das atividades contribuiu para minimizar os desafios

enfrentados para assegurar o acesso a uma alimentação adequada e de qualidade para todas as crianças, desde o seu nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança, Alimentação Infantil, Aleitamento materno, Tecnologias de Saúde, Equipe Multiprofissional.

THE PROMOTION OF HEALTHY AND SAFE PRACTICES OF INFANT FEEDING AS A MULTIPROFESSIONAL CARE TECHNOLOGY

ABSTRACT: The promotion of healthy and safe practices of infant feeding is intersectoral and multiprofessional. Light technologies present a strong potential transformation of reality, since they use the intersubjective relationships of the human collectivity and allow greater bond between professionals and the population. Thus, the aim of this manuscript is to describe different experiences of multiprofessional care based on the use of light technologies to promote healthy and safe practices of infant feeding. The experiences were developed in bahian municipalities by nurses, doulas, speech therapists and social workers working in the hospital or primary care. The development of the activities has contributed to minimise the challenges faced to ensure access to adequate and quality food for all children since their birth.

KEYWORDS: Child Health, Infant Feeding, Breastfeeding, Health Technologies, Multidisciplinary Team.

INTRODUÇÃO

A prática saudável de alimentação infantil refere-se a um conjunto de recomendações para alimentação adequada de recém-nascidos e crianças menores de dois anos de idade. Trata-se do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a introdução de alimentos complementares seguros e nutricionalmente adequados (WHO, 2008; Brasil, 2019).

Evidências apontam que uma alimentação saudável nos primeiros anos de vida da criança pode prevenir morbidades e reduzir a mortalidade infantil, além de promover um impacto positivo na saúde futura (Victoria et. al, 2015). No entanto, a alimentação infantil inadequada permanece como uma preocupação mundial.

Globalmente, importantes mudanças ocorreram no consumo alimentar e no estado nutricional de crianças menores de cinco anos de idade, com aumento significativo do consumo de alimentos ultraprocessados (Baraldi et. al, 2018; Pries, 2019) e no número de crianças com sobrepeso/obesidade (Abarca-Gómez et. al, 2017).

Em 194 nações, apenas 40% das crianças menores de seis meses de idade eram amamentadas exclusivamente e recebiam alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade (WHO, 2017). E em muitos países, menos de um quarto das crianças de 6 a 23 meses de idade atendiam aos critérios adequados à idade para a diversidade alimentar e a frequência alimentar (WHO, 2017).

No Brasil, as condições de alimentação infantil são semelhantes. Resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) mostraram

que apenas 45,7% das crianças menores de 6 meses foram amamentadas exclusivamente em 2020 (ENANI, 2020).

Considerando o caráter intersetorial e transdisciplinar da promoção da saúde, estudos têm demonstrado que intervenções com uma abordagem multiprofissional apresentam impacto positivo nos desfechos sobre a alimentação e a nutrição infantil (Rodrigues et. al, 2015, Silveira et. al, 2021).

Nesse âmbito, destacam-se as tecnologias leves em saúde, especialmente os grupos educativos, que envolvem uma assistência baseada nas relações intersubjetivas da coletividade humana e que, por permitir maior vínculo entre profissionais e população, considerar os saberes e os afetos, tem maior potencial para transformar a realidade e contribuir para melhorias no processo saúde-doença (Merhy, 2009).

Diante do exposto, esse texto tem como objetivo descrever diferentes experiências do cuidado multiprofissional com base na utilização de tecnologias leves para a promoção de práticas saudáveis e seguras de alimentação infantil.

MÉTODO

Esse manuscrito apresenta diferentes experiências de ensino e extensão a respeito da atuação de profissionais de saúde na promoção de práticas saudáveis e seguras de alimentação infantil.

As experiências relatadas foram desenvolvidas por enfermeiras, assistente social, fonoaudióloga e doulas que atuam na atenção básica, no ambiente hospitalar, em Instituições de Ensino Superior. O público-alvo foram gestantes, mães/pais de crianças na primeira infância e alunos de graduação em enfermagem.

As atividades foram desenvolvidas entre 2019 e 2022 em diferentes municípios do estado da Bahia, tais como, Salvador, Feira de Santana, Senhor do Bonfim e Luís Eduardo Magalhães.

Todas as atividades tiveram como base teórica os Cadernos da Atenção Básica, Guias e Manuais do Ministério da Saúde relativos à alimentação e nutrição infantil, especialmente o Guia Alimentar par Crianças menores de 2 anos (Brasil, 2019). A base pedagógica pautou-se no referencial da educação crítica-reflexiva em que se considera elementos da vida cotidiana das pessoas envolvidas no processo educativo para que a aprendizagem seja realmente significativa (Freire, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação da Enfermeira da Atenção Primária à Saúde na promoção do aleitamento materno em um grupo de gestantes

Essa atividade foi desenvolvida em um grupo educativo para gestantes de uma

Unidade de Saúde da Família (USF) de Feira de Santana-BA, em março de 2020. A atividade educativa foi conduzida por uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde, nas dependências da própria Unidade de Saúde da Família com duração de três horas.

As gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal na USF foram convidadas a participar de uma oficina de promoção à amamentação. Utilizou-se uma abordagem participativa-reflexiva, com dinâmicas de grupo e tecnologias educativas como, colete de tecido com mamas de crochê e uma boneca com tamanho similar ao de um recém-nascido.

Participaram da atividade educativa oito gestantes e os temas abordados foram: benefícios do leite materno, mitos e verdades sobre a amamentação, cuidado com as mamas durante a gestação e amamentação e técnicas para pega mamária correta.

As gestantes expressaram suas dúvidas, angústias e preocupações quanto ao aleitamento materno e a interferência de avós, vizinhos e da mídia acerca da decisão de amamentar. Todas as participantes foram receptivas às atividades propostas, manuseando os materiais e demonstrando interesse em aprender a lidar com a amamentação.

A atividade educativa promoveu um espaço de confiança e afetividade, contribuindo para a troca de experiências e ressignificação da prática do aleitamento materno. Ações educativas nos serviços de atenção primária à saúde durante o período gestacional podem contribuir para a promoção do aleitamento materno.

A experiência da Assistente Social na garantia dos direitos à segurança alimentar

Trata-se de uma experiência de oficinas intersetoriais com gestantes de um serviço de acompanhamento de proteção e atendimento integral à família sobre os direitos à alimentação saudável. A experiência ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em Ilha de Maré, Salvador-BA, com 18 gestantes acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). As oficinas foram conduzidas por uma Assistente Social e uma Enfermeira da USF que utilizaram como metodologia a Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire (Freire, 1996).

Os seguintes temas foram abordados durante as oficinas: fortalecimento dos vínculos afetivos entre gestantes e a gestação; diversidade, raça, benefícios socioassistenciais; saúde bucal; fortalecimento da autoestima; identificação da rede de apoio familiar, comunitária e pública; princípios da segurança alimentar e serviços ofertados pelo SUAS e SUS para garantir acesso a uma alimentação saudável. Todas as participantes foram receptivas às atividades e ações interventivas propostas, cumprindo as etapas do plano de acompanhamento individual.

As oficinas promoveram espaço de confiança, afetividade, mediação do acesso aos serviços socioassistenciais, ações educativas nos serviços de atenção primária à saúde durante o período gestacional, contribuindo para a intersectorialidade dos Serviços de Assistência Social e de Saúde dentro do território. Ademais, proporcionou reflexões sobre

situações e interesses comuns entre gestantes, que diz respeito à reprodução social da família, ao fortalecimento da função protetiva, informações e mediação do acesso a direitos e benefícios sociais que envolvem a segurança alimentar, bem como estabeleceu um fluxo contínuo entre a UBS e o CRAS.

A experiência do fonoaudiólogo na promoção do aleitamento materno na prática clínica hospitalar

A dor extrema mamar, posicionamento incorreto do bebê ao sugar, a anquiloglossia, extração láctea insuficiente, anomalias palatais e características anatômicas do mamilo são condições que contribuem para o desmame precoce. Nesses casos, a atuação do fonoaudiólogo junto à equipe multiprofissional potencializa as ações de cuidado para um aleitamento materno saudável e seguro.

Diante disso, o objetivo deste relato de experiência é descrever a vivência diária com puérperas de uma unidade de alojamento conjunto de um hospital público da cidade de Salvador- BA.

Realizou-se orientação prática individual com duração de 20 minutos em média, onde foram abordados conteúdos tais como: os benefícios da amamentação para o dia de mãe-bebê; demonstração da pega e posicionamento correto para amamentação; principais disfunções orais e suas possíveis causas; ensino de automassagem e extração manual láctea. Utilizou-se material de baixo custo como boneca como representação do recém-nascido e mamas lúdicas para ensino da técnica de massagem extração láctea manual.

Ao final da abordagem foi possível observar que práticas educativas em saúde para gestantes no puerpério foi importante para esclarecimento de dúvidas e ensinamento de práticas seguras de aleitamento materno, contribuindo para o desenvolvimento saudável da criança.

A experiência da Doula como parte da equipe de saúde na promoção do aleitamento materno

Doula é o termo utilizado para se referir a profissionais que auxiliam mulheres durante o período gravídico-puerperal. A palavra Doula vem do grego e significa “mulher que serve”, seu papel é oferecer suporte físico, emocional e informativo durante o momento de transformações intensas experimentadas por essas mulheres. Nesta experiência, o objetivo foi descrever a vivência da profissional doula com junto a uma puérpera, em sua primeira experiência com a amamentação.

A experiência mostrou falhas na condução de informações importantes recebidas pela puérpera durante o pré-natal e após a alta hospitalar, que levaram a dificuldades em relação ao posicionamento da criança, a pega correta e o intervalo entre as mamadas. Ademais, foi possível observar a presença de crenças e mitos acerca da amamentação.

Após atuação da Doula, com orientações e auxílio na aplicação de técnicas para posicionar a criança no seio materno para promover uma boa resposta da sucção, como

segurar a mama em forma de “c” com os dedos para baixo e o polegar para cima e posicionar o mamilo direto na boca da criança, dentre outras intervenções, a mãe conseguiu estabelecer a amamentação adequada.

Apesar das evidências científicas sobre a importância da amamentação e esforços governamentais em políticas públicas e capacitação das equipes de saúde para a promoção e apoio ao aleitamento materno, ainda há ruídos na comunicação entre os profissionais de saúde e a população que dificultam a prática adequada do aleitamento materno.

A experiência da Equipe Multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde

A equipe multidisciplinar tem papel fundamental na promoção de práticas saudáveis e seguras de alimentação infantil, as quais devem ser abordadas desde a gestação. Neste relato de experiência, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município Luís Eduardo Magalhães-Bahia, em março de 2021, a atividade educativa com duração de 2 horas foi conduzida pela equipe multidisciplinar da UBS, composta por uma enfermeira e consultora em Amamentação, uma médica Pediatra e uma dentista.

Devido a pandemia do Coronavírus, foram convidadas a participar da palestra somente as gestantes que realizam o acompanhamento do pré-natal nessa UBS, sendo respeitados todos os protocolos sanitários, especialmente a importância do uso da máscara e distanciamento.

A atividade ocorreu de forma lúdica e com simulação, utilizando materiais, bonecos e acessórios educativos de fácil compreensão. Os temas abordaram os cuidados com a saúde bucal na gestação e pós-parto, sobre primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação e desenvolvimento do bebê, intercorrências da gestação, quando procurar a maternidade, amamentação e cuidados gerais com a chegada do bebê.

Participaram 20 gestantes, funcionários da UBS, a Secretária de Saúde e a Diretora da Assistência em Saúde do Município.

As gestantes foram muito participativas e houve muita troca de experiências durante o encontro, com desdobramento para outras ações na comunidade, como arrecadação e distribuição de enxovais de bebê.

A abordagem do aleitamento materno no processo formativo da residência em fonoaudiologia

O processo ensino aprendizagem em serviços de saúde na modalidade ‘Residência’ favorece a aprendizagem significativa, a construção de conhecimentos, além de desenvolver habilidades e atitudes ético-morais, com autonomia e responsabilidade (Chirelli et.al, 2016).

Esse relato tem o objetivo de descrever a vivência da preceptoria de um programa de Residência em Fonoaudiologia durante o diálogo e a prática na abordagem com gestantes e suas dificuldades no aleitamento materno de um alojamento conjunto de um hospital público na cidade de Salvador - BA.

As orientações teóricas-práticas ao residente foram pautadas nos seguintes temas:

mitos relacionados ao aleitamento, a orientação e demonstração da pega correta, avaliação da eficiência da sucção, ajustes e métodos que auxiliam no processo do aleitamento, a efetividade da extração láctea e seu impacto no ganho de peso, bem como a importância do aleitamento materno e o incentivo para que este seja realizado de forma correta e segura para díade mãe – bebê.

Através dessa relação da teoria e prática no ensino dentro dos serviços, foi possível observar e constatar a evolução do profissional de saúde residente não somente no quesito conhecimento, mas também no olhar amplo sobre o sujeito e nos diferentes caminhos de raciocínio para uma prática clínica mais humana e empática para a promoção do aleitamento materno.

Ações extensionistas no ambiente hospitalar para a promoção do aleitamento materno

Ações extensionistas estão pautadas na articulação do ensino e pesquisa a partir das demandas da sociedade na perspectiva de uma transformação social. Preconiza-se uma interação com a comunidade para um intercâmbio de conhecimentos e experiências na relação teoria/prática, com vistas à formação do estudante e atendimento das necessidades da população.

Neste relato, descreve-se a experiência das atividades do Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno (GAAM) desenvolvida por docentes e estudantes do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública do interior da Bahia.

As atividades do GAAM são desenvolvidas em uma maternidade pública e em unidades de saúde da rede de serviços da atenção básica do município. Os atendimentos às puérperas são realizados por vídeo conferência ou visita domiciliária e sempre são captadas intercorrências na amamentação, tais como, baixa sucção, fissuras mamárias, baixa produção de leite, dor ou algum desconforto.

Os estudantes realizam orientações quanto ao manejo clínico das intercorrências como a pega incorreta, o ingurgitamento mamário, a confusão de bicos, dentre outras. As puérperas também são orientadas quanto aos cuidados iniciais para com o recém-nascido: limpeza do coto umbilical, observação das eliminações vesicais e intestinais, manejo de cólicas, desencorajamento do uso de fórmulas infantis, outros líquidos e bicos artificiais.

O GAAM também participa de grupos educativos com gestantes e puérperas para orientação da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida. Nesse contexto, as rodas de conversas utilizam material didático para demonstração de posturas, pega como mama didática, avental, boca de crochê e mama de silicone.

O apoio profissional fornecido à díade mãe-filho nas variadas esferas de cuidado possui influência benéfica nos aspectos referentes à prática da amamentação, que incluem principalmente a sua manutenção e exclusividade. Foi possível observar que houve melhorias na manutenção, frequência e duração do aleitamento materno e do aleitamento

materno exclusivo, que pode estar associado ao apoio profissional dispensado através da internação hospitalar ou atendimento domiciliar. As intervenções de apoio profissional também foram apontadas como benéficas para promover a autoeficácia do aleitamento materno.

Abordagem das práticas de alimentação infantil no Ensino Superior

As atividades de ensino remoto com uso de tecnologias digitais durante o período pandêmico foram grandes aliadas no processo de ensino-aprendizagem. Apesar dos desafios enfrentados para adaptação ao novo formato de aulas, houve oportunidade para ampliação de conteúdos pouco abordados na grade curricular, como no caso das práticas de alimentação infantil no ensino superior de Enfermagem.

Neste relato de experiência, descreve-se o desenvolvimento de um novo componente curricular optativo do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública da Bahia, com foco no ensino das práticas saudáveis de alimentação infantil. As 30 vagas criadas para o novo componente curricular também são oferecidas aos cursos de graduação em Nutrição e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

O componente curricular com carga horária de 68 horas foi ministrado de forma síncrona e assíncrona, no segundo semestre de 2020 e nos dois semestres de 2021. As temáticas abordadas foram: aspectos sociais, históricos e epidemiológicos da alimentação infantil, benefícios e manejo clínico da amamentação, introdução oportuna e de qualidade da alimentação complementar, técnicas de comunicação para o aconselhamento nutricional, instrumentos utilizados para avaliar a alimentação infantil, bem como aspectos gerais da promoção da alimentação saudável da criança.

Além das aulas síncronas, utilizaram-se redes sociais e plataformas digitais para questionários, pesquisas, gamificação de aulas e maior interatividade entre os estudantes.

Foram convidados palestrantes externos para aulas abertas sobre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância; Atuação da equipe multiprofissional na abordagem dos aspectos nutricionais da saúde da criança na atenção básica, entre outras.

Criou-se uma conta no Instagram para postagens de conteúdos produzidos pelos discentes durante as aulas e diversos projetos de extensão estiveram articulados com esse componente curricular, especialmente a semana mundial de comemoração ao aleitamento materno que incluiu diversas atividades com a comunidade.

A procura pelo componente curricular é alta e apesar da oferta de apenas 30 vagas por semestre, a média de alunos por semestre é de 42.

Os estudantes avaliam o curso de forma muito positiva, como referência importante para sua formação profissional e aplicabilidade na prática, tanto no âmbito hospitalar como comunitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por rápida velocidade de crescimento e desenvolvimento, tendo a alimentação um papel fundamental para assegurar que tais fenômenos ocorram de forma adequada.

A qualidade e a quantidade de alimentos consumidos pela criança são aspectos críticos e têm repercussões ao longo de toda a vida, associando-se ao perfil de saúde e nutrição, já que a infância é um dos estágios da vida biologicamente mais vulnerável às deficiências e aos distúrbios nutricionais.

Nas últimas décadas ocorreram mudanças nos hábitos alimentares da população brasileira caracterizadas principalmente pela substituição de alimentos caseiros e in natura por alimentos processados e ultraprocessados, sendo estes introduzidos cada vez mais precocemente na alimentação infantil.

Ainda são muitos os desafios para o desenvolvimento, a implementação e o cumprimento de ações e programas que asseguram o acesso a uma alimentação adequada e de qualidade para todas as crianças, desde o seu nascimento.

Diante disso, nota-se a importância da atuação multiprofissional de saúde a partir da utilização de tecnologias leves para promover o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida com sua manutenção até os dois anos, bem como a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS

Abarca-Goméz L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh N, Adams RJ and NCD Risk Factor Collaboration members. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents and adults. *The Lancet* 2017;390(10113):p2627-42. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

Baraldi LG, Martinez Steele E, Canella DS, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and associated sociodemographic factors in the USA between 2007 and 2012: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;8(3):e020574. DOI:10.1136/bmjopen-2017-020574.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Chirelli MQ, Pio DAM, Soares MOM. Competência dialógica: Avaliação do desempenho no currículo integrado. *Indogatio Didactica*. 2016; 8(3):109-123.

Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br>.

Freire P. *Pedagogia da autonomia*. Paulo (SP): Cortez; 1996

Merhy, EE, Feuerwerker, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, ACS, Gomberg, E. organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão, Salvador: UFS e UFBA, 2009: 29-56.

Pries AM, Filteau S, Ferguson EL. Snack food and beverage consumption and young child nutrition in low and middle income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 219;15(S4):e12729. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12729>

Rodrigues AM, Ho JS, Duarte LS, Faria AL. Avaliação nutricional de crianças e adolescentes no início, fim e pós-tratamento multidisciplinar da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2015; 9(54):258-264.

Silveira JS, Teixeira IF, Silva CAM. Conduta clínica multiprofissional frente a anquiloglossia em bebês no atendimento da APS no município de Linhares-ES. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*. 2021; 2(4), 141. <https://doi.org/10.51161/rem/2905>

Victoria CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015 Apr;3(4):e199-205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

WHO. World Health Organization .Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. 2017. [cited 2020 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>

WHO. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 2: measurements [Internet]. Geneva (Switzerland): WHO; 2008a. [cited 2020 Oct 1]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular cerebral 81

Acolhimento 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 165, 213, 215, 216

Aleitamento materno 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228

Alimentação infantil 220, 221, 222, 225, 227, 228

Alterações renais 133, 134, 135, 139, 142

Anti-inflamatório 134, 135, 136

Arduíno 101, 102, 105, 109, 110

Assimetria facial 11, 12, 13

Assistência de enfermagem 11, 13, 24, 81, 84, 89, 90, 114, 116, 118, 121, 122, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 155, 156, 158, 160, 163, 164, 166, 167, 196, 212, 213, 214, 215, 217

C

Cateter 30, 31, 32, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57

Cateterismo periférico 42

Cateter Venoso Periférico 30, 31, 57

Centro cirúrgico 95, 99, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 131, 132, 200

Ciências forenses 70, 71, 78, 79

Classificação de risco 144, 145, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Competência profissional 98, 169

Complicações 11, 13, 15, 16, 17, 19, 31, 32, 36, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 84, 90, 92, 114, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 140, 142, 164, 197

Controle de qualidade 95, 96

Coronavirus 193, 194, 200

Covid-19 10, 84, 85, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211

Cuidados 2, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 66, 69, 71, 72, 79, 81, 84, 85, 89, 90, 91, 93, 94, 103, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 164, 183, 185, 187, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 213, 214, 216, 217, 219, 225, 226

Cuidados críticos 91, 193, 194, 195

Cuidados de enfermagem 8, 11, 16, 17, 27, 72, 84, 117, 123, 125, 126, 127, 131, 196, 219

D

Desinfecção 96, 97, 101, 102, 103, 104, 106, 110, 111, 207

Diagnóstico de enfermagem 81, 89, 92, 116, 117, 118

E

Emergência 17, 22, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 91, 94, 117, 125, 126, 129, 144, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 194, 197, 209

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 47, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 142, 144, 147, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 191, 195, 196, 197, 198, 202, 206, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 226, 227, 230

Enfermagem forense 70, 71, 74, 76, 80

Enfermeiros 21, 23, 24, 28, 30, 38, 39, 41, 55, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 81, 99, 114, 116, 119, 120, 123, 153, 157, 164, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 216, 217, 218, 219

Equipamento 54, 101, 103, 110, 111, 193

Equipe multiprofissional 20, 22, 23, 25, 92, 168, 170, 175, 176, 217, 221, 224, 227

Esterilização 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 110, 111, 112, 123, 126, 196, 200

Estudantes 156, 226, 227

F

Fatores de risco 4, 5, 6, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 137, 150, 158

Flebite 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 53, 54, 56, 58

H

Humanização 92, 93, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 156, 157, 164, 166, 167, 178, 213, 215, 217

I

Idoso 82, 93, 134, 136, 142

Injeções intramusculares 61, 62, 68

L

Lesão por pressão 2, 4, 6, 8, 9, 10, 88, 92, 200

Luz ultravioleta C 101

Luz UVC 101

M

Maternidades 169, 170, 176

P

Pacientes 2, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 42, 43, 44, 45, 46, 51, 52, 53, 54, 58, 63, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 93, 114, 119, 120, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 172, 175, 189, 190, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 203, 213, 214, 215

Paralisia facial 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 83

Parto humanizado 155, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 165, 166, 167

Parturientes 156, 157, 164, 175

Prática clínica 42, 84, 90, 224, 226

Promoção da saúde 2, 4, 22, 25, 81, 85, 199, 222

S

Saúde comunitária 202

Saúde da criança 221, 227

Segurança do paciente 61, 62, 122, 131, 151, 230

Serviços de saúde 26, 43, 57, 145, 149, 151, 157, 169, 174, 176, 177, 197, 199, 200, 225

Serviço social 147, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179

T

Tecnologias de saúde 221, 229

Toxina botulínica 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19



TECNOLOGIAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM:

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA 2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022



TECNOLOGIAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM:

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA 2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2022