



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)



Atena
Editora

Ano 2023



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

Atena
Editora

Ano 2023

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 Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof^ª Dr^ª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Prof^ª Dr^ª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof^ª Dr^ª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof^ª 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^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Prof^ª Dr^ª Lara 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 Delta do Parnaíba – UFDPAr
 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^ª Dr^ª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^ª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Prof^ª Dr^ª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Prof^ª Dr^ª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof^ª Dr^ª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Prof^ª Dr^ª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Prof^ª Dr^ª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^ª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof^ª Dr^ª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^ª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
F254	<p>Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0959-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.595231001</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
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.

Apresentamos a coletânea “Fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem: autonomia e processo de cuidar”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.






Estão reunidos aqui trabalhos referentes à diversas temáticas que envolvem e servem de base para a formulação de políticas públicas, atualização e melhor desenvolvimento da gestão em saúde e enfrentamento dos fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem e que são fundamentais para a garantia da autonomia e do processo de cuidar com qualidade.

O volume 1 aborda temas como o manejo da dor em recém-nascidos prematuros; cuidado a pacientes em sepse; amamentação; assistência às mulheres grávidas e puérperas; promoção da saúde na infância e adolescência; violência obstétrica; infecções de transmissão sexual; trabalho da enfermagem na pandemia da Covid-19 e gerenciamento de riscos; prevenção de infecções hospitalares e o processo de acompanhamento e mediação entre supervisionado e supervisor.

O volume dois traz estudos que abordam questões sobre a qualidade do cuidado em saúde; acolhimento em oncologia; atenção à saúde da mulher; bioética na saúde; comunicação em saúde; atendimento pré-hospitalar, de urgência e emergência e tratamento intensivo; assistência a vítimas de queimadura; assistência ao paciente idoso, ao portador de doenças no trato gastrointestinal, a pessoas com transtorno do espectro autista; saúde da população indígena; gestão do trabalho em enfermagem, estresse ocupacional e práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade da prática da enfermagem. 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

CAPÍTULO 1	1
ACOLHIMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA	
Silvana da Silva Moraes de Macedo Joisy Aparecida Marchi de Miranda	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310011	
CAPÍTULO 2	5
CALIDAD DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL BÁSICO “DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”, SALINAS 2013 – 2014	
Carmen Obdulia Lascano Espinoza Jeffry John Pavajeau Hernández Zully Shirley Diaz Alay Sonia Apolonia Santos Holguin	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310012	
CAPÍTULO 3	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE DA MULHER: NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA BAHIA	
Sara de Jesus Ricardo Débora Cláudia Sarmiento	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310013	
CAPÍTULO 4	31
QUESTÕES Y PROBLEMAS BIOÉTICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM EUTANÁSIA, SEDAÇÃO PALIATIVA E SUICÍDIO ASSISTIDO	
Carlos Manuel Nieves Rodriguez David Gómez Santos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310014	
CAPÍTULO 5	40
PRESENÇA DE ELEMENTOS ESSENCIAS DA COMUNICAÇÃO EM ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	
Cristina Raquel Batista Costeira Cátia Alexandra Suzano dos Santos Nelson Jacinto Pais Ana Beatriz Costa Duarte Beatriz Gaspar Lucas Joana Filipa Ferreira Sampaio Tatiana Sofia Sousa Ramos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310015	
CAPÍTULO 6	48
O ENFERMEIRO E SEU PROTAGONISMO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR	
Emily Souza Cruz	

Robson Vidal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310016>

CAPÍTULO 7 61

**CONHECIMENTOS E DESAFIOS SOBRE PARADA E REANIMAÇÃO
CARDIOPULMONAR DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM ATUANTE EM UM
HOSPITAL DO INTERIOR GAÚCHO**

Sandra Maria de Mello Cardoso

Lucimara Sonaglio Rocha

Andressa Peripolli Rodrigues

Gisele Schliotefeldt Siniak


Suzete Maria Liques

Heron da Silva Mousquer

Neiva Claudete Brondani Machado

Marieli Teresinha Krampe Machado

Margot Agathe Seiffert

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310017>

CAPÍTULO 8 73

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
– REVISÃO DE LITERATURA**

Aline Lorena Oliveira da Cruz

Amanda Monteiro Correa

Bianca de Lima Dias

Carlos Alexandre Carvalho Coelho

Kely Alves da Costa

Manuely de Souza Soeiro

Talita Aparecida Barcelos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310018>

CAPÍTULO 9 81

**IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM
QUEIMADURAS NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Rosane da Silva Santana

Agrimara Naria Santos Cavalcante

Karine Martins Louriano

Cristiane Barros Galvão

Renata Pinheiro Pedra Fernandes

Roseane Costa Vale

Francisca Maria da Silva Freitas

David Sodré

Francinélia de Araújo Caland


Thalita Costa Ribeiro

Ana Cristina Ferreira Pereira

Adriana de Sousa Brandim

Kassia Rejane dos Santos

Maria Almira Bulcão Loureiro


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952310019>

CAPÍTULO 10.....92

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Carlos Pires Magalhães

João Ricardo Miranda da Cruz


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100110>

CAPÍTULO 11 106

O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA VISITA DOMICILIAR À PACIENTES IDOSOS ACAMADOS COM LESÃO POR PRESSÃO

Lucimário Santos Belmiro


Patrícia Honório Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100111>

CAPÍTULO 12.....117

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REPERCUSSÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL EM IDOSOS SOB CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Saulo Igor Santana da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100112>


CAPÍTULO 13..... 126

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PACIENTES OSTOMIZADOS COM DOENÇA DE CROHN: REVISÃO DE LITERATURA

Isadora Uchoa de Andrade

Maira Rodrigues Nascimento

Walquiria Lene dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100113>

CAPÍTULO 14..... 146

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Tales Martins Nascimento

Sara Tannus


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100114>

CAPÍTULO 15..... 159

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Juliete Trantenmuller de Almeida

Juliana Menezes Lopes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100115>

CAPÍTULO 16..... 170

A REFORMA TRABALHISTA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA GESTÃO DO


TRABALHO EM ENFERMAGEM

Antônio César Ribeiro
 Matheus Ricardo Cruz Souza
 Nivaldo Romko
 Patrícia da Costa Oliveira Vilela

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100116>


CAPÍTULO 17..... 182**O ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SUBMETIDOS AO VÍNCULO PRECÁRIO, SEGUNDO A *JOB STRESS SCALE***

Antônio César Ribeiro
 Roseany Patrícia Silva Rocha
 Matheus Ricardo Cruz Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100117>


CAPÍTULO 18..... 194**O ENFERMEIRO E O CUIDADO AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rosane da Silva Santana
 Wildilene Leite Carvalho
 David Sodré
 Agrimara Naria Santos Cavalcante
 Cristiane Costa Morais de Oliveira
 Livia Cristina Frias da Silva Menezes
 Andressa Maria de Sousa Moura
 Maria Márcia Pereira Silva
 Beatriz Duailibe Alves
 Paula Belix Tavares
 Jhonny Marlon Campos Sousa
 Rafaela Soares Targino
 Maria Almira Bulcão Loureiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100118>

CAPÍTULO 19.....204**CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE O DESCARTE DE MEDICAMENTOS NÃO UTILIZADOS E VENCIDOS**

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59523100119>

SOBRE O ORGANIZADOR.....209**ÍNDICE REMISSIVO..... 210**

ACOLHIMENTO COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA

Data de aceite: 02/01/2023

Silvana da Silva Moraes de Macedo

Acadêmica do Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Faculdade de Apucarana
–FAP

Joisy Aparecida Marchi de Miranda

Docente/Orientadora Mestre do Curso
de Bacharelado em Enfermagem da
Faculdade de Apucarana –FAP

PALAVRAS-CHAVE: Quimioterapia.
Acolhimento. Equipe Interdisciplinar de
Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer pode ser compreendido como um crescimento acelerado e desordenado das células com número maior de 100 doenças malignas diferente, com esse crescimento ela pode acometer células em todo o nosso organismo sendo assim determina-se como metástase (COELHO; PESTANA; TREVIZAN, 2019).

Assim como qualquer outra doença a neoplasia pode surgir através de fatores que contribuintes como alguns exemplo o tabagismo, alcoolismo, obesidade,

alimentação, sedentarismo, exposição à radiação entre outros, pode ser identificada através de exames de sangue e imagens, além disso o câncer pode desenvolver sinais e sintomas sendo eles nódulos ou massa tumorais, sangramentos anormais, dificuldade ou dor ao deglutir, rouquidão persistente, presença de aftas em região oral que não cicatrizam em dias ou semanas, alterações intestinais anormais, manchas na pele, perda de peso não justificada entre outros (NEUMAYER *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

Ao ser diagnosticada a doença advém uma série de sentimentos, como medo do desconhecido, angústia, ansiedade, estresse, insegurança, dores, sofrimento, questionamento sobre a doença e da vida, neste momento destaca-se a importância do acolhimento multidisciplinar, e apoio bem estruturado, de modo a acolher o paciente e seus familiares, bem como explicar sobre seu tratamento na unidade oncológica (CABRAL *et al.*, 2020).

O tratamento é definido pela

equipe medica juntamente ao paciente da melhor forma possível sendo ela através de quimioterapia, radioterapia, cirurgia, terapia-alvo, braquiterapia e transplante de medula óssea também pode haver a necessidade de realizar a combinação do tratamento, assim o paciente conta com uma equipe multidisciplinar composta por farmacêutico, psicólogo, nutricionista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e outros colaboradores que contribuem na melhor forma do tratamento e na busca da cura ou qualidade do fim da vida. (NEUMAYER *et al.*, 2020; BRASIL, 2022).

Essa equipe disponibiliza seus serviços, conhecimentos e técnicas de suas áreas de atuação, onde são voltadas aos cuidados dedicados as várias necessidades tanto dos pacientes, quanto familiares e cuidadores (BRASIL, 2022).

O acolhimento com a equipe multidisciplinar busca um objetivo comum para o binômio família-paciente tornando-se essencial na manutenção e prosseguimento assistencial, acompanhando-os durante toda a jornada no enfrentamento do câncer. Assim, acolher aos anseios e angústias, de ambos, bem como orientá-los nessa nova fase da vida pode ser o diferencial na efetividade do tratamento oncológico (BRASIL, 2022).

OBJETIVO

Analisar o acolhimento realizado pela equipe multidisciplinar em uma unidade de tratamento oncológico.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, de natureza qualitativa. A pesquisa será realizada em uma unidade hospitalar de médio porte situada em uma cidade da região Norte do Paraná, considerado referência no atendimento especializado em diagnóstico e infusão de tratamentos de combate ao câncer. Para tanto serão utilizados três roteiros semi- estruturado sendo aplicado o primeiro para os pacientes, e o segundo para os familiares/acompanhantes antes e depois do acolhimento com a equipe multidisciplinar, de conversar com os profissionais da equipe de saúde. E a terceira realizado com os profissionais da equipe multidisciplinar.

Para isso, a pesquisadora permanecerá em alguma das salas/consultórios da instituição e convidará os participantes individual e sequencialmente em seus diferentes momentos para a entrevista que ocorrerá todas no mesmo dia. Os profissionais serão entrevistados uma única vez no período final da coleta de dados.

Conforme a aprovação do comitê de ética no dia 26/08/2022 com parecer nº 5.606.459 dar-se-á continuidade a pesquisa, iniciando a coleta de dados com os participantes em estudo, respeitando a sua anonimidade durante todas as fases bem como o sigilo e a confidencialidade das informações por estes expressa. Utilizou-se os seguintes critérios de

inclusão, pacientes com diagnóstico de qualquer classe de câncer e que iniciarão tratamento com quimioterápicos definidos pelo médico no período citado abaixo, profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e atuem na respectiva unidade, familiares com ou sem laços consanguíneos, amigos, pessoas acompanhantes do paciente com algum vínculo afetivo. Já no Critérios de exclusão, pacientes menores de 18 anos, profissionais que estiverem afastados por motivos de doença; férias e/ou outros tipos de licenças; pacientes debilitados; familiares/accompanhantes que não comparecerem durante o período em que será realizada a pesquisa.

RESULTADOS ESPERADOS

No presente momento a pesquisa apresenta-se em fase construtiva, no entanto através desta pesquisa, espera-se identificar os benefícios da realização do acolhimento realizado em uma unidade de tratamento de câncer por uma equipe multidisciplinar. Esta pesquisa terá como benefício definir a importância do acolhimento com a equipe multidisciplinar em unidades de oncologia, no qual o conhecimento adquirido pelos participantes no seu tratamento com quimioterapia, poderá ajudar a encorajar pacientes e familiares/accompanhantes durante e após a permanência na unidade de tratamento.

CONCLUSÃO

Espera se que com a conclusão da pesquisa, a pesquisadora possa apresentar os resultados para a equipe, afim de trazer uma reflexão das potencialidades deste tipo de atividade, evidenciando a sua importância nas mais variadas unidades de tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Tratamento/cirurgia (2022). **Instituto Nacional de Câncer**. Brasil 2022. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia> >. Acesso em: 02 out 2022.

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira *et al.* **Cuidado e Atenção Humanizada no Câncer Ginecológico: perspectivas atuais**. Cajazeiras – PB: IDEIA – Inst. De Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/ensino-e-pesquisa/livrospublicados/976354_7a051cdf1f5541ff9aca67bd00582c1e.pdf/@download/file/976354_7a051cdf1f5541ff9aca67bd00582c1e.pdf. Acesso em: 02 out 2022.

COELHO, Julia Cristina Cezare; PESTANA, Maria Eduarda; TREVIZAN, Fulvio Bergamo. Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos atendidos por equipe de psicologia. **Rev. Interciência-IMES**. Catanduva, v. 1, n. 2, p. 45-52. Disponível em: <https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/75#:~:text=Introdu%C3%A7%C3%A3o%3APacientes%20com%20c%C3%A2ncer%2C%20diante,readmiss%C3%B5es%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 out 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002 1946. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 02 out 2022.

NEUMAYER, A. da C.; AGUIAR, M. C. M. de; SCHETTINI SOBRINHO, E. da S. M.; GONÇALVES, A. S. R. Efeito do Diagnóstico de Câncer e Sugestões para Comunicação Diagnóstica na Visão dos Pacientes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 64, n. 4, p. 489–497, 2018. Disponível em <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/197>. Acesso em: 02 out 2022.

CAPÍTULO 2

CALIDAD DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL BÁSICO “DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”, SALINAS 2013 – 2014

Data de aceite: 02/01/2023

Carmen Obdulia Lascano Espinoza

PhD. Investigador
Universidad Estatal Península de Santa
Elena. Ecuador
Santa Elena La Libertad, Ecuador

Jeffry John Pavajeau Hernández

Médico. Magister en Gerencia en Salud
para el Desarrollo Local
Universidad Estatal Península de Santa
Elena. Ecuador
Santa Elena La Libertad, Ecuador

Zully Shirley Diaz Alay

Licenciada en Enfermería. Magister en
Gerencia en Salud para el Desarrollo
Local
Universidad Estatal Península de Santa
Elena. Ecuador
Santa Elena La Libertad, Ecuador

Sonia Apolonia Santos Holguin

Licenciada en Enfermería. Magister en
Gerencia de Innovaciones educativas
Universidad Estatal Península de Santa
Elena. Ecuador
Santa Elena La Libertad, Ecuador

de los pacientes, de allí la importancia de implementar métodos que permitan, evaluar la atención que se ofrece, sin embargo, son pocas las instituciones que consiguen aplicar estos parámetros. **Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo general determinar la calidad del servicio de enfermería que brinda el Hospital Básico. “Dr. José Garcés Rodríguez” con relación a la atención en el área de hospitalización. **Metodología:** El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de campo y documental, que permitió evaluar las actividades predominantes del profesional de enfermería durante la atención a los pacientes en el Área de Hospitalización. La recolección de información se realizó a través de encuestas con preguntas cerradas, a usuarios internos, tomando como muestra los pacientes ingresados y las enfermeras que laboran en el área de hospitalización. **Resultados:** Se pudo evidenciar que el 90% de las enfermeras del área de hospitalización poseen el conocimiento necesario para brindar un servicio de calidad pero éste no se aplica en la atención a los pacientes, debido a que desempeñan funciones de forma rutinaria, y su accionar no produce ningún impacto, mientras que el 10% restante lo conforman

RESUMEN: Introducción: Los Centros Hospitalarios deben responder a las expectativas y necesidades prioritarias

los estudiantes en proceso de aprendizaje; también se pudo comprobar que el 100% de los usuarios encuestados no disponen de protocolos estandarizados y procedimientos que demuestren la calidad del servicio que se debe brindar. La variable que más sobresalió fue la atención que se ofrece al paciente y ésta debe ser más equilibrada y oportuna para que garantice su salud. **Conclusiones:** Por lo tanto, se determinó que al aplicar el proceso de atención de enfermería éste permitirá ofrecer un servicio de calidad, confiable, oportuno, efectivo y de forma profesional.

PALABRAS CLAVE: Hospitalización, Calidad, Servicio, Paciente, Proceso.

QUALITY OF NURSING SERVICE IN THE HOSPITALIZATION AREA. BASIC HOSPITAL “DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”, SALINAS 2013 – 2014

ABSTRACT: Introduction: Hospital Centers must respond to the expectations and priority needs of patients, hence the importance of implementing methods that allow evaluating the care offered, however, there are few institutions that manage to apply these parameters. **Objective:** The general objective of this work is to determine the quality of the nursing service provided by the Basic Hospital. “Dr. José Garcés Rodríguez” in relation to care in the hospitalization area. **Methodology:** The present study is of a quantitative, descriptive, field and documentary type, which allowed evaluating the predominant activities of the nursing professional during the care of patients in the Hospitalization Area. The collection of information was carried out through surveys with closed questions, to internal users, taking as a sample the admitted patients and the nurses who work in the hospitalization area. **Results:** It was possible to show that 90% of the nurses in the hospitalization area have the necessary knowledge to provide a quality service, but this is not applied in patient care, because they perform functions on a routine basis, and their actions it does not produce any impact, while the remaining 10% is made up of students in the learning process; It was also possible to verify that 100% of the users surveyed do not have standardized protocols and procedures that demonstrate the quality of service that must be provided. The variable that stood out the most was the care offered to the patient and this should be more balanced and timelier to guarantee her health. **Conclusions:** Therefore, it was determined that by applying the nursing care process, it will allow us to offer a quality, reliable, timely, effective and professional service.

KEYWORDS: Hospitalization, Quality, Service, Patient, Process.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el tema de calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel internacional como nacional ⁽¹⁾. A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente dentro de un esquema de consecución de mejores resultados a menor costo y, sobre todo, con la mayor satisfacción de usuarios y trabajadores ⁽²⁾; es así que la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPEN) es una organización gremial que busca a través de sus diferentes programas el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería ⁽³⁾.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes asegurando su continuidad ⁽⁴⁾. Actualmente la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones del personal de enfermería, ya que nos proporciona información sobre la calidad percibida del usuario externo con respecto a la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención ⁽⁵⁾; a partir de este hecho el usuario deriva su propia percepción sobre los cuidados de la enfermera y en efecto, emite criterios sobre el restablecimiento de su salud física y mental, durante su estancia hospitalaria ⁽⁶⁾.

Evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud nos permite conocer la percepción de los usuarios, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas sobre los cuidados del paciente hospitalizado ⁽⁷⁾, es por tal motivo que nuestro trabajo de investigación tiene por finalidad identificar cómo se desarrolla la “Calidad de atención de enfermería del área de hospitalización del **HOSPITAL BÁSICO “DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”, SALINAS 2013 – 2014**, puesto que, si consideramos a las instituciones de salud como empresas productoras de servicios sanitarios es necesario desarrollar controles de calidad; ya sea por competitividad, por exigencias sociales o por imperativos profesionales.

La atención de enfermería en el área de hospitalización está dada por personal auxiliar en un 83.3%, quienes carecen de conocimiento científico, es decir su cuidado es de forma empírica; mientras que el 16.7% es personal profesional, quienes prestan una atención mecánica rutinaria, esto se da a consecuencia de que la gestión de enfermería no ha establecido un método propio de trabajo, mediante estándares, protocolos y procedimientos propios para el área.

Al medir la satisfacción del usuario se refleja que el 12% de las enfermeras proporcionaron un trato inadecuado mientras que las auxiliares de enfermería lo hicieron en un 37%. Con respecto a la calidad de atención de enfermería el 100% de las enfermeras manifiestan que no usan protocolos, el 80% utilizan procedimientos propios de la universidad y solo el 20% utilizan procedimientos del Ministerio de Salud Pública.

Al referirnos, al proceso de atención de enfermería encontramos que el 100% de las enfermeras no aplica el proceso de atención de enfermería; solo un 20% realiza algún tipo de valoración y un 80% no registra la planificación y ejecución de las actividades del cuidado.

La calidad y calidez de atención que se le proporciona a los pacientes ingresados en el área de hospitalización no es la adecuada debido a que el personal no muestra trabajo en equipo, mística, responsabilidad ⁽⁸⁾ y a esto le sumamos el mal trato que manifiesta recibir el paciente al momento de ser atendido por el personal de enfermería ⁽⁹⁾, teniendo como consecuencia la insatisfacción de los mismos, es ahí donde nace la problemática de: ¿Cómo es la calidad de atención de enfermería según la opinión de los pacientes internados, en

el área de hospitalización, del Hospital “Dr. Rafael Serrano López” La Libertad 2013-2014? responder esta pregunta nos permitirá identificar la calidad de atención y desarrollar un plan de mejora continua de calidad en el quehacer del personal de enfermería.

El presente artículo tiene como objetivo: Analizar la percepción del usuario interno y externo sobre la calidad de atención de enfermería que reciben los pacientes del área de hospitalización del hospital “Dr. Rafael Serrano López. La Libertad 2013 – 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología de la investigación es de tipo cualitativa debido a que se estudió las características de la atención de enfermería según la percepción del usuario. También es descriptiva porque dio a conocer de manera general la calidad de atención en los cuidados que presta el personal de enfermería en el área de hospitalización del hospital “Dr. Rafael Serrano López” Cantón La Libertad. Además, es de corte transversal porque se observó y analizó dicha variable en un periodo determinado de tiempo (mayo del 2013 - abril del 2014).

La población en estudio fueron las enfermeras que laboran en el área de hospitalización del hospital “Dr. Rafael Serrano López” Cantón La Libertad y los pacientes ingresados en la misma área. Para medir la variable calidad de atención en enfermería se lo realizó con el universo existente que es de 5 enfermeras, y para medir la variable de satisfacción se lo realizó tomando una muestra de la población, que es el promedio de hospitalizados el primer trimestre del año 2012, siendo la muestra: 164.

Las técnicas que se utilizaron fueron: la observación directa y encuesta. Se aplicaron los instrumentos: guía de observación y cuestionario de preguntas. Esta fue la base para el desarrollo de nuestro tema de investigación, a través de estas técnicas obtuvimos información valiosa, que aportó de manera positiva al desarrollo de la misma. Para determinar la calidad de atención que brindan las enfermeras a través de las técnicas de observación directa, con el instrumento guía, que nos permitió recolectar información sobre si se aplica o no el proceso de atención de enfermería.

La información antes detallada, se recopiló acudiendo al área 3 días a la semana de lunes a viernes en horario de 07:00-15:00 y de 15:00-18:00, la observación directa se realizó 3 días a la semana; las encuestas posteriores a la observación directa, se ejecutó durante 2 semanas, todos estos pasos del trabajo de campo de la investigación se llevaron a cabo en turnos rotativos desde septiembre del 2013 hasta abril del 2014. La información obtenida se tabuló y organizó a través del Excel. Los datos procesados y organizados se presentarán a través de gráficos de pasteles y barras, para observar la tendencia del conocimiento y comprensión de la información de los usuarios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A pesar de que el 100% de las enfermeras tiene conocimiento del proceso de atención de enfermería (Gráfico # 1) no lo aplican y solamente el 20% realizan un tipo de valoración en la que únicamente se prioriza las necesidades del paciente; además el 100% de las enfermeras manifestaron que la gestión de enfermería no dispone de protocolos y procedimientos estandarizados basados en el proceso de atención de enfermería (Gráfico #2) de acuerdo con Guerrero, Beccaria & Trevizan, la falta de estandarización de protocolos, normas, procedimientos y el establecimiento de una metodología de asistencia de enfermería, pueden indicar una desorganización de la gestión de enfermería⁽¹⁰⁾, y según González el proceso de atención de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas⁽¹¹⁾.

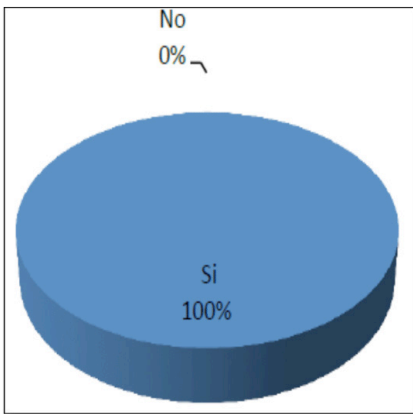


Gráfico 1: Conocimiento del proceso de atención de enfermería

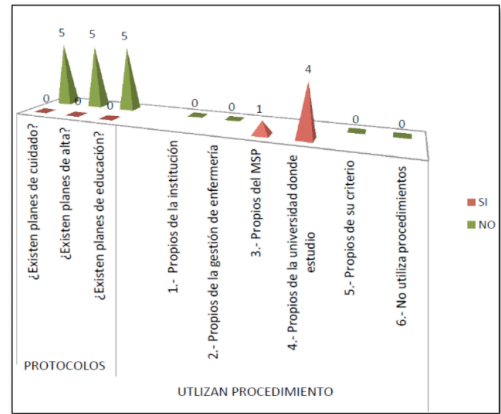


Gráfico 2: Estandarización de protocolos y procedimientos

Fuente: Cuestionario de preguntas para satisfacción del usuario

Elaborado por: Parra, G y Gonzabay, J (Investigadoras)

El 60% de las actividades de cuidado directo que ejecuta el personal de enfermería lo realizan sin ningún proceso de planificación es decir que el rol de la enfermera en la práctica hospitalaria se ha circunscrito a obedecer las órdenes e indicaciones médicas. El 75% del personal de enfermería registran las actividades desarrolladas al final de la jornada laboral en los formularios tradicionales como es el Kardex, signos vitales, balance hídrico, no teniendo establecido algún formato que registre el proceso de atención de enfermería y solamente el 20% realiza actividades de educación como charlas y capacitaciones sea a los pacientes, familiares, estudiantes y auxiliares de enfermería (Gráfico 3).

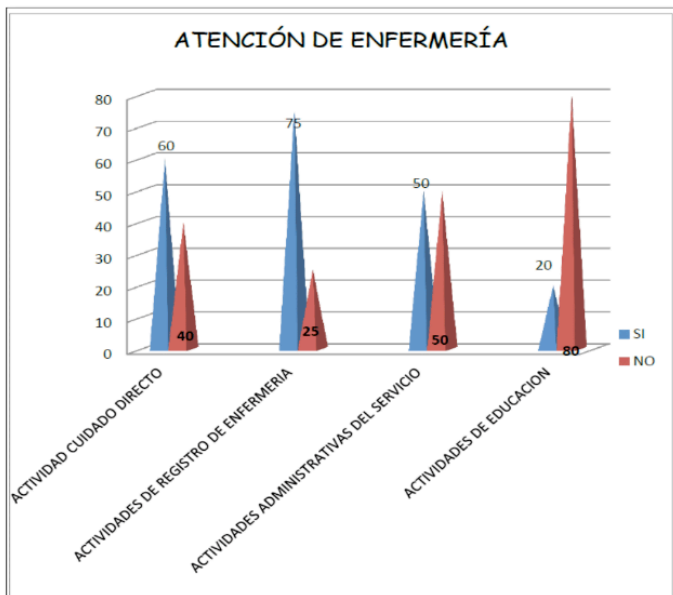


Gráfico 3: Processo de atenção de enfermagem

Fuente: Cuestionario de preguntas para satisfacción del usuario

Con respecto al trato en la atención, el 43 % de los usuarios manifiesta que las enfermeras les proporcionaron un trato adecuado, mientras que el 65% de las auxiliares de enfermería les proporcionaron un trato inadecuado (Gráfico # 4). Entendiendo como calidez al trato que recibe un cliente por parte de la persona que lo atiende. Un trato amable, la buena predisposición para escucharlo y entender sus problemas o inquietudes, en definitiva, el hacerlo sentir “en casa”. Además, al medir la dimensión información encontramos que el 49% manifiestan no haber recibido información sobre medicamentos administrados, procedimientos a realizarse, enfermedad que padece, tratamiento que debe seguir y que hacer para evitar enfermarse (Gráfico # 4). Aquino y Valdivia en uno de sus artículos mencionan que el trato digno debe de seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindará al mismo respecto a su estado de salud. Todo esto englobado en una atmósfera de respeto mutuo⁽¹²⁾.

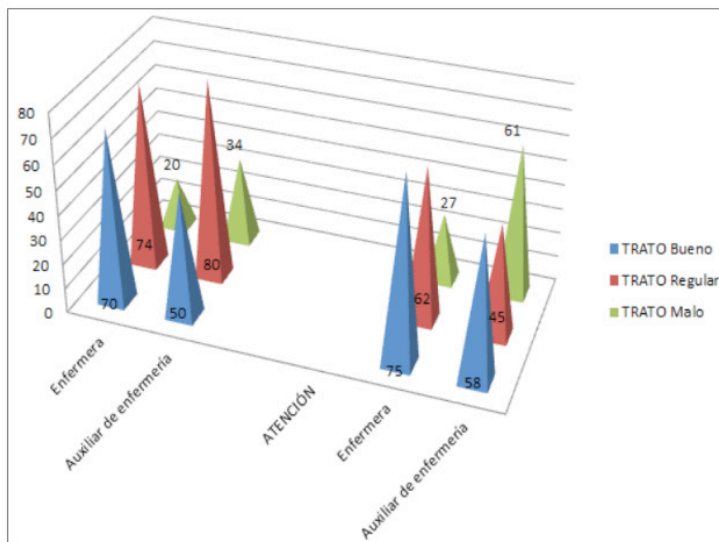


Gráfico 4: Trato de atención

Fuente: Cuestionario de preguntas para satisfacción del usuario

Elaborado por: Parra, G y Gonzabay, J (Investigadoras)

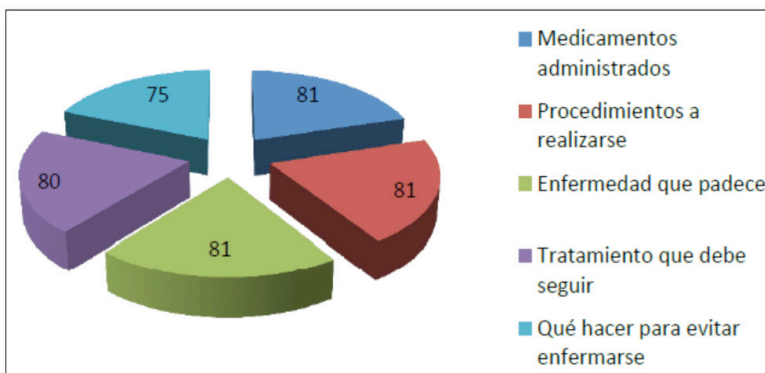


Gráfico 5: Información

Fuente: Cuestionario de preguntas para satisfacción del usuario

Elaborado por: Parra, G y Gonzabay, J (Investigadoras)

Otra dimensión importante al medir la variable satisfacción de usuario es tiempo de espera que se relaciona al tiempo que transcurre desde el momento que el usuario llama a la enfermera hasta que ella acude a atenderlo, en donde el 49% de las enfermeras tarda de 16 a 30 minutos en asistir al paciente al momento de su llamado, en consecuencia podemos decir que un 16% de los pacientes fueron atendidos enseguida de su llamado y el 84% no fueron atendidos al momento del llamado (Tabla y Gráfico # 6)

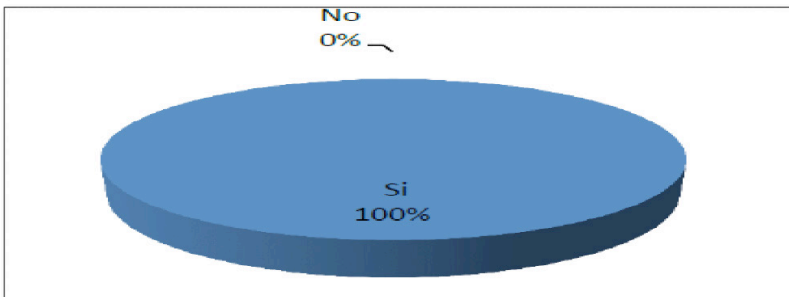


Gráfico 6: Conocimiento del proceso de atención de enfermería

Fuente: Cuestionario de preguntas para satisfacción del usuario

Elaborado por: Parra, G y Gonzabay, J (Investigadoras)

CONCLUSIONES

- Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta el objetivo del estudio que es analizar la percepción del usuario interno y externo sobre la calidad de atención de enfermería que reciben los pacientes del hospital “Dr. Rafael Serrano López. La Libertá, se concluye lo siguiente:
- A pesar de que todas las enfermeras tienen conocimiento del proceso de atención de enfermería no lo aplican, las acciones de enfermería vienen desarrollándose mecánicamente y rutinariamente, en el diario vivir del ejercicio profesional.
- En la gestión de enfermería no existe una identidad propia, carece de un modelo de atención que permita desarrollar el proceso de atención de enfermería como un método propio de trabajo
- No existe ningún tipo de organización y control sobre el cuidado que se le proporciona al paciente/usuario lo que no permite el seguimiento y monitoreo de los cuidados además la carencia de instrumentos como los estándares, protocolos, registro de la atención de enfermería no admiten dar una atención de calidad.
- Con respecto a la percepción del usuario externo en la calidad de atención de enfermería en el área de hospitalización pudimos concluir que la mayoría de los usuarios no se sienten satisfechos ya que consideran que el trato está entre regular y malo, un grupo considerable refieren que respetaron su intimidad. En cuanto al tiempo de espera la mitad de los pacientes manifestaron que la enfermera tardó de 16 a 30 minutos en atenderlo.
- Por todo lo expuesto anteriormente y dando respuesta al objetivo general, se deduce, que a través de este estudio, el nivel de la calidad de atención que reciben los usuarios en este hospital es poco satisfactorio, puesto que, la gestión de enfermería no ha implementado protocolos ni procedimientos estandarizados, haciendo que el trabajo que desempeñan las enfermeras en el área de hospitalización sea mecánico, rutinario es decir que no cuentan con un método

propio de trabajo, teniendo como consecuencia la insatisfacción del usuario respecto a los cuidados que reciben por el personal de enfermería de este hospital; comprobando de esta manera la hipótesis planteada al inicio de este trabajo de investigación que de la calidad de atención de enfermería depende la satisfacción del usuario.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

REFERÊNCIAS

1. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista cubana de Hematología, Inmunología y hemoterapia.* (2014). 30(2), 179-183. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892014000200011&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Prieto. Gerencia del servicio: La clave para ganar todos Ecoe Ediciones. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=N8K4DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT68&dq=A+nivel+internacional+,+editor.](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=N8K4DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT68&dq=A+nivel+internacional+,+editor.;); 2014.
3. Peña H. Realidad actual y necesidades de formación del personal profesional de enfermería de la región sur del Ecuador: (Tesis de Grado. Universidad Nacional de Loja). Repositorio Institucional. UN. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9509/1/Hinela%20Elizabeth%20Pe%C3%B1a%20Robles.pdf>; 2011.
4. Bermejo J. Hacia una salud holística. *Rev. chil. endocrinol. diabetes.* (2009). 2 (2): 115-116. https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/03/salud_holist_-_rev_chil.pdf.
5. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Revista Ciencia y enfermería.* (2014). 20(3), 81-94. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000300008&script=sci_arttext.
6. Flores C. Autoestima y percepción del cuidado humanizado de enfermería en personas hospitalizadas en el servicio de medicina. Hospital Regional Honorio Delgado: (Tesis de Grado. Universidad Nacional De San Agustín): Repositorio Institucional. UN. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2297>; 2013.
7. Barragán J, Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* (2013). 31(2), 187-193. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000200004.
8. Gallardo R. Grado de satisfacción y calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Cajamarca 2012: (Tesis de Grado. Universidad Nacional de Cajamarca). Repositorio Institucional UN. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/144>; 2013.

9. Ruelas G, Pelcastre B, Reyes H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Revista Salud Pública de México*. (2014). 56(6), 631-637. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v56n6/v56n6a13.pdf>.
10. Guerrero G, Beccaria L, Trevizan M. Procedimiento operacional estándar: utilización en la asistencia de enfermería en servicios hospitalarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (2008). 16, 966-972. <https://www.scielo.br/lrae/a/FxrVsxQYRXNnMJdgHmjHwhK/abstract/?lang=es>.
11. González L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural: (tesis de Grado. *Gazeta de Antropología*). Repositorio Institucional. Un. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/7118>; 2006.
12. Aquino R, Valdivia M. Influencia de las relaciones interpersonales de los profesionales de Enfermería en la calidad de atención al paciente crítico de la UCI-Pediátrica del Hospital San Bartolomé enero a octubre del 2013: (Tesis de Grado. Universidad Nacional San Luis Gonzaga). Repositorio Institucional. Un. <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/2745>; (2014).

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE DA MULHER: NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA BAHIA

Data de aceite: 02/01/2023

Sara de Jesus Ricardo

Aluna do 10º semestre de enfermagem da faculdade de ilhéus

Débora Cláudia Sarmiento

Enfermeira, especialista em saúde da mulher e obstetrícia

RESUMO: Esta pesquisa trata sobre a saúde da mulher e a prevenção do câncer de colo de útero e suas condições específicas. Nessa perspectiva interdisciplinar, foram definidos os seguintes objetivos: Abordar o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino na atenção primária. Foi analisado o percentual de exames realizados antes e depois da pandemia através do método Estatístico. A metodologia consistiu em um estudo analítico sob o viés da análise documental. No qual o cenário de pesquisa obteve-se a descrição normativa e protocolos adotados nas ações de enfermagem. Partindo deste pressuposto, os indicadores técnicos do Papanicolau realizados por mulheres baianas com idade de 25 a 64 anos no período 2019-2021, buscando-se levantar a razão de exames realizados e proporção do público alvo. A amostra foi obtida através

de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, foi analisado os bancos de dados do Data SUS, onde foi coletado a realização de procedimentos de coletas citopatológicas no estado Bahia dos anos de 2019-2021, onde trassou-se o quantitativo de atendimentos. Que teve como resultado que houve um declíneo considerável no ano de 2020 (ano da pandemia global de Covid-19). Onde alcançou valores mínimos de 5,73% da população Alvo, destacando uma queda de quase metade dos exames realizados na Bahia, queda percentual de 47,5%. Em 2021 comparado com 2020 houve uma crescente de 3,62% pontos percentuais de exames. Em 2021 houve uma diminuição de exames de 1,58% em relação ao ano de 2019. As considerações finais deste estudo permitem inferir que existem lacunas importantes a serem consideradas e sanadas para o pleno sucesso do programa de prevenção do câncer do colo do útero no estado da Bahia.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher, Prevenção, Câncer do colo do Útero, Enfermagem, Pandemia.

PRIMARY HEALTH ATTENTION FOR WOMEN: IN THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN A CITY IN THE SOUTH OF BAHIA

ABSTRACT: This research deals with women's health and the prevention of cervical cancer and its specific conditions. From this interdisciplinary perspective, the following objectives were defined: Address the role of nurses in the prevention of cervical cancer in primary care. The percentage of tests performed before and after the pandemic was analyzed using the Statistical method. The methodology consisted of an analytical study under the bias of document analysis. In which the research scenario was obtained the normative description and protocols adopted in nursing actions. Based on this assumption, the technical indicators of the Pap smear performed by Bahian women aged 25 to 64 years in the period 2019-2021, seeking to raise the ratio of tests performed and proportion of the target audience. The sample was obtained through secondary data from the Department of Informatics of the Unified Health System, the Data SUS databases were analyzed, where the performance of cytopathological collection procedures in the state of Bahia in the years 2019-2021, where it passed up the number of calls. Which resulted in a considerable decline in 2020 (year of the global Covid-19 pandemic). percentage of 47.5%. In 2021 compared to 2020 there was an increase of 3.62% percentage points of exams. In 2021, there was a 1.58% decrease in exams compared to 2019. The final considerations of this study allow us to infer that there are important gaps to be considered and addressed for the full success of the cervical cancer prevention program in Brazil. State of Bahia.

KEYWORDS: Women's Health, Prevention, Cervical Cancer, Nursing, Pandemic.

1 | INTRODUÇÃO

Esta pesquisa trata sobre a saúde da mulher e a prevenção do câncer de colo de útero e suas condições específicas, onde se faz necessário o trabalho do enfermeiro. Para o Ministério da Saúde,

[...]a detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde. (BRASIL. 2010, p.68)

Sendo, portanto, de suma importância organizar e maximizar a ação programática da prevenção e controle do câncer de colo de útero na Unidade básica de saúde-UBS. Nessa perspectiva interdisciplinar, a pesquisa informa e esclarece dúvidas pertinentes à saúde da mulher em relação à prevenção e cuidados diante dessa patologia. A abordagem da pesquisa se dá com o intuito de tentar responder à seguinte questão: Quais os principais cuidados pertinentes à assistência de enfermagem na prevenção e tratamento do câncer de colo de útero em mulheres e qual percentual de exames citopatológicas no estado Bahia, antes da pandemia e pós-pandemia, 2019-2021?

A equipe de enfermagem deve envolver-se e participar no controle e cuidado dessa patologia do grupo de pacientes, desempenhando um papel importante tanto nos exames de

rotina (preventivo) e na prevenção de complicações e encaminhamento adequado em caso de detecção da doença. Com o isolamento social durante a pandemia algumas atividades e atendimentos nas UBS foram pausados, assim alguns exames citopatológicos não foram realizados, portanto a pesquisa coletou e analisou o percentual de exames realizados em mulheres de 25 a 64 anos, antes da pandemia e após isolamento social, a fim de localizar possíveis retrações ou aumentos nesse setor.

Para isso, foram definidos os seguintes objetivos: Abordar o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino na atenção primária. E, mais especificamente, identificar quais cuidados o enfermeiro tem na prevenção do câncer do colo de útero. Abordar o conceito de saúde da mulher. Ampliar o conhecimento acerca da cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino. Analisar o percentual de exames realizados antes da pandemia e após pandemia no estado da Bahia.

A escolha desse tema surgiu por questão de identificação e afinidade com o conteúdo devido a diversos casos de câncer do colo do útero dentro da família, além de se tratar de um assunto o qual muitos profissionais de enfermagem necessitam do aperfeiçoamento da prática e das técnicas necessárias para o controle nos cuidados de enfermagem às mulheres com essa patologia. Visando também o atual contexto em que muitas mulheres deixaram de fazer seus exames de rotina por conta da pandemia global e assim tiveram implicações significativas na sua saúde e assistência, devido a isso faz-se necessária uma abordagem temática.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Assistência Primária Feminina

A Atenção Básica é composta por um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Ela é o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde está dirigida “pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social” (BRASIL, 2006). Segundo por Starfield (2002), a Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde aborda as dificuldades mais comuns da comunidade, dando serviços de prevenção, cura e reabilitação para elevar ao máximo a saúde e o bem-estar.

A Atenção à Saúde da Mulher merece destaque porque as mulheres são maioria das usuárias do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2010). A atenção primária trabalha para promover o cuidado irrestrito à saúde da mulher ao longo da vida. “Baseado na assistência humana e empática em todos os níveis de atenção, realiza ações focadas na organização do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde”, diz os Cadernos de atenção primário, Brasil (2010).

As Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde das Mulheres entendem saúde é

um processo resultante de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso sugere que a representação de saúde e doença muda de acordo com o tempo e no espaço, ou seja, com o nível de desenvolvimento econômico, social e humano, incluindo a questão de gênero.

Na estratégia de Saúde da Família, as equipes atuam com ações de promoção, conservação e recuperação da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. A prevenção é uma necessidade na atenção básica e tem a função de proporcionar o bem-estar à população (STARFIELD, 2002). A carga pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil, principalmente na rede pública (BRASIL, 2004a). A humanização do atendimento através do acolhimento, orientações comunitárias e atuação em equipe, fazem a diferença para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sendo estas práticas importantes. O acolhimento se dá em todas as oportunidades e ouvir atentamente outro é imprescindível, o que indica a necessidade de que todos que atuam em saúde da família tenham, entre suas qualidades, a capacidade de escuta (AYRES, 2004). Uma escuta atenta promove o intercâmbio entre profissionais e pacientes, contribuindo para a formação de conexão, obtendo melhores resultados na atenção oferecida. O vínculo é considerado uma importante estratégia de construção de uma relação de confiança e aderência às propostas das equipes de saúde da Família,

a [...] constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro (CAMPOS, 2003, p.68-69).

Uma boa tática que os profissionais podem usar é o exercício da prática pedagógica voltada para a solução das necessidades da população e está diretamente relacionado ao conhecimento do lugar onde está inserida a Unidade Básica de Saúde, conhecer o contexto social das pessoas que ali residem. Isso porque, “cada ‘gente’ sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido e atendido de forma integral, numa relação de vínculos institucionais e emocionais” (VASCONCELOS et al., 2009, p. 18).

2.2 Câncer de colúterino

O câncer de colo de útero-CCU é considerado um problema de Saúde Pública no Brasil devido às altas taxas de incidência e mortalidade, analisando que se trata de uma patologia que quando diagnosticada e tratada cedo possui grande chance de cura. Diante disto,

“A prevenção secundária do câncer relaciona-se à detecção de lesões pré-malignas ou malignas iniciais na ocasião em que o tratamento é potencialmente

curativo. O teste de Papanicolau representa a principal estratégia em programas de rastreamento para o controle do câncer cervical³. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados possibilitam reduzir em 60% a 90% a incidência de câncer uterino invasivo⁴. Entretanto, a maioria das capitais brasileiras não consegue atingir essa meta⁵.” (ROCHA et al., 2016, p. 51 e52)

Segundo Rocha et al., (2016) o Vírus Papiloma Humano-HPV é um dos principais causadores do CCU, considerando os riscos para o desenvolvimento de câncer de colo de útero também dominam os seguintes indicadores para o aumento do risco de desenvolver essa patologia, tabagismo, imunossupressão, uso de contraceptivos orais, baixa condição socioeconômica, multiplicidade de parceiros, atividade sexual precoce, e a presença de alguma infecção sexualmente transmissível (IST). A principal estratégia para detecção e prevenção do CCU no Brasil é o Papanicolau. Também é conhecido como citologia oncótica. Esse exame ajuda a detectar alterações celulares no colo do útero, antes que essas células possam se tornar um tumor maligno.

O câncer de colo do útero-(CGU) advém devido a alterações celulares causadas por alguns tipos do vírus do HPV, cuja principal forma de transmissão é pela via sexual quando há o contato direto com a pele ou mucosa infectada. Este tipo de câncer apresenta um longo período para a evolução das lesões precursoras, um fator positivo que facilita sua detecção, assim como tratamento ainda em etapa inicial favorecendo um bom prognóstico.

A Atenção Básica, especialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenha um papel importante na ampliação do rastreamento e acompanhamento da população descrita. A Atenção Primária é responsável por prestar atenção integral e realizar ações de promoção da saúde, triagem e detecção precoce, além de acompanhar o acompanhamento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção.

2.2.1 Um problema de saúde pública no Brasil

Compreende-se que o câncer de colo do útero é a quarta forma de neoplasia mais frequente no mundo nas mulheres, estima-se que o número de casos de câncer de colo uterino chegue a 527.600 e aconteçam 265.000 mortes. Ocupa no Brasil o terceiro lugar, sendo responsável pela morte de 6.385 mulheres em 2017, assumindo a quarta posição no número de mortes acarretadas por câncer em mulheres (INCA, 2019). No Brasil, anualmente, são diagnosticados 15.590 novos casos, o que representa um risco estimado de incidência de 15,33/100.000 habitantes. Sabe-se que o câncer cervical é uma doença totalmente calculável e, em muitos casos, astuciosa, as ações de rastreamento são importantes para a detecção de lesões predecessoras do câncer do colo do útero. O enfermeiro tem papel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, pois é um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza. Segundo, Pinho AA, França-Junior

(2003) as estratégias de prevenção secundária do câncer do colo do útero consistem no diagnóstico precoce das lesões cervicais antes que se tornem invasivas. As técnicas de triagem compreendem a colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, testes para detecção de DNA do vírus do papiloma humano em esfregaços citológicos. Ainda assim acreditm que:

A crença na efetividade do teste de Papanicolaou em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical vem de duas fontes: de estudos comparativos de tendências temporais, mostrando a redução nas taxas de incidência e mortalidade por câncer cervical em diferentes países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreamento do câncer cervical, especialmente em países escandinavos, nos Estados Unidos e no Canadá, e de estudos epidemiológicos do tipo caso-controle, indicando o risco de câncer cervical entre mulheres que nunca realizaram o teste de Papanicolaou e um aumento no risco de câncer proporcional ao tempo desde o último teste realizado. (PINHO AA ; FRANÇA-JUNIOR, 2003, p.97)

Sendo assim em alguns países o teste de Papanicolaou é uma técnica de rastreamento efetiva e eficiente em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical, mesmo assim isso não é a realidade de países subdesenvolvidos como o Brasil, cuja áreas de cobertura do teste ainda não alcançaram patamar suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina sob maior risco. Alguns fatores podem acarretar para essa menor cobertura no nosso país. A partir de estudos de Pinho AA ; França- Junior (2003), são diversos os fatores que contribuem para as usuárias, tocantes à realização do teste de Papanicolaou não comparecerem, as vezes por medo do resultado ou falta de conhecimento científico sobre a doença. De fato o acesso restrito à informação e à sua correta assimilação, ou o não reconhecimento da susceptibilidade à infecção pelo HPV em relações sexuais desprotegidas, diminuem a possibilidade de buscar a práticas deprevenção.

Deve-se considerar, ainda, que a vulnerabilidade individual também é posta aos indivíduos no momento em que se enfatiza o risco da não-ação ao invés da ênfase no benefício da ação, ou seja, da realização do teste de Papanicolaou. Muitas vezes, o sentimento de medo relacionado ao câncer em geral e ao câncer cérvico-uterino, em particular, é criado e perpetuado pelo próprio discurso de risco presente nas campanhas em saúde pública, bem como na esfera individualizada de assistência médica, convencendo as pessoas da ameaça e do perigo que correm se não adotarem certos comportamentos ditos preventivos. (PINHO AA ; FRANÇA-JUNIOR, 2003, p.100)

Por outro lado, o medo pode acabar tendo o efeito contrário do que o discurso de risco exige. Tornou-se um componente mais restritivo do exame de Papanicolau, pois, vários estudos mostram que sentimentos de medo, estão associados a não realização do teste e também, a dor no exame pélvico e a obtenção de um resultado positivo, são motivos comuns para não fazer o Papanicolau. No caso específico do exame ginecológico, com ou sem retirada de material cérvico-vaginal, o sentimentos de mal-estar físico e

psicológico são comuns entre os relatos das mulheres que o realizam, e a maioria desses sentimentos advém de experiências negativas, história de abuso ou humilhação, sofridas pelas mulheres durante o procedimento ,efetuado sem explanação da sua intenção, de forma fria e descuidada, prejudicando qualquer chance de criação de espaço para o autoconhecimento do corpo e da sexualidade, a presença de maus-tratos ou humilhações nos serviços de saúde em geral e, em especial, no atendimento ginecológico, gerando abalo de insatisfação, prejuízo da confiança, desrespeito e subjugação de convicções e valores, trazendo, em muitos casos, por vezes, à rejeição de certas práticas e técnicas de cuidado, como o exame pélvico e Realização do Papanicolau.

2.3 Atribuições do enfermeiro durante o rastreamento de câncer de colo deútero

No Brasil, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Estima-se que 12% a 20% das mulheres brasileiras com idade entre 25 e 64 anos nunca fizeram o Papanicolau. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, ciganas, mulheres do campo, da floresta e da água, sem-teto, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade necessitam de ajustes para acessar o serviço. Os Protocolos de Atenção Básica para saúde da mulher determina que triagem deve ser realizada a partir dos 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem continuar até os 64 anos. O rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e mortalidade por câncer cervical. O estudo da IARC, presente na Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011,p.32) mencionado acima estimou que iniciar a triagem aos 25 anos, em vez de aos 20, perdia apenas uma redução de 1% na incidência cumulativa de câncer cervical. Os detalhes das recomendações de triagem são fornecidos no quadro 1 abaixo.

ATRIBUIÇÕES	COMO FAZER?
Acolhimento com escuta qualificada.	<p>-Identificação dos motivos de contato.</p> <p>- Direcionamento para o atendimento necessário</p>
Avaliação global	<p>Entrevista</p> <p>(Perguntar idade verificar a realização prévia de exame, questionar sobre a realização de exames intravaginais, antecedente obstétricos pessoais, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos em especiais e IST, data da última menstruação, presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais, exame físico específico inspeção dos órgãos genitais externos, Dispareunia e sangramentos vaginais pós-coito ou anormais.)</p> <p>Exame citopatológico do colo do útero</p> <p>(Antes de realizar o exame especular, oriente o usuário sobre o procedimento. A coleta da amostra deve ser feita pelo menos cinco dias após o término da menstruação. Se esta for a única oportunidade e a mulher estiver menstruada, podem ser adicionadas gotas de ácido acético a 2%. Antes de realizar o exame especular, orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo. Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero.</p> <p>Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta, conforme padronizado pelo Inca e disposto no Caderno de Atenção Básica nº 13.2.)</p> <p>Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame.</p> <p>Agendamento do retorno para o resultado.</p>
Plano de cuidados	<p>Consulta de retorno</p> <p>(Interpretação do resultado do exame citopatológico e conduta. Orientação sobre periodicidade de realização do exame citopatológico. Comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos. Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade).</p>

Encaminhamentos para serviços de referência	(Realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ou federal).
Acompanhamento de usuárias pós-exame	(Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contra referenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas.)
Estímulo às ações de prevenção primária	(Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos. Orientações sobre o uso de preservativo. Combate ao tabagismo.)
Ações de vigilância em saúde	(Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. Seguimento de casos alterados).
Educação em saúde	(Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância. Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV. Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero. Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.)

QUADRO 1- Síntese papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero.

Fonte: Dados da pesquisa (BRASIL, 2016).

A partir da síntese elaborada pondo-se a esclarecer as atribuições do enfermeiro durante o rastreamento de câncer de colo de útero são inúmeras de acordo com os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Realizado pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2016). Essas atividades vão desde realizar e participar das atividades de educação permanente da comunidade feminina a realizar a coleta do exame citopatológico do colo, pelo método de Papanicolau, além de acompanhar fluxos com os laboratórios de referência, atentando-se para o prazo dos laudos e supervisionar equipe na busca de casos avaliados de risco que não comparecerem à UBS, e realizar visita domiciliar a usuária quando necessário. Os protocolos definem que a consulta de enfermagem é um momento importante para a realização do exame. É uma oportunidade conveniente para fortalecer o vínculo entre a mulher e o profissional. Segundo Melo et al., (2014), embora existam dificuldades na realização da consulta, sua execução tem inegável relevância em

diversos aspectos da assistência diária de enfermagem e facilita as atividades educativas individuais. As atividades exercidas incluem: esclarecer e informar à população feminina sobre o rastreamento do CCU, identificar na área pacientes que pertencem à faixa etária prioritária e grupos de risco, convocar e realizar a coleta de Papanicolau, supervisionar a qualidade da coleta, detectar e reconvocar as que não compareceram. Assim como o recebimento dos laudos, captação dos resultados positivos para vigilância, orientação e encaminhamento à atenção secundária, A Legislação do Exercício Profissional prevê que os enfermeiros são responsáveis por planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem. No entanto, percebeu-se que tais ações são dificultadas pelo excesso de trabalho dos profissionais ou outros aspectos que podem interferir, como a falta de tempo.

3 | MATERIAL EMÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de natureza quali-quantitativa que segundo Minayo (1997) a combinação entre as duas abordagens podem ser complementares e favorecer uma análise completa, além, de enriquecer as considerações finais, permitindo uma análise estrutural do fenômeno com métodos quantitativos e métodos qualitativos. O objetivo geral do projeto é abordar as práticas e o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino na atenção primária da saúde feminina. Trata-se de um estudo analítico sob o viés da análise documental, em vista de localizar os protocolos de assistência da saúde da mulher. Assim foi realizada uma pesquisa associada à análise de conteúdo, de modo complementar às estratégias investigativas da análise documental (legislação; regimentos, protocolos). Esses procedimentos associados à análise documental, com o objetivo de identificar as concepções que permeiam as práticas do enfermeiro na UBS. Conforme CELLARD (2008, p.296) a análise documental, favorece a observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas.

Inicialmente, o Ministério da Saúde foi local que compôs o cenário de pesquisa para obtenção da descrição normativa e protocolos adotados nas ações de enfermagem. Foram analisadas as concepções deste órgão democrático, de função fiscalizadora, consultiva e deliberativa acerca do reconhecimento dos protocolos de saúde. Partindo deste pressuposto, foi consultado os bancos de dados do DATASUS- Sistema de Informações do Câncer- SISCAN, onde foi coletado os dados da realização de procedimentos de coletas citopatológicas no estado da Bahia dos anos de 2019-2021, onde buscou-se o quantitativo de atendimentos. Foi quantificada pelo indicador razão de exames citopatológicos realizados e população-alvo feminina, considerando-se o mesmo período e a mesma faixa etária. Esse cálculo forneceu o alcance dos exames em relação à população total, permitindo comparação com a meta proposta segundo a Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

Primeiramente para obtenção dos dados foi utilizado a pesquisa bibliográfica, ocorreu a análise de dados secundários selecionados e coletados em artigos científicos e revistas. O levantamento dos estudos foi realizado em novembro de 2021, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Enfermagem, Prevenção, Saúde da mulher, câncer colo do útero, Neoplasia”. Os descritores selecionados para busca constavam no título, resumo e ou assunto da publicação pesquisas na internet bem como em documentos do Ministério da saúde. Segundo Severino (2007) o uso de anotações na pesquisa é imprescindível. “ À medida que se procede à leitura e que elementos importantes vão surgindo, faz-se a documentação. Trata-se de tomar nota de todos os elementos que serão utilizados na elaboração do trabalho científico.” (SEVERINO,2007,P.126).

Utilizou-se o método estatístico para análise dos dados e realização de tabelas explicativas. A coleta de dados do estado da Bahia em relação a quantidade de exames citopatológico feitos no ano de 2019 é estatisticamente maior ou menor em relação ao ano pós isolamento social (2021)? Segundo (BATTISTI, GERSON) o método estatístico compreende duas partes, o cálculo do tamanho da amostra e a análise estatística que são utilizados para responder as perguntas clínicas ou de pesquisa.

4 | RESULTADOS EDISCUSSÃO

Foi analisado indicadores técnicos de exames citopatológicos cérvico-vaginal realizados em mulheres residentes no estado da Bahia no período 2019-2021 com idade entre 25 e 64 anos. Utilizou-se dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especificamente utilizando o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Os indicadores técnicos utilizados para a análise dos dados do exame citopatológico cérvico-vaginal permitiram uma avaliação quantitativa e qualitativa segundo: proporção de exames realizados. O cálculo matemático de todas as variáveis está disponível na Quadro 2.

Indicador Técnico	Cálculo	Fontes
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária.	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos residentes em determinado local e ano / (Número de mulheres de 25 a 64 anos residentes no respectivo local e ano / 3)	SISCAN e IBGE
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero por período anual.	Número de exames citopatológicos do colo do útero no período de 2019 (em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos residentes em determinado local e ano) / Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes no respectivo local e no ano 2021.	SISCAN

Quadro 2- Métodos para cálculos dos indicadores, descrição da avaliação do indicador e respectivas fontes.

Fonte: Produzido pelo autor (2022) a partir da Ficha Técnica de Indicadores das Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero (2014).

Na coleta de dados no SISCAN, iniciamos selecionando “Cito do colo do útero por local de residência” e restringimos os dados ao estado da Bahia. As seleções “coluna”, “medidas” e “seleções variaram de acordo com o indicador de interesse, exceto a “linha” de faixa etária que foi utilizada de 25 a 64 anos. É possível avaliar o alcance da mobilização da população beneficiária em relação ao rastreamento em citopatologia oncológica cervico-vaginal em um determinado período de tempo. As taxas reduzidas podem refletir as dificuldades da operadora em conscientizar os profissionais de saúde e beneficiários para a realização do procedimento.

Ano	Citologias realizadas	População alvo	Razão exames citopatológicos /populaçãovalvo
2019	445.478	4.075.163,09	10,93%
2020	236.510	4.123.783,1088	5,73%
2021	389.678	4.167.347,967	9,35%

Tabela 1. Número de exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos realizados no SUS, no estado da Bahia, 2019 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde. SISCAN e IBGE (2022).

Na tabela 1 apresentamos os anos de 2019, 2020 e 2021 e a relação de exames citopatológicos realizados. Na sequência histórica do período analisado, vemos que em 2019 o quantitativo de exames realizados eram de 445.478 mil. Nota-se que houve um declínio considerável no ano de 2020 (ano da pandemia global de Covid-19). Onde alcançou valores mínimo de 5,73% da população Alvo, destacando uma queda de quase metade dos exames realizados na Bahia, uma queda percentual de 47,5%. Em 2021

comparado com 2020 houve uma crescente de 3,62% pontos percentuais de exames. Em 2021 há um aumento no número de exames em relação a 2020. Mas ainda abaixo dos níveis alcançados nos anos anteriores à pandemia. Em 2021 houve uma diminuição de exames de 1,58% em relação ao ano de 2019. Pode-se analisar a partir disso que os resultados obtidos corroboram com a hipótese da pesquisa de uma possível retração nas realizações de exames em consequência da pandemia. Podemos analisar graficamente a evolução da produção de exames citopatológicos do colo do útero no SUS, no período analisado no Gráfico 1.

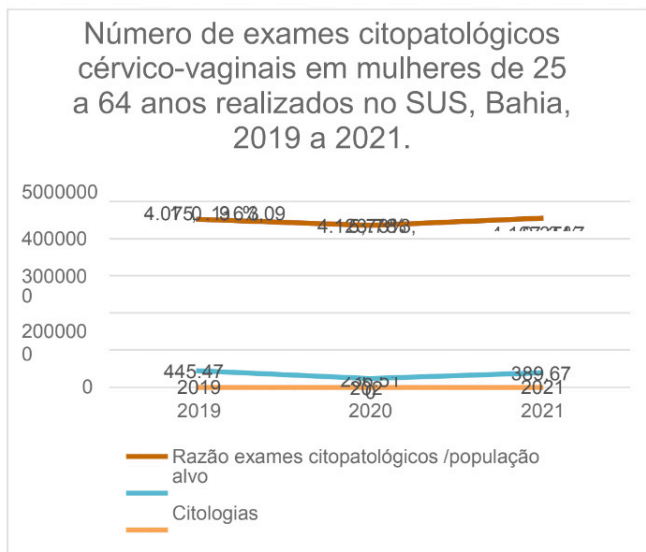


Gráfico 1- Número de exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos realizados no SUS, Bahia, 2019 a 2021.

Fonte: Dados da pesquisa.

Essa faixa etária é recomendada para rastreamento, a cada três anos, de acordo com as atuais Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero no Brasil. Um número elevado de exames por si só pode ser devido à repetição pelas mesmas mulheres, em uma frequência menor que a trienal. O SISCAN disponibiliza dados referentes apenas aos exames realizados pela rede conveniada ao SUS. Este fato possivelmente interfere na transparência da análise. O número de exames realizados e não o número de mulheres examinadas deve ser considerado como um viés deste indicador. Esse indicador pode não retratar a real cobertura da população-alvo. A proporção de exames citopatológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em mulheres de 25 a 64 anos residentes na Bahia nos anos de 2019-2021, as metas destinadas a este indicador não foram explicitadas no Relatório Anual de Gestão – RAG da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB,

a última meta estabelecida é de 2017 (40%). Assim, deve-se considerar a relevância de ações que possibilitem aumentar a cobertura do exame, como a divulgação de informações para que as mulheres reconheçam a importância da adesão ao procedimento. O exame deve garantir condições relacionadas à estrutura física, recursos humanos e materiais necessários para a realização da citopatologia qualificada. As políticas públicas então intrinsecamente, ligadas no êxito das ações de prevenção dessa neoplasia no estado da Bahia.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu avaliar a importância de analisar os indicadores de citopatologias cervico-vaginais para o programa de prevenção do câncer do colo do útero de acordo com os objetivos propostos. Esse tipo de câncer, que possui um número considerável de casos, mesmo sabendo que essa incidência pode ser evitada com a realização adequada da citopatologia. O papel do enfermeiro foi delimitado na pesquisa como sendo um dos principais agentes de saúde primária da mulher a cumprir para além dos exames citopatológicos, mas também exerce atividades de educação e acompanhamento nas UBSs, promovendo uma assistência humanizada.

O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero. É indicado para a população-alvo de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames normais anuais consecutivos. Os resultados da pesquisa mostraram que a queda nos exames em 2020 foi resultado da pandemia de covid-19, e ainda não foi exitosa a retomada dos exames como anteriormente. As considerações finais deste estudo permitem inferir que existem lacunas importantes a serem consideradas e sanadas para o pleno sucesso do programa de prevenção do câncer do colo do útero no estado da Bahia. Há necessidade de fortalecer a tríade que envolve ações educativas, capacitação profissional e adequação institucional, para que ocorra um maior rastreamento oncôcico-cervico-vaginal.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface – Comunicação, saúde e educação, v.8, n.14: p.73-92,2004 Disponível em: <https://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/v-8-n-14-fev-2004.pdf>Acesso em 20 de novembro de 2021.

BATTISTI, GERSON. Iara Denise Endruweit Battisti, Gerson Battisti. **Métodos estatísticos** – Ijuí: Ed. Unijui, 2008. – 80 p. – (Coleção educação à distância. Série livro-texto). Disponível em:<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/277/M%C3%A9todos%20estat%C3%ADsticos.pdf?sequence=1> acesso em: 22 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, (2020). Estimativa 2020-2022: **incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso.** Rio de Janeiro, 2004^a. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/parametros_tecnicos_prevencao_cancer_mama.pdf Acesso: 10 de novembro de 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. p. 32. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Rastreamento.** Caderno de atenção básica n. 29. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 68-69.

DIAS, C. F.; MICHELETTI, V.C.D.; FRONZA, E.; et al. **Perfil de exames citopatológicos coletados em estratégia de saúde da família. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.** Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 192-198.2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock Acesso em: 19 outubro 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Deteção precoce do câncer.** – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 19 outubro 2021.

MELO, M. C. S.C. de.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. de O.; SOUZA, I.E. de O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 58, n. 3, p. 389–398, 2012. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/590>. Acesso em: 2 nov. 2022.

PINHO, Adriana de Araujo e FRANÇA-JUNIOR, Ivan. **Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2003, v. 3, n. 1 [Acessado 1 Novembro 2022], pp. 95-112. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000100012>. Epub 16 Set 2003. ISSN 1806-9304.

ROCHA, Sílvia Maria Machado da; BAHIA, Marcelo de Oliveira; ROCHA, Carlos Alberto Machado da. Perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na Casa da Mulher, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 7, n. 3, p. 51- 55, set. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000300051&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 nov.2022.

Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, (2020). **Relatórios anuais de Gestão**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>>. Acesso em 03 de novembro de2022.

SEVALHO, G. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire**. Interface (Botucatu), v.22, n.64, p.177-88, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CNBTxySpYqFqS93W5RN3Sv/?lang=pt>Acesso em: 11 de novembro de 2021.

Sousa DMN, Lima ACMACC, Vasconcelos CTM, Stein AT, Oriá MOB. Development of a clinical protocol for detection of cervical cancer precursor lesions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2999. Acesso: 01 de nov. 2022;Disponível: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YsJGNtgpmJ4XfHnCnVNDgFM/?lang=pt&format=pdf>>

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, equilíbrio e tecnologia**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>Acesso em 20 de novembro de2021.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José C.; SOARES, Sonia Maria. **Práticas Pedagógicas em Atenção à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: NESCON / UFMG. 2009.

QUESTÕES Y PROBLEMAS BIOÉTICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM EUTANÁSIA, SEDAÇÃO PALIATIVA E SUICÍDIO ASSISTIDO

Data de submissão: 01/09/2022

Data de aceite: 02/01/2023

Carlos Manuel Nieves Rodriguez

Enfermeiro y professor de Enfermagem na
Universidade das Ilhas Baleares
Palma de Mallorca-Espanha
<https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

David Gómez Santos

Técnico cuidados auxiliares de
Enfermagem. Hospital Universitario Son
Llàtzer. (Palma de Mallorca)
Palma de Mallorca-Espanha

RESUMO: Introdução: Desde os tempos antigos, tem havido um debate sobre o tipo de cuidados que os profissionais de saúde devem prestar ao doente terminal. Hoje em dia, o debate é mantido vivo pelas questões sensíveis da moralidade e da ética profissional. De um ponto de vista ético, os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem ser respeitados; a preservação destes princípios básicos deve ser a prioridade do prestador de cuidados. **Objectivo:** Descrever as questões bioéticas dos profissionais de saúde sobre sedação paliativa (SP), suicídio assistido (SA) e eutanásia na sua prática diária com doentes terminais. **Método:** Foi realizada uma revisão sistemática (RS)

da literatura, incluindo estudos primários qualitativos. As bases de dados electrónicas consultadas foram: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PsycInfo, CUIDEN plus (base de dados da Fundação Index), Science Direct, Scielo. Incluímos artigos publicados nos últimos dez anos que incluíam problemas bioéticos de profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros) relacionados com o doente terminal, em espanhol e inglês. Os critérios de exclusão são não cumprir os critérios de inclusão e os artigos que tinham pouca informação desenvolvida.

Resultados: Identificam as suas principais preocupações como determinando o prognóstico da vida do paciente e sendo capazes de suportar a carga emocional de lidar com este tipo de prática. A maioria é hesitante e incapaz de lidar com o sofrimento existencial. A sedação paliativa é vista por muitos profissionais como uma alternativa à eutanásia. A intenção é a principal diferença que percebem entre a sedação paliativa e o morrer assistido por médicos. **Conclusões:** Um ambiente de abertura para a sedação paliativa, suicídio assistido e eutanásia poderia encorajar os profissionais de saúde a expressar os seus sentimentos, reduzindo assim a carga emocional de tais intervenções. A existência de leis que

regulam estas práticas de fim de vida favorece a comunicação entre os profissionais de saúde, o paciente e a família.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Eutanásia; Suicídio assistido; Sedação paliativa.

BIOETHICAL ISSUES AND PROBLEMS IN HEALTHCARE PROFESSIONALS WITH EUTHANASIA, PALLIATIVE SEDATION AND ASSISTED SUICIDE

ABSTRACT: Introduction: Since olden times, there is an important debate related to the type of care to be provided by health professionals to patients in their terminal phase. Nowadays, debate remains active due to delicate issues such as morality and professional ethic. From an ethical point of view, principles of autonomy, beneficence, no maleficence, and justice must be respected; Preserve those basic principles must be a priority for any care provider. **Objective:** To describe bioethical issues faced by health professionals and related with palliative sedation, assisted suicide and euthanasia in their daily practices with terminal patients. **Methods:** It has been carried out a systematic review (SR) of the literature, where primary qualitative studies were selected to be included. The search was made in the following databases: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PysicInfo, CUIDENplus (Nursing of the Index Foundation database), Science Direct, Scielo. It has been included those articles published in the last ten years and with the focus on bioethics problems faced by health professionals (doctors and nurses) related to terminal patients both in English and Spanish. **Results:** It is identified as main worries the capability to determine patient's life prognosis as well as being able to stand the emotional charge associated with these types of practices. Most of them seems to be indecisive and unable to treat existential suffering. Palliative sedation is considered for many professionals as an alternative of euthanasia. The *intention* is the main difference perceived by a doctor between palliative sedation and assisted suicide. **Conclusions:** Opening to palliative sedation, assisted suicide and euthanasia could encourage health professionals to express their feelings which favour a reduction of the emotional charge related with these interventions. The existence of laws aims to regulate these end of life practices, promotes communication among health professionals, patient, and family.

KEYWORDS: Bioethics; Euthanasia; Assisted suicide; Palliative sedation.

INTRODUÇÃO

No nosso país e em muitos outros, os últimos vinte anos assistiram a debates intensos sobre como tratar pessoas com doenças terminais ou processos degenerativos irreversíveis que pediram para morrer a fim de evitar o sofrimento ou para evitar ter de viver a fase final da sua doença. Estas situações têm estado no centro de debates públicos acalorados e trouxeram para primeiro plano os desajustamentos entre os desejos do paciente e as disposições legais e de cuidados de saúde.

SEDAÇÃO PALIATIVA, EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

É uma prática excepcional e necessária nos cuidados de fim de vida, distinguindo

a intenção, o procedimento e o resultado da eutanásia. As directrizes práticas europeias recomendam que a utilização de sedação contínua até à morte para sintomas refractários só deve ocorrer quando a doença do paciente é irreversível e avançada, sendo a morte esperada dentro de horas ou dias, e não deve haver intenção primária de apressar a morte.

Contudo, os estudos advertem que a prática clínica varia em diferentes dimensões, quer o sofrimento seja percebido como físico ou emocional, tipos de drogas utilizadas, proporcionalidade, angústia familiar sobre o sofrimento do paciente, valores pessoais, perspectivas éticas ou religiosas dos clínicos.

OBJECTIVOS

Objectivo geral:

Descrever as questões bioéticas dos profissionais de saúde sobre sedação paliativa (SP), suicídio assistido (SA) e eutanásia na sua prática diária com doentes terminais.

Objectivos específicos:

- Identificar se, para os profissionais de saúde, SP é entendida como uma alternativa à eutanásia quando já não é alternativa à eutanásia quando esta já não pode ser praticada ou quando não está coberta pela lei. protegidos por lei.
- Determinar se a aplicação de SP por parte do profissional de saúde causa mais problemas éticos quando o sofrimento do paciente é de origem psicológica do que quando é de origem física.
- Estabelecer se os dilemas bioéticos enfrentados pelos profissionais de saúde no exercício da sua profissão são influenciados pela legislação em vigor no país em que exercem a sua profissão.
- Descrever as diferenças percebidas pelos profissionais de saúde entre SP e a morte assistida por médicos.

MÉTODO

Todos os estudos publicados em inglês e espanhol entre Janeiro de 2012 e Março de 2022 foram recuperados. Foram desenvolvidas estratégias de pesquisa individualizada para cada base de dados. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave e os seus termos correspondentes [MesH]: questões éticas, enfermeira, médicos, eutanásia, suicídio assistido, sedação profunda, prestadores de cuidados de saúde, cuidados terminais, bioética. Para a base de dados consultada em espanhol, as palavras-chave utilizadas foram: bioética, eutanásia, suicídio assistido, sedação paliativa.

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados electrónicas: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PysicInfo, CUIDENplus (Enfermagem da base de dados da Fundação Index), Science Direct, Scielo.

SELECÇÃO DE ESTUDOS

- 1ª filtragem: na pesquisa primária iniciada a 5 de agosto de 2022, foram obtidas 1036 referências excluindo artigos em duplicado. Foi feita uma selecção por títulos, tendo sido rejeitadas 902 referências por não cumprirem os critérios de inclusão acima descritos. Nesta primeira filtragem, foram obtidas 134 referências.
- 2ª filtragem: destas 134 referências, o resumo foi consultado para determinar se cumpriam os critérios de inclusão, o que levou a que 107 artigos fossem descartados. As razões pelas quais os artigos foram excluídos foram as seguintes: a população não era profissional de saúde, o objecto do estudo não eram os problemas bioéticos de médicos e enfermeiros, não eram estudos qualitativos primários.
- 3ª filtragem: acedendo ao texto completo dos 27 artigos, tendo novamente em conta os critérios de inclusão, 15 artigos foram excluídos. Os motivos de exclusão foram: estavam disponíveis numa língua diferente do inglês ou espanhol, não eram estudos qualitativos primários, não abordavam o tema de interesse, o objecto de estudo não era o doente terminal, não registavam eventos de interesse.

Finalmente, 12 artigos foram seleccionados para uma avaliação crítica da qualidade metodológica. Todos os 12 artigos cumpriam o mínimo estabelecido de qualidade metodológica.

O instrumento de leitura crítica utilizado foi CASPe , um instrumento oficial que avalia a qualidade através de três aspectos principais: rigor, credibilidade e relevância.

Todos os artigos desta RS tinham respostas afirmativas às três perguntas de eliminação; “qualidade suficiente” é definida como aqueles com 2 respostas afirmativas às perguntas detalhadas, “qualidade moderada” como aqueles com 3 respostas positivas às perguntas detalhadas, e “qualidade elevada” como aqueles estudos com 4 respostas afirmativas às perguntas detalhadas.

O ponto de corte para obter as unidades de análise é duas respostas afirmativas com o objectivo de incluir todos os artigos, uma vez que se considera que os seus resultados são relevantes para responder aos objectivos desta RS.

RESULTADOS

As directrizes fazem a distinção entre o uso de PS e a eutanásia, mas na prática clínica a distinção nem sempre é clara. A intenção foi a principal diferença assinalada pelos médicos americanos entrevistados sobre a divergência entre o PS e a morte assistida por médicos, que aceitam a possibilidade de apressar a morte desde que a intenção inicial seja a de abordar os sintomas do paciente. Os médicos holandeses identificam a proximidade da morte como o factor chave na distinção entre as duas intervenções.

Os médicos paliativos suíços apontam para a diferença entre as duas práticas em

termos do impacto sobre os familiares, considerando as SA como uma ação violenta. SP é considerado mais humano, uma vez que os médicos permanecem responsáveis pelos cuidados do paciente até à sua morte. Este grupo de médicos dá prioridade à procura de soluções partilhadas entre a família, o paciente e os profissionais de saúde, em favor do princípio da autonomia do paciente.

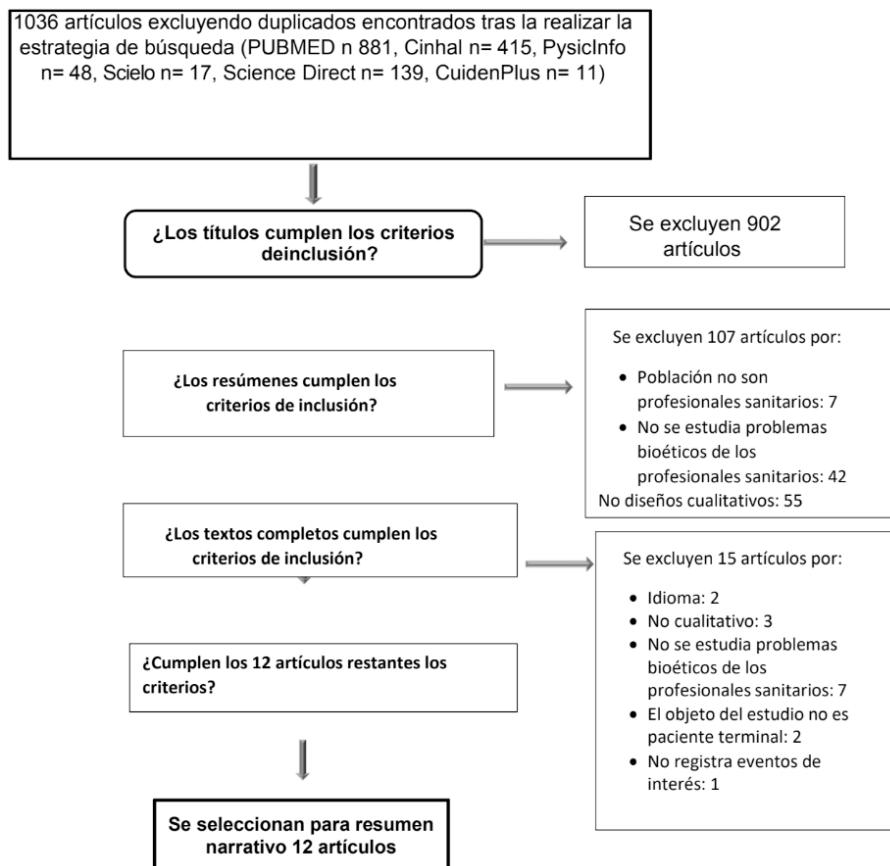


Diagrama de Flujo

Para muitas enfermeiras, a participação em SP sugere reflexões sobre as condições em que a prática é aceitável para elas e fornece uma visão de como elas sentem que SP afecta a qualidade de morrer do paciente.

Em relação à eutanásia, é a “intensidade” que é o sentimento dominante experimentado pelas enfermeiras belgas, descrevendo a ambivalência de sentir que estão a ajudar o paciente a morrer pacificamente, mas ao mesmo tempo percebendo-a como uma morte arranjada e antinatural.

A experiência do processo de cuidados é descrita como severa e difícil, algo a que

eles nunca se habituam. Eles tentam compreender o pedido do ponto de vista do paciente, o que é crucial para uma boa prática de enfermagem, e precisam de tempo para poderem obter uma boa experiência do processo.

A maioria dos médicos entrevistados por Otte et al. têm dúvidas sobre a sua capacidade de lidar afectivamente com a ajuda a um paciente para acabar com a sua vida.

Descremem que não faz parte do seu papel profissional. A sensação de não serem capazes de lidar com o impacto emocional, ético ou psicológico é cansativa para eles; preferem outras opções de tratamento para os seus pacientes, tais como a actualização de PCs, a transferência para outro médico ou o adiamento da conversa.

De acordo com os resultados obtidos nesta RS, pode afirmar-se que SP é utilizada a favor da eutanásia devido à carga emocional para os profissionais de saúde praticar a eutanásia ou devido à burocracia envolvida na sua aplicação.

Os enfermeiros com pouca experiência em SP expressaram uma luta com uma “linha ténue” que separa SP da eutanásia e SA, relatando que ambas as práticas eram próximas uma da outra.

Os médicos e enfermeiros quando confrontados com um pedido de eutanásia experimentam sentimentos intensos de ambivalência, por um lado devem permanecer atentos ao sofrimento do paciente e, por outro, devem ser fiéis ao seu próprio sistema de valores.

DILEMAS BIOÉTICOS RELACIONADOS COM A APLICAÇÃO DE SP COMO TRATAMENTO PARA O SOFRIMENTO EXISTENCIAL

A maioria dos profissionais hesita em abordar o sofrimento existencial, sentindo-se incapaz de aliviá-lo, e estas descobertas ressoam com o que foi publicado na literatura. Alguns não o consideram um domínio médico, mas sim uma responsabilidade do próprio paciente. Embora não exista uma definição exacta de angústia existencial, é descrita como “perda de autonomia, dependência, sentimentos de falta de sentido e de sobrecarga para os outros”.

A gravidade da angústia emocional/existencial e a angústia que produz podem ser muito dinâmicas e há uma falta de competências bem estabelecidas para a sua gestão e aplicação. No entanto, há profissionais que abordam este tipo de angústia de uma forma mais holística, e para fazê-lo precisam de empatizar com ela, de compreendê-la. Outra abordagem seria a sedação temporária, seguindo o quadro das recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AECPP), se a razão de SP é a angústia existencial, uma segunda opinião deve ser sempre explorada e a sedação deve ser administrada intermitentemente de modo a que a necessidade da mesma seja reavaliada periodicamente.

Num ambiente legal e ético onde a eutanásia e a SA não são permitidas, como no

Reino Unido, os profissionais de saúde enquadram o uso de sedativos como uma solução proporcional a sintomas tais como “agitação” ou “inquietação”, este cenário é influenciado pelas directrizes da EFCA, do PC e do movimento “hospice”. Neste contexto, a percepção de que a vida tem um valor próprio, mesmo que implique sofrimento, é um princípio mais forte do que na Bélgica ou nos Países Baixos.

Os praticantes descrevem preocupações sobre a utilização de SP e o seu possível efeito de apressar a morte. Os trabalhadores na Bélgica e nos Países Baixos fazem mais referências à comunicação, aos membros da equipa e à família.

As reflexões das enfermeiras belgas sobre o clima de abertura que foi vivido com a promulgação da Lei da Eutanásia parecem estar em consonância com as opiniões dos profissionais holandeses sobre a importância do diálogo na tomada de decisões.

CONCLUSÕES

Um ambiente de abertura em relação a SP, eutanásia e HS poderiam encorajar os profissionais de saúde a expressar as suas experiências e diminuir a carga emocional de tais intervenções. Seria aconselhável proporcionar formação adicional sobre os aspectos éticos e médicos da eutanásia aos enfermeiros, pois a deliberação ética ajudá-los-ia a lidar com as questões morais que enfrentam com estes doentes. Encorajar a reflexão individual, promovendo o diálogo e a participação na equipa de cuidados.

Estimular um ambiente aberto de discussão sobre a utilização de tratamentos em fim de vida poderia permitir ao paciente, à equipa e aos familiares participar activamente na tomada de decisões, criando um clima de diálogo entre todas as partes. Com base na literatura, pode-se dizer que a existência de leis que regulam as acções dos clínicos parece influenciar positivamente a relação de comunicação que estes estabelecem com o paciente, a família e o resto da equipa de atendimento.

Em países onde não existe um quadro legal para as práticas de fim de vida, os profissionais de saúde estão mais hesitantes quanto às diferenças entre SP e práticas de morte assistidas por médicos. Em ambientes não-especialistas, SP é mais frequentemente visto como acelerando a morte, pelo que o grau de conhecimento no PC também parece contribuir para a opinião dos médicos sobre as práticas de fim de vida. O aumento das horas de formação em PC poderia ajudar os médicos na gestão deste tipo de intervenção.

A importância do conceito do paciente como pessoa autónoma ou como parte de uma rede social influencia as atitudes dos médicos em relação a SP, sofrimento e morte. É importante estar preparado como médico e como enfermeiro para cuidar do doente terminal, sem se concentrar apenas no tratamento dos sintomas, mas ser capaz de abordar aspectos subjectivos da doença, identificando preocupações e estabelecendo um clima de confiança no qual o doente se possa expressar naturalmente. Por conseguinte, é importante adquirir boas estratégias de comunicação com o paciente e a sua família.

Mais investigação sobre os factores que ajudam o doente a ter uma boa morte permitir-nos-ia centrar a discussão no aspecto primário: como os doentes terminais podem ter os cuidados mais avançados para o alívio do seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Blondeau D, Roy L, Dumont S, Godin G, Martineau I. **Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering.** J Palliat Care 2005;21(4):238-245.
2. Cherny NI, Radbruch L. **European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care.** J Palliat Med 2009;23(7):581-593.
3. De Miguel Sánchez C, López Romero A. **Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I).** Med Pal 2006;13(4):207-215.
4. Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. **Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public.** The Lancet 1996;347(9018):1805-1810.
5. Graeff AD, Dean M. **Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards.** J Palliat Med 2007;10(1):67-85.
6. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck AM, Müller-Busch CH, Rapin CH. **Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC ethics task force.** J Palliat Med 2003;17:97-101.
7. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. **Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey.** J Clin Oncol 2002;20:758-64.
8. Orentlicher D. **The Supreme Court and physician-assisted suicide rejecting assisted suicide but embracing euthanasia.** N Engl J Med 1997;337:1236-1239.
9. Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O'Hare D, et al. **Determinants of the wifflingness to endorse assisted suicide: a survey of physicians, nurses, and social workers.** Psychosomatics 1997;38(3):277-287.
9. Raus K, Anquinet L, Rietjens J, Deliens L, Mortier F, Sterckx S. **Factors that facilitate or constrain the use of continuous sedation at the end of life by physicians and nurses in Belgium: results from a focus group study.** J Med Ethics 2014;40(4):230-234.
10. Rietjens JAC, Hauser J, van der Heide A, Emanuel L. **Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation.** J Palliat Med 2007;21(7):643-649.
11. Seale C, Raus K, Bruinsma S, van der Heide A, Sterckx S, Mortier F, et al. **The language of sedation in end-of-life care: The ethical reasoning of care providers in three countries.** Health (London) 2015;19(4):339-354.

12. Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WWA, van der Maas PJ, et al. **Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life.** J Can Med Assoc 2012;184(7):E366.

13. Taboada R. **“Sedación paliativa (parte II): Cuestiones éticas y principios morales”.** Acta Bioeth 2014;20(2):225-235.

PRESENÇA DE ELEMENTOS ESSENCIAS DA COMUNICAÇÃO EM ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Data de submissão: 21/11/2022

Data de aceite: 02/01/2023

Cristina Raquel Batista Costeira

CitechCare; UICISA:E; Escola Superior de saúde do Politécnico de Leiria
<https://orcid.org/0000-0002-4648-355X>

Cátia Alexandra Suzano dos Santos

CitechCare; Escola Superior de saúde do Politécnico de Leiria
<https://orcid.org/0000-0002-6101-9560>

Nelson Jacinto Pais

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

Ana Beatriz Costa Duarte

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca
<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-6774-3381>

Beatriz Gaspar Lucas

Hospital de Santa Maria, Lisboa
<https://orcid.org/0000-0003-4681-8433>

Joana Filipa Ferreira Sampaio

Centro Social de Brito-Polo Paraíso; Hospital Narciso Ferreira
<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4007-8892>

Tatiana Sofia Sousa Ramos

Hospital de Santa Maria, Lisboa
<https://orcid.org/0000-0002-7583-2405>

RESUMO: A comunicação é uma ferramenta basilar na prestação de cuidados de enfermagem uma vez que esta influencia a qualidade dos cuidados que são prestados. Foi desenvolvido um estudo descritivo-observacional, durante o ano de 2022, com enfermeiros de serviços de urgência em hospitais na região Centro de Portugal. Cujo objetivo foi: diagnosticar as necessidades de desenvolvimento de elementos essenciais de comunicação, em enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica. Para isso, foi aplicado um questionário eletrónico composto por dados sociodemográficos/profissionais e pela escala *Kalamazoo* de Elementos Essenciais da Comunicação. Foram garantidos os pressupostos éticos. Foram estudados 41 enfermeiros, em que 80,5% eram do sexo feminino, com média de idade de 33,6±7,97 anos e com 7,22±6,38 anos de experiência profissional. Destes, apenas 31,7% referiram ter formação em comunicação. Ao analisar-se os resultados obtidos, foi possível verificar que os elementos essenciais de comunicação: “Recolhe Informação” e a “Partilha Informação” foram os que obtiveram valores mais elevados, sendo que os “Inicia a Discussão” e “Chega a um consenso”, foram os que evidenciaram

valores mais baixos. Os resultados também sugeriram que possuir formação em comunicação dotava os enfermeiros de elementos essenciais de comunicação com os outros. Em estudos futuros, recomenda-se um investimento, em desenvolvimento de programas formativos em competências de comunicação, em que se desenvolvam elementos essenciais da comunicação na relação, em especial no treino de competências de iniciar discussões e chegar a consenso.

PALAVRAS-CHAVE: Competências de comunicação; pessoa em situação crítica; enfermagem.

PRESENCE OF ESSENTIAL ELEMENTS OF COMMUNICATION BY NURSES IN THE CARE OF PEOPLE IN CRITICAL SITUATION

ABSTRACT: Communication is a basic tool in the provision of nursing care, that influences the quality of care. A descriptive-observational study was carried, during the year 2022, with nurses from emergency services in hospitals in the Central region of Portugal. It aimed: to evaluate the development needs of essential elements of communication, in nurses in the care of people in critical situations. For this, an electronic questionnaire composed of sociodemographic/professional data and the Kalamazoo scale of Essential Elements of Communication was applied. Ethical assumptions were guaranteed. Forty-one nurses were studied, of which 80.5% were female, with a mean age of 33.6 ± 7.97 years and with 7.22 ± 6.38 years of professional experience. Of these, only 31.7% reported having training in communication. By analysing the results obtained, it was possible to verify that the essential elements of communication: “Gather Information” and “Sharing Information” were the factors that obtained the highest values, with “Starting the Discussion” and “Reaching a consensus”, were the ones that showed the lowest values. The results also suggested that having training in communication provided nurses with essential elements of communication with others. In future studies, its recommended to develop of training programs in communication skills, in which essential elements of communication in the relationship are developed, especially in training skills to initiate discussions and reach consensus.

KEYWORDS: Communication skills; person in critical condition; nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde constitui-se uma temática crucial para a prática clínica dos enfermeiros, na medida em que está presente nos diversos momentos do processo de enfermagem e lhes permite alcançar a humanização de cuidados (Consciência, 2017). Esta baseia-se num processo complexo que visa conceber um vínculo entre duas pessoas, dado que, os interlocutores são influenciados por toda a sua componente holística (Campos, 2017; Consciência, 2017).

A Comunicação correlaciona-se com a competência interpessoal nas interações, sendo a base do relacionamento entre seres humanos, para além de constituir um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar mutuamente o comportamento dos seus intervenientes (Campos, 2017). Esta tem como principal premissa ajudar a pessoa alvo de

cuidados, a ser capaz de estabelecer uma relação interpessoal terapêutica, pró-ativa e de confiança (Consciência, 2017).

A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-pessoa alvo de cuidados caracteriza-se por ser um processo de troca de informações, baseado no respeito mútuo e na gestão de questões de saúde que preocupam a pessoa cuidada (Xue & Heffernan, 2021). Quando, eficaz sabe-se que é capaz de melhorar o relacionamento entre a pessoa cuidada-enfermeiro-familiares, produzindo ganhos em saúde significativos (Darbellay et al., 2022; Kwame & Petrucka, 2021; Ulmer et al., 2022). E é considerada como uma componente essencial do cuidar em especial em tempos de crise (Roman & Pineiro, 2022).

2 | COMUNICAR COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nos contextos específicos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é consensual que a comunicação é um processo, desafiante que exige aos enfermeiros, a apropriação e desenvolvimento contante de competências, particularmente, pelas características das pessoas que cuidam (Pinho, 2020).

A pessoa em situação crítica é definida como aquela que apresenta um quadro clínico que envolve a falência e/ou se risco de falência de uma ou mais funções vitais, cuja, sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Apesar de a pessoa em situação crítica apresentar quadros clínicos que dificultam o processo de comunicação, o enfermeiro deve perceber essas dificuldades e barreiras e criar condições para que os pensamentos, sentimentos e necessidades da pessoa possam ser devidamente expressos (Figueiredo, Pereira & Moraes, 2021).

A comunicação com a pessoa em situação crítica deve ser clara, objetiva e com linguagem adequada ao nível de compreensão da pessoa, promovendo, assim, o seu *empowerment*, permitindo minimizar angústias, receios e dúvidas da pessoa e seu cuidador (Fontenele et al., 2019). Mesmo em situações de prognósticos reservados, sabe-se que a pessoa cuidada, mantém os seus órgãos dos sentidos a funcionar, pelo que se considera crucial manter a comunicação com a mesma, como, por exemplo, através da explicação das diferentes etapas de cada procedimento realizado, bem como, estimular os familiares a manter a comunicação (Godinho et al., 2018).

Sabe-se que a comunicação em geral se deteriorou, durante a pandemia, tendo a comunicação não verbal sido a mais prejudicada, devido ao uso de Equipamentos de Proteção Individual e ao medo inicial de infeção, sendo este achado mais evidente nos serviços de cuidados à pessoa em situação crítica, como os serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos (Díaz-Agea et al., 2022). Assim, a importância de desenvolver competências comunicacionais, nestes profissionais é imperioso. Segundo Chang e colaboradores (2022), as competências de comunicação podem ser aprendidas,

praticadas e dominadas.

A sua aquisição, pelos enfermeiros permitirá melhorar os resultados dos cuidados prestados, prevenir complicações de forma precoce, reduzir custos associados a relações terapêuticas ineficazes e aumentar níveis de satisfação pessoal e profissional, nomeadamente nos cuidados à pessoa em situação crítica (Pires, 2020).

3 | PRESENÇA DE ELEMENTOS ESSENCIAIS À COMUNICAÇÃO EM ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Durante um período de seis meses (janeiro a junho) foi desenvolvido um estudo descritivo-observacional com 41 enfermeiros de serviços de urgência na região centro de Portugal.

Este estudo teve como objetivo: diagnosticar as necessidades de desenvolvimento de elementos essenciais de comunicação, em enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica. Como instrumento de colheita de dados foi desenvolvido um questionário eletrónico, composto por dados sociodemográficos/profissionais e pela escala Kalamazoo Checklist de Elementos Essenciais da Comunicação (Ferreira, Silva & Duarte 2016). A Kalamazoo é constituída por 24 itens agrupados em sete fatores correspondentes aos elementos essenciais da comunicação: 1. Constrói uma Relação; 2. Inicia a Discussão; 3. Recolhe informação; 4. Percebe a Perspetiva do utente; 5. Partilha Informação; 6. Chega a um consenso; 7. Permite terminar o diálogo. Esta permite, cinco níveis de resposta do tipo *likert*: Pobre (1); Razoável (2); Bom (3); Muito Bom (4); Excelente (5).

Para a realização deste estudo foi obtida autorização da Comissão de Ética e Conselho de Administração, responsável pelos serviços de urgência onde foi realizada a investigação. Foi também solicitada autorização aos autores da escala garantindo o respeito pela propriedade intelectual. Assim como obtido consentimento informado dos participantes. Foram promovidos o respeito pela autodeterminação, confidencialidade e anonimato.

Dos 41 enfermeiros que participaram 80,5% eram enfermeiras, tinham em média $33,6 \pm 7,97$ anos, em que o enfermeiro mais jovem tinha 22 e o com mais idade 57 anos. Tendo em conta os anos de experiência dos enfermeiros, verificou-se uma média de $7,22 \pm 6,38$ anos. Quando questionados acerca da frequência em cursos de comunicação, $n=28$ responderam não ter frequentado qualquer tipo de formação nesta área (68,3%), apesar de 97,6% dos enfermeiros classificarem a comunicação como muito importante (**Tabela 1**).

Variáveis	M	s	Md	Amplitude
Idade	33,66	7,97	34,00	35 (57-22)
Anos de Experiência	7,22	6,38	6,00	26 (26-0)
Variáveis			n (%)	
Sexo	Feminino		33 (80,5%)	
	Masculino		8 (19,5%)	
Habilitações Acadêmicas	Licenciatura		34 (82,9%)	
	Mestrado		7 (17,1%)	
Especialidade	Sim		8 (19,5%)	
	Não		33 (80,5%)	
Formação em Comunicação	Sim		13 (31,7%)	
	Não		28 (68,3%)	
Importância da Comunicação	Importante		1 (2,4%)	
	Muito importante		40 (97,6%)	

Legenda: M-média; s-desvio padrão; Md-mediana; n-tamanho de amostra; %-percentagem

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.

Quando analisados os resultados acerca dos sete elementos essenciais da comunicação, verificou-se que apresentavam menor nível de desenvolvimento os relativos aos fatores 2 e 6: “fator 2- Inicia discussão”; “fator 6- Chega a Consenso”. Evidenciando a importância de desenvolver competências dos enfermeiros nestes elementos essenciais da comunicação. Os de maior nível de desenvolvimento foram os relativos ao fator 3 e 5: “fator 3- Recolhe Informação”; “fator 5- Partilha Informação” (**Tabela 2**).

Fatores	n	mín	máx	M	s
Fator 1- Constrói uma Relação (3-15)	41	5	15	10,39	2,59
Fator 2- Inicia a Discussão (3-15)	41	3	15	8,78	2,51
Fator 3- Recolhe Informação (4-20)	41	7	20	12,61	3,11
Fator 4- Percebe a Perspetiva do utente (3-15)	41	5	15	8,95	2,74
Fator 5- Partilha Informação (4-20)	41	7	20	13,44	3,24
Fator 6- Chega a um consenso (3-15)	41	4	15	9,29	2,37
Fator 7- Permite terminar o diálogo (4-20)	41	4	20	11,71	3,25
Soma da escala (24-120)	41	37	120	75,17	18,06

Legenda: M-média; s-desvio padrão; Md-mediana; mín-mínimo; máx-máximo.

Tabela 2: Estatística descritiva por fator da escala Kalamazoo de Elementos Essenciais da Comunicação.

Os resultados sugeriram também a existência de correlação entre a idade e os fatores da escala, para isso foi aplicado o Teste de correlação de *Spearman*, apresentado na **tabela 3**, em que se pode verificar que não existe correlação entre as duas variáveis ($p \geq 0,05$), exceto para o fator 5- partilha informação, que apresentou um valor $p=0,04$ e um valor $r=-0,316$, revelando uma correlação negativa fraca em que os enfermeiros iniciados (mais jovens) apresentam uma maior carência de desenvolver elementos essenciais da comunicação no que diz respeito à partilha de informação, aspeto fundamental para a continuidade de cuidados de qualidade e segurança. Foram também testadas as correlações entre as variáveis: sexo, habilitações académicas, ter especialidade, mas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas dos elementos essenciais da comunicação e as variáveis supracitadas.

		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Escala Total
Idade	<i>r</i>	-0,240	-0,177	-0,163	-0,189	-0,316	-0,288	-0,146	-0,210
	<i>p</i>	0,13	0,27	0,31	0,24	0,04	0,07	0,36	0,19

Legenda: *p* - nível significância; *r* -valor de teste;

Tabela 3: Correlação entre Idade e Fatores da Escala *Kalamazoo* de Elementos Essenciais da Comunicação: *Teste de Spearman*.

Foi ainda testada, a diferença entre formação em comunicação e os fatores da escala, recorremos ao Teste de *U de Mann Whitney*, (**tabela 4**), tendo-se verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas para todos os fatores da escala, exceto para os fatores 5 e 7: “5- Partilha informação”, que apresentou um valor $p=0,08$ e o “fator 7- Permite terminar o diálogo”, que apresentou um valor $p=0,09$. Assim, é possível referir que os enfermeiros com formação em comunicação, apresentaram diferenças na apropriação de elementos essenciais da comunicação, quando comparados com os enfermeiros sem formação na área da comunicação.

		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Escala Total
Formação em Comunicação	<i>U</i>	101,5	112	85,5	63	120,5	94	123,5	91,5
	<i>p</i>	0,02	0,05	0,01	0,00	0,08	0,01	0,09	0,01

Legenda: *p* - nível significância; *U* -valor de teste;

Tabela 4: Formação em Comunicação e Fatores da Escala *Kalamazoo* de Elementos Essenciais da Comunicação: *Teste de U de Mann Whitney*.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho permitiu diagnosticar as necessidades de formação em elementos essenciais da comunicação nos enfermeiros que cuidavam de pessoas em situação crítica.

Sendo a comunicação terapêutica a ferramenta basilar para identificar as necessidades da pessoa cuidada, é por excelência uma ferramenta capaz de promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Deste estudo, salientam-se os elementos essenciais da comunicação “Recolhe Informação” e a “Partilha Informação” como os mais presentes pelos enfermeiros, sendo que os elementos essenciais da comunicação “Inicia a Discussão” e “Chega a um consenso”, os que carecem de maior desenvolvimento.

Neste seguimento, recomenda-se que sejam desenvolvidos programas de formação na área da comunicação dirigida a enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica. Nestes programas será importante atender à idade dos enfermeiros e à experiência anteriormente realizada na área da comunicação, pois estas duas variáveis evidenciaram influência sobre os elementos essenciais da comunicação apresentados pela amostra.

Assim, pretende-se que a presente pesquisa, possa contribuir e motivar os gestores de enfermagem, a promoverem a implementação de programas formativos na área da comunicação, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e seus familiares, assim como melhorar a comunicação em equipa.

Em investigações subsequentes será importante aumentar o tamanho da amostra e avaliar outras variáveis como sejam: a gestão de tempo, traços de personalidade dos profissionais e inteligência emocional.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, C. **A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem**. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, v. 15, n. 1, jun. 2017.

CHANG, A. A.; SIROPAIDES, C. H. & CHOU, C. L. **Improving Communication Skills**. Medical Clinics of North America, v. 106, n. 4, p. 727–737, jul. 2022.

CONSCIÊNCIA, J. **A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Dissertação de Mestrado**. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4746>—Viseu: Instituto Politécnica de Viseu – Escola Superior de Saúde., 2017.

DARBELLAY, C. & et al. **La « communication thérapeutique » en médecine interne**. Revue Médicale Suisse, v. 18, n. 801, p. 2026–2029, 2022.

DÍAZ-AGEA, J. & et al. **How Did the Pandemic Affect Communication in Clinical Settings? A Qualitative Study with Critical and Emergency Care Nurses**. Healthcare, v. 10, n. 2, p. 373, 14 fev. 2022.

FERREIRA, M.; SILVA, D. & DUARTE, J. . . **Estudo psicométrico da escala de competências de comunicação clínica (ECCC)**. Millenium, p. 287–299, 2016.

FIGUEIREDO, G.; PEREIRA, V. & MORAES, N. **Importância sobre comunicação alternativa pelos enfermeiros emergencistas**. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, v. 11, n. 36, p. 175–184, 15 dez. 2021.

FONTENELE, R. & et al. **Comunicação ineficaz e suas consequências para o paciente grave**. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, v. 9, n. 27, p. 117, 17 set. 2019.

GODINHO, J. & et al. **O processo de comunicação como instrumento de cuidar na unidade de terapia intensiva**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, v. 22, n. 2, p. 110–117, 2018.

KWAME, A. & PETRUCKA, P. **A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward**. BMC Nursing, v. 20, n. 1, p. 158, 3 dez. 2021.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES. **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica**. [s.l.] Diário da República n.o 135/2018, 2018.

PINHO, C. **A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos**. Dissertação de Mestrado—Portalegre: Instituto politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde., 7 out. 2020.

PIRES, V. **“Apenas falar, não é comunicar” - A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU**. Dissertação de Mestrado—Portalegre: Instituto politécnico de Portalegre. , 30 jul. 2020.

ROMAN, A.; PINEIRO, A. **Nursing Communication Skills Training: Added Importance During Crises**. Journal for Nurses in Professional Development, 9000.

ULMER, F., & et al. **Communication Patterns During Routine Patient Care in a Pediatric Intensive Care Unit: The Behavioral Impact of In Situ Simulation**. Journal of Patient Safety, v. 18, n. 2, p. e573–e579, mar. 2022.

XUE, W. & HEFFERNAN, C. **Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis**. International Journal of Nursing Practice, v. 27, n. 6, 4 dez. 2021.

O ENFERMEIRO E SEU PROTAGONISMO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

Data de aceite: 02/01/2023

Emily Souza Cruz

Discente do curso de enfermagem da
faculdade de Ilhéus

Robson Vidal

Professor

RESUMO: O atendimento pré-hospitalar serve para prevenir lesões traumáticas que possam se agravar devido ao trauma. Em decorrência o traumatismo raquimedular pode deixar sequelas irreversíveis, e assim a importância de um profissional com habilidade técnico-científico para preservar a saúde da vítima, torna-se necessário a imobilização no local do acidente. **Objetivo:** Destacar o papel do enfermeiro na execução do atendimento de forma protocolada no atendimento pré-hospitalar móvel dos pacientes com suspeita de trauma raquimedular. **Materiais e Métodos:** Este artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, que segundo Severino (2013), é realizada a partir de materiais disponíveis. Para a coleta de dados, foi realizada uma busca por artigos e documentos que abordassem o assunto. Para elencar esses dados, foram utilizadas publicações entre os anos de 1999 a 2022,

sendo que os decretos, leis e resoluções eram, em sua maioria, publicações originais, em língua portuguesa. **Resultados:** A energia transmitida por meio do impacto é responsável por lesionar a medula espinhal. O trauma da medula espinhal pode ocorrer devido a vários fatores acidentais. Altas doses de metilprednisolona devem ser administradas para o tratamento medicamentoso, enquanto a segunda demonstrou que a administração de altas doses em bolus após 8 horas pode reduzir as sequelas. A França foi pioneira na criação desse serviço e que o Brasil se inspirou nesse modelo. A estabilização cervical no atendimento pré e intra-hospitalar é uma das principais peças para evitar que o paciente sofra lesões secundárias. Acidentes envolvendo o TRM são bastante comuns, conforme mencionado ao longo do artigo. **Conclusão:** A lesão medular é uma lesão que afeta a coluna vertebral e pode ser parcial ou total. A maioria dos resultados encontrados, mostrou que o enfermeiro é um profissional habilitado a praticar diversas condutas para salvar vidas. A equipe do APH, com o enfermeiro, tem papel fundamental junto à vítima de LM, identificando rapidamente as situações de risco de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Raquimedular, trauma, pré-hospitalar, lesões.

THE NURSE AND ITS PROTAGONISM IN MOBILE PRE-HOSPITAL CARE FOR PATIENTS WITH SPINAL TRAUMA

ABSTRACT: Pre-hospital care serves to prevent traumatic injuries that may worsen due to trauma. As a result of spinal trauma can leave irreversible sequelae, and thus the importance of a professional with technical-scientific ability to preserve the health of the victim, it becomes necessary to immobilize at the scene of the accident. **Objective:** To highlight the role of nurses in the execution of care in a protocolized way in the mobile pre-hospital care of patients with suspected spinal cord trauma. **Materials and Methods:** This article consists of bibliographical research, which according to Severino (2013), is carried out from available materials. For data collection, a search was performed for articles and documents that addressed the subject. To list these data, publications were used between 1999 and 2022, and the decrees, laws and resolutions were mostly original publications in Portuguese. **Results:** The energy transmitted through the impact is responsible for injuring the spinal cord. Spinal cord trauma can occur due to several accidental factors. High doses of methylprednisolone should be administered for drug treatment, while the second has shown that administration of high doses in bolus after 8 hours may reduce sequelae. France was a pioneer in the creation of this service and Brazil was inspired by this model. Cervical stabilization in pre- and in-hospital care is one of the main pieces to prevent the patient from suffering secondary injuries. Accidents involving TRM are quite common, as mentioned throughout the article. **Conclusion:** Spinal cord injury is a lesion that affects the spine and can be partial or total. Most of the results found showed that the nurse is a professional qualified to practice various behaviors to save lives. The APH team, with the nurse, has a fundamental role with the LM victim, quickly identifying life-threatening situations.

KEYWORDS: Raquimedular, trauma, pre-hospital, injuries.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda as questões que envolvem o protagonismo do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel, evidenciando-os na ação de prevenção de sequelas, nas vítimas de trauma raquimedular.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APHM) tem como característica mais importante a abordagem da vítima nos primeiros minutos após a lesão, de forma a proporcionar atendimento adequado e rápido transporte até o serviço de referência. (BATISTA, 2014).

Este estudo é de grande relevância pois o atendimento pré-hospitalar, visa estabilizar as condições de vida e reduzir a morbimortalidade, através de canais apropriados durante as fases de estabilização e transporte, bem como condutas incorretas, que podem resultar em diversas chegadas, desde deficiências físicas temporária ou permanente até a morte. (BATISTA, 2014).

Diante do problema da pesquisa, no que tange saber quais as ações executadas

pelo enfermeiro no APHM. Que favorecem a prevenção de sequelas e diminuição da morbimortalidade nos casos de trauma raquimedular (TRM) ?.

A abordagem a essas vítimas envolve prevenção do atendimento pré-hospitalar móvel e seus protocolos de capacitação/atendimento para prestação de socorro.

Para tentar responder a essa indagação, partimos do objetivo geral; Destacar o protagonismo do enfermeiro no atendimento de APHM aos pacientes com trauma raquimedular, tendo como objetivos norteadores da pesquisa os seguintes objetivos específicos: Discorrer sobre o TRM e suas complicações específicas, enfatizar a importância dos protocolos de atendimento e treinamentos do APHM no cuidar aos pacientes com TRM, descrever as ações do enfermeiro no APHM ao paciente com TRM e nas capacitações à equipe.

O trauma raquimedular é uma lesão que compromete os impulsos nervosos, impedindo que as informações neurais do cérebro sejam enviadas ao nosso corpo para realizar comandos, como consequência a vítima pode perder os movimentos dos membros e funções fisiológicas parciais ou totais, a depender do nível da lesão, dentre essa situação o (APHM) atendimento pré-hospitalar móvel exige que siga um protocolo afim de preservar a integridade física e diminuir possíveis sequelas secundárias, esse atendimento ocorre fora do ambiente hospitalar, por ser um problema corriqueiro é importante frisar a preparação do enfermeiro que deve conduzir a situação com maestria, manejo técnico e reduzindo sequelas traumáticas.

Na abordagem ao paciente vítima de trauma raquimedular (TRM) é valioso que o enfermeiro ao realizar o atendimento seja capacitado, esteja atualizado na abordagem, e disponha de materiais necessários para a prestação de serviço, pois, a lesão medular é uma grave situação de urgência/emergência.

Segundo Siscão et al. (2007), a faixa etária mais acometida é de 18 a 35 anos, ou seja, adulto jovem, do sexo masculino, solteiros, residentes em áreas urbanas, sem distinção de classe social, sem filhos, moram e contam com a ajuda dos pais, podendo estar relacionado ao fato de que os homens correm mais riscos do que as mulheres, principalmente os jovens. Segundo Soares et al. (2013), o predomínio da população jovem, economicamente ativa, implica em um importante impacto socioeconômico.

A intervenção é baseada nos protocolos do APH (Atendimento pré-hospitalar) no manual do Suporte Básico e Avançado de Vida que consiste no atendimento fora do ambiente hospitalar, em geral regime de urgência, servindo como instrução para realização do atendimento a vítima com diminuição ao risco de morte.

A escolha do presente tema como objeto de estudo justifica-se pelo fato da apressação pessoal em relação a matéria de emergência, na qual tenho me identificado ao decorrer do curso, embora o assunto abordado seja de grande reflexão pelo seu crescente número de vítimas traumáticas, podendo contribuir com informações que possam auxiliar os profissionais a se capacitarem na assistência a vítima com suspeita de trauma raquimedular.

O estudo descritivo do tipo revisão bibliográfica, com caráter descritivo, realizada através de busca eletrônica, a análise dos artigos teve como finalidade a assistência dos enfermeiros que atuam no serviço de APHM, frente aos pacientes que sofreram trauma raquimedular. A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Brazilian Journals com publicações entre 2010 a 2022.

A pesquisa bibliográfica está inserida principalmente no meio acadêmico e tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas. Para Andrade (2010, p. 25).

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Trauma raquimedular e suas complicações específicas

O Trauma Raquimedular (TRM) decorre de um evento traumático muitas vezes ocasionado por acidentes automobilísticos e moto ciclísticos, lesões por armas de fogo e armas brancas, queda de altura, e até mesmo por mergulho em águas rasas. Corresponde a interrupção dos tratos nervosos, sensoriais e motores da medula em quaisquer porções estruturais (ligamentar, medular, discal, óssea, radicular ou vascular) o que resulta na insuficiência parcial ou total das funções (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2017).

Em decorrência desses fatores que causam a lesão, ela pode causar conseqüências que levam a danos transitórios ou permanentes tornando o paciente paralisado abaixo do nível da lesão traumática, geralmente leva a grandes complicações quando as raízes nervosas situadas na medula são acometidas e assim, gerando complicações.

2.2 Fisiopatologia

O TRM é composto por duas fases, a fase de choque medular, que é a fase inicial, na qual ocorre um processo de edema muito importante na medula e é como se todas as funções abaixo da medula fossem cessadas. Isso pode durar meses ou até um ano.

Depois o paciente entra na fase de automatismo medular, é a fase alguns pacientes, depois da recuperação do edema medular, conseguem até recuperar movimentos.

As conseqüências geradas é decorrente de uma lesão na medula espinhal que tem a função de transmitir os impulsos do sistema nervoso central (SNC) para as outras partes do corpo através do sistema nervoso periférico (SNP), e assim realizar funções, seu interior é composto por uma massa acizentada composta por corpos de neuronios com a função de traduzir informações enviadas do corpo para o cérebro e assim realizar impulsos para comandar ações musculares e os reflexos e ao seu redor existe uma parte externa que contém axônios e fica, sendo denominada substância branca por sua maioria

ser revestida por mielina e assim seus estímulos são entregues mais rápidos ao restante do corpo, graças a isso, partes distantes do sistema nervoso podem manter o contato necessário para trabalhar em conjunto. A mesma tem formato de cilindro afunilando-se na base de um agrupamento estreito de fibras, possui intumescência cervical que estende-se dos segmentos C4 até T1 cervical e torácicos, lombosacral T11 até L1 da medula espinhal.

Seus limites estruturais são dois: superior, pelo bulbo após o forame magno e acaba após a segunda vértebra lombar (L2). Localizada dentro da coluna vertebral que é formada por trinta e três (33) a trinta e quatro (34) vértebras (07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 05 sacrais e 04 ou 05 coccígeas), é responsável por proteção da medula espinhal e sustentação do nosso corpo.

Além da coluna vertebral existe as meninges que servem de proteção separando a medula dos ossos, é formada por três membranas; dura máter, aracnoide e pia-máter.

A energia transmitida pelo impacto, juntamente com possíveis danos às estruturas ósseas do tecido medular, causará dano tecidual ao cordão medular. Esse dano tecidual é caracterizado pela ruptura da barreira hematoencefálica, análoga à barreira hematoencefálica, obliteração de vasos sanguíneos e microvasculatura e ruptura (lise) de células gliais e axônios, células nervosas e/ou mesmo tratos espinhais. (NUNES, 2017).

A ruptura desses elementos causa hemorragias petequiais, liberação de eletrólitos, metabólitos e enzimas, assim como morte neuronal imediata por rompimento das membranas celulares (BOTERO; GÓMEZ; CHAPARRO, 2013).

A avaliação do TRM é composta por primária: Ocorre danos aos axônios responsáveis pelos impulsos nervosos do corpo, gera compressão da medula espinhal como resultado do impacto e pode levar a uma secção parcial ou total da medula espinhal devido a interrupção ou laceração da medula espinhal devido a forte deslocamento ou penetração. É um tipo de lesão que acontece como resultado de fraturas por deslocamento que causam fragmentos ósseos e comprimem a medula espinhal; hiperextensão e/ou transecção da medula espinhal e/ou seu suprimento sanguíneo.

Já secundária ocorre por consequências das lesões primárias. Ela afeta as funções celulares é mediada pela ativação de reações inflamatórias e imunes, com componentes celulares e humorais, causando a morte (apoptose) tornando um lugar impróprio para a regeneração neural.

A lesão medular foi definida pelo Banco de Dados Nacional de Lesão Medular em 2013, como toda injúria às estruturas contidas no canal medular, resultando em perda temporária ou permanente das funções motora, sensorial e/ou autonômicas (ARAÚJO, 2013).

3 | TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado no primeiro contato com o paciente, na abordagem

primária, no ambiente extra-hospitalar, durante essa intervenção deve-se tomar muito cuidado para não agravar o quadro, com um unico objetivo de evitar mais lesões.

A NASCIS I e II (Estudo Nacional da Lesão da Medula Espinhal), apontam que deve ser administrado em altas doses o medicamento metilprednisolona

O Segundo Estudo Nacional de Lesão medular aguda demonstrou que a administração sistêmica de uma injeção de bolus de alta dose (30mg/kg, seguida de uma infusão de 5,4mg/kg/h acima de 23h) do metilprednisolona durante a primeira pós-lesão de 8h pode reduzir os déficits neurológicos humanos após a lesão medular (Young-tae Kim,2009).

A dosagem só servirá após ás primeiras 8 horas do trauma, depois desse período o fármaco não alcançará efeito, podendo levar a efeitos adversos. Esse fármaco é um anti-inflamatório corticosteroide, tem como mecanismo de ação, inibir a destruição lipidica, no caso as camadas que revestem os axônios (bainha de mielina) e assim preservando as células neuronais.

Em geral o objetivo do tratamento é restaurar a função da medula espinhal, restabelecer o alinhamento cervical, prevenir de complicações e assim possibilitar ao paciente sua recuperação, a depender das suas condições.

3.1 Aspectos históricos do APHM

A assistência sistematizada do APH teve suas primeiras iniciativas no período napoleônico, durante a Revolução Francesa por volta de 1700, através do médico e chefe militar Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar” observou que os soldados deviam ser resgatados ainda em batalha e não depois do termino e assim aumentaria suas chances de sobrevivida, pois muitas pessoas perdiam suas vidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato. E então Jean Larrey elaborou veiculos de resgate móvel, que nomeou como “ambulâncias voadoras”, puxadas a cavalos permitiu a retirada rapidamente de homens feridos no campo de guerra. As rodas eram leves e o teto arredondado para evitar o acúmulo de chuva nas madeiras, e com isso se tornavam velozes.

Para conforto do paciente havia ainda duas perfurações laterais para ventilação, acondicionamento de maca, cobertores para aquecimento e guarda de instrumentos. (SILVA EAC et al.,2010).

Em 1947 Em 1947, ele realizou a primeira desfibrilação bem sucedida. Ele estava operando um menino de 14 anos com um distúrbio congênito, no final da cirurgia, o menino entrou em parada cardíaca, Beck reabriu o peito e tentou massagear o coração à mão por aproximadamente 45 minutos, antes de prosseguir para o uso do desfibrilador, que havia sido projetado por Beck, ele então aplicou as pás do dispositivo diretamente no coração do paciente e tirou o coração da fibrilação. O menino se recuperou totalmente (Meyer JA,1988). No ano de 1954 veio o procedimento de ventilação boca-máscara foi proposto

por Elam.

Nove anos depois veio a criação do Dr. Paul Zoll um desfibrilador para tórax fechado em 1955 em 1956 Peter Safar e James Elam repropuseram o uso da ventilação boca-a-boca na RCP. 1960, por Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker foi desenvolvida a técnica de compressão torácica, 1962 Lown desenvolveu o desfibrilador portátil enquanto no mesmo ano a técnica de reanimação cardiopulmonar (RCP) foi desenvolvida.

Todos esses marcos serviram para a trajetória evolutiva da sociedade, o modelo de APH que temos hoje é graças a essas particularidades que foram sendo aprimoradas para garantir as chances de sobrevivência das vítimas.

CRIAÇÃO DO SAMU

Tanto a sigla SAMU *Service d'aide médicale urgente* quanto o serviço já existiam desde 1986 criado pela França e adequado com algumas particularidades pelo Brasil onde adotou a mesma abreviação.

Em Ribeirão Preto, o SAMU entrou em operação em 8 de outubro de 1996, já possuindo o Suporte Avançado à Vida, com seus elementos obrigatórios: médico e enfermeira. Em março de 1998, foi concretizada, ainda que experimentalmente, a Central de Regulação Médica da mesma cidade (RAMOS,2008).

O SAMU no Brasil propõe um modelo padronizado de atenção que funciona ligando para Central de Regulação de Emergências discando telefone gratuito e de fácil acesso (linha 192) é regido no Brasil pela Portaria nº 1010 de 21 de 2012 que segundo a mesma aborda, objetivos e atribuições como:

Garantir a escuta médica, dar uma resposta adequada e adaptar-se às necessidades do cidadão, através da liderança ou do envio de equipas, para efetuar direta ou remotamente a coordenação, regulação e supervisão médica de todos os estabelecimentos pré-hospitalares, realizar o atendimento pré-hospitalar de urgência, como no caso do trauma, assim em situações clínicas, regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), participar de planos organizacionais para primeiros socorros em caso de desastre ou evento de múltiplas vítimas, e participar de educação em saúde e fornecer cursos de primeiros socorros à comunidade.

PROTOCOLO ESPECÍFICO DO TRAUMA RAQUIMEDULAR SEGUNDO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DO SAMU

Parte em que foca diretamente nos procedimentos adotados ao trauma raquimedular, com o objetivo de preservar a integridade das vítimas e reduzir danos.

Protocolo do trauma raquimedular segundo Suporte Avançado de Vida do SAMU:

AT18 - TRM – Trauma raquimedular

Quando suspeitar ou critérios de inclusão Mecanismo de trauma sugestivo e presença de alguns sinais ou sintomas como:

- impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou na pelve por qualquer mecanismo (p. ex. agressões, encarceramento em escombros de desabamento);
- aceleração ou desaceleração repentina, inclinação lateral do pescoço ou tronco (p. ex., colisões de veículos motorizados em velocidade moderada a alta, atropelamento de pedestre, explosão);
- qualquer tipo de queda, especialmente em idosos;
- ejeção ou queda de veículo motorizado ou outro dispositivo de transporte (patinete, skate, bicicleta, moto etc.);
- acidente em águas rasas (p. ex. mergulho ou surfe);
- lesão na cabeça, com qualquer alteração do nível de consciência;
- dano significativo no capacete;
- lesão contusa importante no tronco;
- fratura por impacto ou outro tipo de desaceleração nas pernas ou quadril;
- lesão na área da coluna (p. ex., ferimentos penetrantes);
- presença de dor ou sensibilidade na região da coluna;
- déficit ou sintoma neurológico: paralisias, parestesia, paresia (fraqueza), déficit neurológico abaixo do nível da lesão, priapismo;
- presença de deformação anatômica da coluna; e
- paciente cuja informação não é confiável: embriaguez, presença de lesões mais dolorosas que desviem a atenção (fraturas, queimaduras), barreiras de comunicação (idioma, surdez, pouca idade, etc.), paciente psiquiátrico e portadores de Doença de Alzheimer ou outra doença degenerativa neuromuscular

Conduta:

1. Realizar avaliação primária e condutas indicadas (Protocolo AT1).
2. Realizar avaliação secundária (Protocolo AT2).
3. Administrar oxigênio em alto fluxo para manter $\text{SatO}_2 \geq 94\%$.
4. Instalar acesso venoso.
5. Considerar a possibilidade de Choque Neurogênico (hipotensão sem taquicardia e com vasodilatação periférica): seguir protocolo específico (Protocolo AT4).
6. Considerar analgesia (Protocolo AC37).
7. Realizar imobilizações necessárias:
 - Na suspeita de lesão na coluna, imobilizar na posição supina (decúbito dorsal),

alinhada e neutra, sobre prancha rígida (ou dispositivo similar de mesma finalidade), iniciando pela estabilização e alinhamento manual da cabeça (se não houver contraindicação). Essa estabilização deve ser mantida durante todo o tempo até a colocação do fixador de cabeça;

- O alinhamento da cabeça está contraindicado e deve ser interrompido quando ocorrer piora da dor referida, piora do padrão respiratório, resistência voluntária ao movimento, início ou aumento de déficit neurológico e espasmos dos músculos do pescoço. Nesses casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada; e
- Paciente que se encontra dentro de veículo:
- Realizar a retirada rápida se paciente grave, cena insegura ou necessidade de acesso a outro paciente com lesões mais graves ou em PCR (Protocolo AC5);
- Utilizar equipamento de retirada tipo KED quando indicado; e
- Após a retirada, imobilizar em prancha longa.

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

AÇÕES DO ENFERMEIRO NO APHM AO PACIENTE COM TRM

Atendimento pré-hospitalar a esse trauma deve ser sistematizado com uma abordagem ágil, e com profissionais que detenham conhecimento específico do TRM, conhecendo a sua fisiopatologia, tem a capacidade de reduzir o impacto relacionados a morbimortalidade, evitando ou minimizando as sequelas.

Segundo o manual do PHTLS os erros de imobilização mais comuns: A falha em fornecer adequadamente a restrição do movimento espinhal para que o tronco possa ser movido significativamente para cima ou para baixo no dispositivo de restrição espinhal, ou que a cabeça ainda possa se mover excessivamente. instável.

GARCIA, 2019 elencou e explicou algumas condutas do enfermeiro, é importante imobilizar a pessoa sobre uma superfície firme para estabilizar a coluna, evitar desvio do alinhamento corporal e impedir a lesão da medula espinhal, deve-se dizer ao paciente para não se mover, para evitar hiperflexão podendo lesionar a medula, não pode colocar o colchão caixa de ovo nesse primeiro momento, durante a avaliação, conforto e acalme o paciente. Em muitos casos eles não sentem alguns ou nenhum membro, então é importante acalmá-lo, explicar a situação, que ele ainda está sendo avaliado e ainda não tem nada conclusivo. Por tanto nessa fase deve-se evitar a hiperextensão da cabeça. No trauma só pode ser usada a manobra de Jaw-Thrust, porque não se pode elevar o mento desse paciente; deve-se retirar secreções e corpos estranhos da cavidade oral; avaliar simetria torácica; estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical; colocar o colar cervical assim que possível ou fazer a tração cervical com um sistema de

halo (halo craniano), para imobilizar e reduzir a fratura ou deslocamento.

Outra intervenção que pode ser atribuída ao enfermeiro desde que o mesmo possua habilidade é a intubação orotraqueal no qual é realizada no momento da abertura de vias aéreas (A). Trata-se de um procedimento que somente poderá ser seguido em caso de risco de morte e sem a presença de um médico presente. Segundo o ordenamento jurídico brasileiro, seria uma condição excepcional, denominada estado de necessidade, a qual autorizaria tal intervenção, sem obstar os riscos e implicações legais pertinentes.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DO PACIENTE COM TRM

O estudo de Pereira e Rosa (2020), demonstra que a função do enfermeiro no APH não se isola somente a assistência, devendo ele participar conseqüentemente de cursos de capacitação técnica e educacional, ainda aplica atividades educativas como instrutor, participa da montagem de protocolos de atendimento e cria conteúdos didáticos para a equipe que deve ser qualificada e treinada (LUTZ, 2022).

O enfermeiro necessita conhecer por completo toda a funcionalidade dos serviços de APH e prevenir e identificar possíveis falhas, uma vez que pode ser considerado corresponsável por um erro cometido por um profissional pelo qual ele designou a exercer uma atividade a qual não estava capacitado (BERNARDES et al., 2009)

É muito importante que os profissionais se esforcem para aprimorar seus conhecimentos teóricos e práticos, a fim de garantir um plano de cuidado melhor, individualizado e integral, considerando as necessidades da vítima, o que garantiria uma melhor adaptação às restrições e sua reintegração à sociedade. A falta de capacitação acabará por repercutir negativamente se o mesmo trabalhar com APH, portanto, o enfermeiro deve avaliar cada profissional e estar ciente que atividade será delegada a cada um.

Contudo, o enfermeiro como qualquer outro profissional do APH deverá estar sempre atento aos cursos de aperfeiçoamento. A partir do momento em que o enfermeiro se tornar capacitado poderá cobrar à sua equipe e também auxiliá-los com o repasse de seu conhecimento para a uniformização das rotinas de atendimento (COUTINHO, 2011).

4 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, que segundo Severino (2013), é realizada a partir de materiais disponíveis, já trabalhado por outros pesquisadores, incluindo os artigos científicos e documentos utilizados.

Para o levantamento de dados, foi realizada uma busca por artigos e documentos que abrangessem a temática, que foi realizada entre os meses de fevereiro a novembro de 2022, por meio de revistas acadêmicas e web sites governamentais. Para elencar esses dados foram utilizadas publicações entre os anos 1999 a 2022, sendo que os decretos,

leis e resoluções em sua maior parte foram publicações originais, em língua portuguesa, disponibilizados via web sites.

Após uma pesquisa inicial acerca do tema, realizado uma leitura minuciosa, que serviu como base para escolha de dados, de acordo com o objetivo do artigo, que buscou demonstrar a importância da capacitação direcionada aos profissionais de enfermagem que atuam no APHM, bem como apontar as formas de abordagem para o sucesso no atendimento como critério de estratégia para garantia de sobrevivência da vítima, suprimindo suas necessidades específicas.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A energia transmitida através do impacto são as responsáveis por lesionar a medula espinhal; NUNES, 2017, afirma que essa lesão é caracterizada pela ruptura das membranas, BOTERO, GÓMEZ, CHAPARRO condiz com essa concepção já que através desse choque causa a destruição de elementos que servem para a proteção e funcionamento do cordão medular.

BARRETO, ABR et al., 2014 aborda algumas complicações que os pacientes com TRM podem desenvolver, por consequências das lesões. O trauma raquimedular pode ocorrer devido a vários fatores acidentais, BENNET, 2014 aponta os acidentes automobilísticos os maiores causadores de lesões comparados aos outros, visto que um incidente dessa magnitude pode levar a sequelas permanentes, segundo MUTTI, AMARAL, 2008 complementa, considerado um acontecimento grave e por isso, gera lesões irreversíveis.

O primeiro estudo da NASCIS, aponta que para o tratamento medicamentoso deve-se administrar em altas doses o metilprednisolona, já o segundo demonstrou que administração em bolus de alta dose após 8 horas pode reduzir as sequelas.

SILVA EAC, 2010 e SOUZAJT, 2010 abordam a melhora das unidades móveis após os avanços tecnológicos como serviços telefônicos, velocidade, climatização e uma abundância de ferramentas terapêuticas. MARTINEZ-ALMOYNA,1999 e RAMOS, 2008 mostram quando o SAMU entrou em vigor oficial, em diferentes lugares, iniciando com a França em 1986 e Ribeirão Preto no Brasil em 1996, pode-se dizer que a França foi a pioneira na criação desse serviço e que o Brasil se inspirou nesse modelo.

As regras existem para serem seguidas, permitindo uma eficácia na execução, DOLOR, 2008, traz que o Dr. J. Deke Farrington estimulou o desenvolvimento do APHM por meio de protocolos, elaborou listas de equipamentos, estabeleceu padrões de transportes e criou o primeiro programa para treinar socorristas.

A estabilização cervical no atendimento pré e intra-hospitalar é uma das partes principais para evitar que o paciente não sofra com lesões secundárias GARCIA,2019, afirma essa importância e atribuem a função para o enfermeiro.

Segundo ALMEIDA; ÁLVARES, 2019 e PEREIRA; LIMA,2009 o enfermeiro é responsável por organizar não só as suas funções, mas de toda a equipe, além de realizar seu serviço no atendimento primário, é ele quem assume o papel de coordenador da equipe que deve registrar e relatar os cuidados prestados ao paciente.

Os acidentes envolvendo o TRM é bastante corriqueiro, como foi citado ao decorrer do artigo. Para exercer essa função é necessário preparação específica para enfrentar as diversas situações que venham ocorrer, sejam elas relacionadas ao tempo, espaço ou materiais, BERNARDES, 2009 e COUTINHO, 2011 expõem a importância da sua capacitação para não ocorrerem erros que possam colocar em risco a vida do paciente e a sua profissão.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A maioria dos resultados encontrados, mostrou que o enfermeiro é um profissional habilitado a praticar várias condutas para salvar vidas, ressaltando que no atendimento com uma pessoa vítima do TRM exige suas restrições na abordagem, buscando sempre a sua capacitação.

Entende-se que a lesão medular afeta a coluna vertebral podendo ser parcial ou total, dependendo do caso em que as pessoas afetadas por TRM sofram complicações irreversíveis. Diante disso o incentivo para os profissionais de saúde continuarem se capacitando nessa área é de total importância, visto que a maioria dos agravamentos por trauma na medula é a abordagem incorreta.

Constatou-se que as atribuições do enfermeiro no APH vai muito além do cuidar ao paciente, visto que desempenha um papel na gestão como a responsabilidade de gerenciar situações, treinar a sua equipe, que poderá oferecer a qualidade adequada nos serviços prestados.

A equipe do APH, juntamente ao enfermeiro, exerce papel fundamental à paciente vítimas de TRM, identificando com rapidez situações que ameacem a vida e cumprindo ações que possibilitem a estabilização das funções vitais (ventilatória, circulatória e neurológica), prevenindo, protegendo e recuperando a saúde do paciente vitimizado.

“Os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram de cuidados”, como salientou a enfermeira Marie Françoise Collière, citada por Moreira e Oguisso (2005), que assim continua: “Cuidar é o ato de vida que tem como fim, primeiro e antes de tudo, permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”(DOLOR, 2008).

REFERÊNCIAS

BARRETO ABR et al. Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. 2014. 10 Pg. Disponível em [principais_complicacoes_traumatismo_raquimedular.pdf](#) (saude.gov.br).

BATISTA O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: uma revisão da literatura. 2014. Disponível em [ELTO PERES BATISTA - EMG - TCC.pdf](#) (ufsc.br).

BENETT, M, I the screening tools bouhasshira. d. epidemiology of neurophatic PAIN. 2007 Disponível em [Página PDF] Usando ferramentas de triagem para identificar a dor neuropática (researchgate.net)

CORGOZINHO, M, M Atribuições do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. 2019. Disponível em [Atribuições do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar](#) (nucleodoconhecimento.com.br)

DOLOR, A, L, T Atendimento pré-hospitalar: Histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos-legais. 2008. 118 Pg. Disponível em (Microsoft Word - disserta\347ao. andre dolor.2008.doc) (usp.br).

GARCIA, P, C Trauma Raquimedular. 2019. 5 Pg. Disponível em [Resumo - Trauma Raquimedular](#) (studocu.com)

LUTZ, A, L. Atribuições do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar: Revisão Integrativa. 2022. 20 Pg. Disponível em [Anderson Leonardo Lutz](#) (animaeducacao.com.br).

NUNES D. M et al. Fisiopatologia da lesão medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. 2017. 17 Pg. Disponível em [1030-Texto do Artigo-3842-1-10-20170614 \(1\).pdf](#).

RAMOS, V, O et al. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico perspectivas atuais. 2008. 6 Pg. Disponível em [SciELO - Brasil - A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais](#) A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais.

SILVA, E, A, C, et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar 2010. 7 Pg. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Disponível em [Vista do Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar](#) (ufg.br).

SISCÃO, Marita P. et al. Trauma Raquimedular: caracterização em um hospital público. *ArqCiênc Saúde*. 2007. 3 Pg. Disponível em [04 - ID 129](#) (famerp.br).

YOUNG-TAE KIM, JON-MICHAEL CALDWELL, RAVI V. BELLAMKONDA, Nanoparticle-mediated local delivery of methylprednisolone after spinal cord injury, *Biomaterials*, Volume 30, Issue 13, 2009, Pages 2582-2590, ISSN 0142-9612, Disponível <https://doi.org/10.1016/j.biomaterials.2008.12.077>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0142961209000040>)effectiveness compared to bare MP administered either systemically or locally.

CONHECIMENTOS E DESAFIOS SOBRE PARADA E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM ATUANTE EM UM HOSPITAL DO INTERIOR GAÚCHO

Data de aceite: 02/01/2023

Sandra Maria de Mello Cardoso

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

Lucimara Sonaglio Rocha

Doutorado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

Andressa Peripolli Rodrigues

Doutorado em Pós-Graduação em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

Gisele Schliotefeldt Siniak

Mestranda em Ensino Científico e Tecnológico. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Suzete Maria Liques

Mestranda em Ensino Científico e Tecnológico. Gerente da enfermagem do Hospital Santo Ângelo/RS

Heron da Silva Mousquer

Especialista em Enfermagem do Trabalho e MBA em gestão hospitalar. Responsável técnico do SAMU de Entre-Ijuís/RS

Neiva Claudete Brondani Machado

Mestrado em Educação Nas Ciências. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

Marieli Teresinha Krampe Machado

Mestrado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

Margot Agathe Seiffert

Mestrado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Participante do Grupo de Pesquisas em Saúde e Bem-Estar

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) representa um acontecimento dramático, no qual o tempo representa um fator decisivo para a sobrevivência do indivíduo. Essa pesquisa tem como objetivos identificar os conhecimentos, desafios e as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória no setor de urgência e emergência. O objetivo específico foi identificar quais os conhecimentos científicos que devem orientar as ações do técnico de enfermagem dentro da equipe multidisciplinar. É uma pesquisa qualitativa, descritiva. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Os participantes foram técnicos em enfermagem e enfermeiros (as), vinculados à instituição hospitalar que possua serviço de emergência e urgência, em um município do RS. A análise dos dados foi mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos nesse estudo mostrou que os profissionais da saúde precisam buscar conhecimentos e se capacitarem sobre o assunto proposto a fim de que possam prestar um atendimento de excelência ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: RCP, capacitação, equipe de saúde.

ABSTRACT: Cardiorespiratory arrest (CPA) represents a dramatic event, in which time represents a decisive factor for the individual's survival. This research aims to identify the knowledge, challenges and main difficulties encountered by the nursing team in the face of cardiorespiratory arrest in the urgency and emergency sector. The specific objective was to identify which scientific knowledge should guide the actions of the nursing technician within the multidisciplinary team. It is a qualitative, descriptive research. Data were collected through semi-structured interviews. The participants were nursing technicians and nurses, linked to the hospital institution that has an emergency and urgency service, in a municipality in RS. Data analysis was based on content analysis of the subjects' statements. The guidelines and regulatory norms for research with human beings, from Resolution 466/12 of the National Health Council, were respected. The results obtained in this study showed that health professionals need to seek knowledge and train themselves on the proposed subject so that they can provide excellent patient care.

KEYWORDS: CPR, training, health team.

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) representa um grande desafio para os que a presenciam e pode ser definida a cessação da atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de sinais de circulação¹. Para tentar restabelecer a circulação espontânea do paciente, devem ser realizadas as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), as quais fazem parte de uma intervenção rápida, apropriada, coordenada e padronizada, para que se alcance o sucesso em sua reversão. É uma situação de emergência, com dados epidemiológicos distintos, conforme o ambiente de sua ocorrência, se extra ou intra-hospitalar².

Em adultos, a PCR intra-hospitalar apresenta uma incidência de 1,6/1.000 admissões

e em 52% das vezes ocorre na unidade de terapia intensiva (UTI). A sobrevida geral é de 18,4%, variando entre 10,5%, quando o ritmo inicial detectado não for passível de choque, e 49%, se ritmo passível de choque. No cenário nacional, um estudo unicêntrico detectou 536 pacientes submetidos à RCP durante o período de 5 anos, com sobrevida de 16,2% em 1 mês. Em outro estudo nacional, multicêntrico, com uma população total de 763 pacientes com PCR, dos quais 360 apresentaram a parada na UTI e na unidade coronariana, a sobrevida foi de 13% até a alta hospitalar¹.

Mesmo com os avanços dos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, no Brasil, muitas mortes estão relacionadas à PCR súbita. Para que o Suporte Básico de Vida (SBV) seja concretizado com eficiência é necessário o reconhecimento rápido e a realização das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), utilizando de compressões torácicas de boa qualidade. Em situações de emergência há ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, o que exige medidas terapêuticas imediatas. Já as situações de urgências, requerem assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de se evitar agravos e sofrimento ao paciente².

Serviços de urgência e emergência são unidades referência para pacientes críticos, como também são portas de entrada hospitalares do sistema de saúde brasileiro. São conhecidas igualmente pelas grandes demandas, superlotações, grande desgaste de pacientes na busca por atendimento, e do profissional, na tentativa de proporcionar atendimento digno³.

Anualmente, no Brasil, muitos são os óbitos ocorridos relacionados à parada cardiorrespiratória. Estima-se algo em torno de 200 mil PCRs ao ano, sendo que 50% ocorrem no ambiente intra-hospitalar, mesmo com os avanços em relação a prevenção e tratamento⁴.

A PCR representa um acontecimento dramático, no qual o tempo representa um fator decisivo para a sobrevivência do indivíduo. Cada minuto de permanência em PCR diminui em 10% as chances de sobrevida do paciente. O primeiro procedimento a ser realizado em situação de parada cardiopulmonar é a ressuscitação cardiopulmonar, com o intuito de garantir a sobrevivência da vítima e reduzir as chances de sequelas causadas pela PCR⁵.

O início da RCP deve acontecer quando a vítima for irresponsiva e não estiver respirando adequadamente. Confirmada a ausência de pulso, inicia-se a massagem cardíaca externa, que compreende compressões torácicas sobre a porção central do esterno, que é empurrado para o interior do tórax, comprimindo o coração contra a coluna e facilitando o seu esvaziamento².

Pacientes em PCR provocam uma mobilização para os profissionais da saúde, ocasionando muitas vezes um momento de estresse, na medida em que salvar a vida do outro é um desafio coletivo⁶. Por isso a AHA⁷ afirma que uma equipe dedicada, que realiza capacitação e treinamentos, desempenha melhor suas habilidades e minimizam os erros

neste tipo de atendimento.

A American Heart Association⁷, a cada cinco anos publica novas recomendações das Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), tanto para leigos quanto para profissionais da saúde. A última publicação ocorreu em outubro de 2015, e por isso a importância das equipes de saúde tomarem conhecimento e se capacitarem acerca do tema, para que possam se manter constantemente atualizados⁸. Como os profissionais de enfermagem, na grande maioria dos casos, por assistirem diretamente o paciente, são os primeiros a identificar uma PCR. Portanto, eles precisam atualizar os conhecimentos e estarem alinhados com as diretrizes internacionais bem como aprimorar as habilidades para que a RCP seja prestada com qualidade⁹.

Dessa forma, essa pesquisa se justifica pelo fato de obter melhores conhecimentos sobre a atuação da equipe de enfermagem na unidade de emergência e urgência frente pacientes com cardiopulmonar, proporcionando, se necessário, em outro momento capacitação sobre o assunto. Tem como objetivo geral identificar os conhecimentos, desafios e as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem frente à parada cardiopulmonar no seu ambiente de trabalho. E como objetivo específico identificar quais os conhecimentos científicos que devem orientar as ações da equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada em unidade de emergência e urgência de um hospital no interior gaúcho. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas em locais reservados¹⁰. Os participantes foram técnicos em enfermagem e enfermeiros (as), vinculados à instituição hospitalar que possua serviço de emergência e urgência, em um município do RS. A pesquisa somente teve início após aprovação do Comitê de Ética sob o Parecer 3.394.679. Foram considerados como critérios de inclusão: ser técnicos em enfermagem ou enfermeiros (as) vinculados ou que já tiveram vínculo com o serviço de urgência e emergência de uma instituição hospitalar. Como exclusão: estar afastado no período de coleta de dados. Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2019. A análise dos dados foi mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos¹⁰.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. Os sujeitos foram informados do objetivo do estudo, bem como o direito a participar ou não da presente pesquisa, e livre decisão de desistir se assim o desejar, não resultando de sua participação ou recusa, nenhum risco a sua condição de participante da pesquisa. Para que seja mantido o anonimato dos participantes da pesquisa,

eles foram identificados pela letra E (Entrevistado) acrescida por números de 1 a 10 (E1, E2...). Os dados foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Federal Farroupilha, sob o Parecer 3.394.679. Após analisadas as etapas, realizou-se a descrição dos resultados e a discussão com a literatura pertinente, emergindo duas categorias: Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória e Atualização sobre RCP pela equipe de enfermagem.

RESULTADOS

A idade dos entrevistados variou entre 23 e 43 anos. Em relação ao sexo, 02 são masculinos e 08 femininos. Todos os entrevistados são técnicos em enfermagem, sendo que 02 atuam atualmente em pronto socorro, 02 em laboratórios e os demais em clínica médica, mas já passaram pelo serviço de urgência e emergência anteriormente. Somente 01 atua na área há mais de 10 anos, os demais atuam há menos de 05 anos.

DISCUSSÃO

Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória

A PCR é definida pela ausência das funções cardíacas e pulmonares, pois faz com que os órgãos deixem de ser providos de oxigênio para a sua manutenção vital. Estima-se que no Brasil 100.000 paradas cardiopulmonares (PCR) ocorrem todos os anos dentro de hospitais. As equipes de enfermagem, por estarem mais próximas aos pacientes, evidenciam primeiro a PCR, iniciando as manobras de SBV, para na sequência continuarem os procedimentos e intervenções sob o comando de um médico¹².

Os profissionais que atuam mais próximo ao paciente no ambiente hospitalar, são os técnicos em enfermagem e geralmente são os primeiros que respondem a uma PCR. Por isso podem contribuir para o sucesso do atendimento e melhor prognóstico do paciente vítima dessa situação. No entanto, identificar os fatores que dificultam a ação da equipe de enfermagem durante uma parada cardiorrespiratória torna-se relevante, pois pode contribuir para melhorias na assistência prestada ao paciente. Nesse sentido, há alguns elementos que dificultam o atendimento aos pacientes em PCR, sendo imprescindível a identificação dos mesmos para busca de melhorias:

- Insegurança pessoal, falta de habilidades, (E 1).
- Falta de treinamentos, (E2).
- Cansaço físico para quem está massageando (E3)
- Falta de habilidade e experiência (E4, E10)
- Falta de prática (E8)

- compressões torácicas (E9)

Nesse estudo foi possível perceber que a falta de habilidades e prática dos profissionais envolvidos neste tipo de atendimento pode comprometer a vida de alguém pela falta de qualidade no atendimento prestado ao paciente, além da possibilidade de provocar falhas graves e irreversíveis no processo de assistência às vítimas de PCR. E justamente os técnicos em enfermagem, que geralmente são os primeiros a presenciar uma PCR no hospital precisam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para que a RCP seja efetiva. A insegurança pessoal relatada pelo E1 em atender um paciente com PCR, ou falta de habilidade, treinamento, prática relatados pelos E2, E3, E4, E8 e E10 podem ser causadas pela pouca atuação desse profissional nestes episódios, pois apenas 02 dos entrevistados atuam atualmente em pronto socorro, faltando a eles a devida prática e capacitação. No entanto significa 60% dos entrevistados, que se não estão atuando agora em urgência e emergência, atuaram e irão atuar novamente nesses serviços, e não devemos esquecer também que pode ocorrer também nas unidades uma RCP.

A RCP é um processo complexo e é necessário preparo para atuar diante de situações emergências que exigem esse procedimento por parte da equipe de enfermagem. No entanto, os profissionais que atuam nas enfermarias, não tem uma organização estabelecida para atuar frente a uma reanimação cardiopulmonar em relação aos profissionais da emergência, que se organizam cotidianamente¹³. Em outro estudo também ficou evidenciado que o conhecimento e as habilidades, dos profissionais da saúde, para atuar diante de uma PCR, são poucos e o treino fica cada vez mais importante para direcionar as ações durante a assistência prestada¹⁴. Já em outro, 68,7% dos enfermeiros, demonstraram conhecimento sobre a técnica de compressão torácica⁹.

No momento da constatação da PCR, é fundamental iniciar prontamente, as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas e de equipamento adequado. Na sequência, alguém dentro da equipe com conhecimento científico e habilidade, capaz de transmitir segurança à equipe, deve guiar a atuação de forma objetiva e sincronizada:

- falta de organização da equipe que está realizando a RCP (E5)

A falha na organização do atendimento aliada à falta de conhecimento e habilidades dos profissionais podem provocar equívocos no processo de assistência às vítimas de PCR. O papel que a equipe de enfermagem tem no atendimento à PCR é muito importante, pois é uma situação em que é imprescindível a organização, o equilíbrio emocional, o conhecimento teórico-prático, bem como a correta distribuição das funções nesse tipo de atendimento.

As intervenções nessas situações, oferecidas pelos profissionais da saúde, devem ser executadas em conjunto, de maneira rápida e precisa. Isso, muitas vezes, pode provocar estresse na equipe¹⁵, pois existe a dificuldades de reunir esse grupo de

pessoas multiprofissionais para o atendimento ao paciente em PCR¹⁴. O líder da equipe de enfermagem é o enfermeiro, e ao assumir esse papel deve saber tomar decisões rápidas e determinar as prioridades deste atendimento, de forma a sistematizá-lo e organizá-lo:

- ... ausência de liderança no momento ocorrido(E1)

Os enfermeiros, por serem considerados líderes da equipe, devem se apropriar de conhecimentos e saberes atualizado com o intuito de disseminar esse aprendizado com os demais da sua equipe, a fim de ofertar uma assistência de qualidade, aumentando assim os índices de sobrevivência dos pacientes acometidos por uma PCR. A presença de um líder no cenário melhora a qualidade da RCP¹³. Isso possibilita ao técnico em enfermagem melhor desempenho e maior segurança, com o intuito de minimizar os erros neste tipo de atendimento. Esse tipo de atitude provoca segurança na equipe, fazendo com que as intervenções sejam realizadas de maneira precisa e rápida, desenvolvendo a consciência que salvar a vida do outro é um desafio coletivo. Além disso, a American Heart Association (AHA)⁷ traz atualizações e discussões resuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência (ACE) a cada 05 anos. Diante disso é necessário que os profissionais busquem essas atualizações frequentemente:

-atualização das diretrizes no qual o profissional teria que realizar treinamentos, simulados de RCP (E2).

As diretrizes da American Heart Association 2015⁷ destaca o uso da tecnologia no manejo da PCR, almejando uma rápida ação, bem como da importância da formação adequada e de ações coordenadas para ampliar as possibilidades de sobrevivência pós-parada⁴. As recomendações, além de se reportar a minimizar atrasos no início do atendimento, também incentiva a capacidade de se ter habilidades na avaliação e na resposta simultâneas⁷. Isso com certeza requer treino e mobilização, além da integração entre os profissionais da saúde no tocante ao atendimento à PCR, valorizando a atuação de cada ator nesse processo de salvar vidas.

Atualização sobre RCP pela equipe de enfermagem

Os treinamentos sobre RCP são muito recomendados, pois quanto mais os profissionais da saúde o fazem, maior é a segurança na sua aplicação¹⁶. No entanto esse treino não deve ser somente no campo teórico, deve ser aliado no campo da prática para que a habilidade de desempenhar uma intervenção rápida, segura e eficaz por parte dos profissionais, seja capaz de modificar a situação de sobrevivência. Nesse estudo foi possível perceber a dificuldade de realizar uma RCP por falta de treinamento:

- ...falta de treinamento (E5)(Trabalha há mais de 10 anos, M)
- ...falta de Habilidade na prática (E6)
- ...falta de praticar (E7)

Para as situações onde há necessidade de fazer manobras de suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV), as equipes de profissionais de saúde devem estar bem preparadas e treinadas, e que sejam capazes de agir de forma rápida e eficaz em suas ações, não bastando apenas que apenas um membro isolado desta equipe seja detentor desse conhecimento e desempenho prático, com o intuito de salvar vidas.

Em outro estudo foi possível observar que grande parte dos profissionais enfermeiros já fez alguma capacitação em RCP (63,2%), sendo que 47,4% realizaram há um ano e 15,8% há mais de um ano⁹.

A relevância da frequência de treinamento é consenso em alguns estudos. A recomendação é para que sejam curtos e frequentes, pois quanto mais vezes acontecer maior a segurança da equipe na aplicação do suporte de vida¹⁶.

No momento em que ocorre uma parada cardiorrespiratória, a equipe tem 04 minutos para restabelecer a circulação, pois após esse tempo há comprometimentos irreversíveis no tecido cerebral. Por isso, diante de uma situação dessas, deve-se iniciar um atendimento de qualidade o mais rápido possível e de forma sistematizada com o intuito de aumentar a sobrevivência do paciente. A sobrevivência por uma PCR está associada a uma cadeia de intervenções, como a detecção rápida dos sinais de PCR, solicitação de ajuda, imediata instituição das manobras de RCP, medicamentos, desfibrilação, entre outros. Por isso a importância da equipe estar treinada e capacitada para uma ação rápida e sistematizada para aumentar as probabilidades de sobrevivência dos pacientes que sofrem uma parada cardiorrespiratória. Estabelecer rotinas e responsabilidades para cada profissional da equipe nessas situações ajuda a uma intervenção efetiva melhorando o prognóstico de sobrevivência do paciente¹⁴.

Nesse estudo foi questionado aos entrevistados se eles têm conhecimento sobre a mudança das diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015 em relação à PCR. Dos 10 entrevistados, 09 afirmaram que sim e 01 não respondeu. No entanto, ao serem questionados sobre o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), 04 responderam que deve ser usado de imediato, 04 (E2, E4, E6, E7) afirmaram que devem ser realizadas compressões torácicas por 10 minutos e só depois usar o DEA e 01 não respondeu a questão.

O DEA é um equipamento portátil, e tem a capacidade representar o ritmo cardíaco, selecionar o nível de energia e carregar automaticamente, e cumpre ao operador apenas acionar o botão de choque, quando indicado. Nos 03 a 05 primeiros minutos frente a uma PCR, o coração é muito propício ao choque e após 05 minutos da PCR diminui a amplitude da Fibrilação Ventricular (FV) por causa da redução do substrato energético miocárdico¹⁷. Quando o ritmo do coração está muito rápido e incompetente aos ritmos mais lentos capazes de bombear mais sangue, o desfibrilador é acionado para dar um choque elétrico ao paciente em RCP para tentar modificar esse ritmo do coração e bombear mais sangue. No ambiente intra-hospitalar o desfibrilador faz parte do carrinho de emergências junto com

outros materiais para emergências cardiovasculares¹⁸.

Em relação à frequência das compressões torácicas, pela atual diretriz⁷ é de 100-120/min e a profundidade das mesmas em adultos é de até 6 cm, no máximo. Nesse estudo 09 disseram ser concordaram com a afirmação e 01 não respondeu. Os principais aspectos a serem atentados nas compressões são frequência, profundidade, retorno do tórax a cada compressão e interrupção mínima.

A atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2019¹⁷ reafirma que frequência de 100 a 120 compressões/minuto e a compressão torácica deve ser realizada com profundidade de, no mínimo, 5 cm, evitando compressões com profundidade maior que 6 cm, permitindo o retorno completo do tórax após cada compressão. As interrupções das compressões devem ser minimizadas para que ocorra oxigenação adequada dos tecidos, e revezamento com outro socorrista deve ser realizados a cada 2 minutos, para evitar o cansaço e compressões de má qualidade.

No entanto, dois entrevistados (E1, E9) afirmaram que o retorno completo do tórax após cada compressão não é necessário. Em relação à ventilação durante a RCP com via aérea avançada estabelecida, as compressões torácicas devem ser aplicadas continuamente (frequência 100 a 120 compressões/minuto) e as ventilações devem ser aplicadas com frequência de 10 por minuto, ou seja, uma ventilação a cada 6 segundos. Porém, 04 dos (E4, E7, E8, E10) entrevistados desse estudo apontaram como errada essa afirmação. Outra pesquisa revelou que apenas 20,6% dos participantes realizavam a compressão torácica de forma adequada, corroborando com os achados desse estudo¹⁹. Em outro estudo foi possível perceber que os participantes apresentaram conhecimento escasso sobre o número de ventilações e compressões realizadas após intubação do paciente⁹. Por isso é muito importante a atualização constante sobre as diretrizes de RCP para tentar reduzir os danos neurológicos bem como a morbimortalidade¹⁹.

Em relação aos medicamentos utilizados na RCP, a vasopressina, que é um hormônio antidiurético com a capacidade de aumentar a pressão arterial em virtude do efeito vaso constritivo, não é mais utilizada, segundo as novas diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015⁷, pois não oferece vantagem em relação à administração da adrenalina e não deve ser utilizada de rotina na PCR, bem como a noradrenalina, que possui como uma de suas funções aumentar a energia química no organismo para dar respostas rápidas em situação de estresse, não tem demonstrado benefícios adicionais durante a RCP, e portanto não sendo mais recomendada. Ainda segundo as novas diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015⁷, a vasopressina administrada junto com a epinefrina, não traz benefícios e para simplificar a vasopressina foi removida no atendimento a RCP, ficando como droga de escolha o vasopressor epinefrina. No entanto 01 dos entrevistados (E2) desse estudo afirma que a vasopressina ainda deve ser utilizada. Outro estudo corroborou com esses, pois também o conhecimento dos participantes sobre

essa mudança foi baixo, apenas 40% conheciam esta atualização¹⁹.

Acessar informações sobre à PCR e buscar a capacitação é importante para os profissionais da saúde, sobretudo da enfermagem, pois geralmente são os primeiros a presenciar o evento¹⁹. O conhecimento é tido como o ponto de partida para a tomada de decisão, com o intuito de promover a qualidade na execução dos procedimentos à vítima de RCP e manter a vida do paciente. Por isso, por ser a administração de medicamentos uma prática desenvolvida pela equipe de enfermagem, é de extrema importância que apresentem domínio nessa técnica, pois os mesmos têm muitas responsabilidades em situações em se apresenta uma RCP²⁰.

É necessário que os profissionais se apropriem de conhecimento sobre sua função dentro da equipe para que sua atuação seja rápida e eficaz, com conhecimentos científicos e habilidades técnicas para aperfeiçoar o atendimento e reduzir mortes e danos devidos a PCR⁸.

A capacitação deve inclusive perpassar por uma revisão teórica, pois mesmo que os profissionais da enfermagem não decidam qual medicação aplicar, precisam mesmo assim saber para agilizar o processo em uma situação de RCP, pois fazem parte de uma equipe multiprofissional, onde o tempo no atendimento é valioso, ou seja, antecipar o preparo da medicação certa para aplicar imediatamente quando solicitado. Nesse sentido, a equipe toda precisa ser treinada e capacitada para estar alinhada e prestar um atendimento muito mais eficiente, tentando reduzir danos e mortes provocadas pela RCP.

Em 2010, as diretrizes passaram mudanças fundamentais na sequência de procedimentos, mudando de ABC (via aérea, respiração e compressões torácicas) para CAB (compressões torácicas, via aérea e respiração). Esta alteração priorizou as compressões, que devem ser fortes e rápidas, minimizando interrupções e permitindo o retorno total do tórax. No entanto, nesse estudo 50% dos entrevistados (E1, E4, E5, E6, E7) afirmaram que nos dias atuais a sequência correta é ainda ABC: A (abertura das vias aéreas), B (Breathing = Respiração) e C (circulação). Em virtude disso, as capacitações devem ser realizadas periodicamente, não ultrapassando seis meses, pois o conhecimento científico e a habilidade prática dos profissionais determinam o sucesso na RCP e que possam prestar um atendimento que contemple o que é preconizado pelas diretrizes internacionais⁸.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o conhecimento dos técnicos em enfermagem sobre o atendimento à PCR é insatisfatório, podendo assim, influenciar na qualidade da assistência prestada e na sobrevida do paciente nesta situação. As frequentes atualizações no conhecimento da área de saúde exigem que os profissionais estejam sempre se capacitando e se qualificando para prestar um atendimento de excelência ao paciente. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de realizar capacitações periódicas para

este público, a fim de atualizar seus saberes e práticas segundo recomendações da AHA.

REFERÊNCIAS

- 1) Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):427-435. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0427.pdf> Acesso em 20/03/2019.
- 2) Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132(18 Suppl 2):S444-64.
- 3) Lindelma Pereira dos Santos, Nathia Aparecida Monteiro Rodrigues, André Luiz Dantas Bezerra, Milena Nunes Alves de Sousa, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Elisângela Vilar de Assis. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: PRINCIPAIS DESAFIOS VIVENCIADOS PELA ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 3 (1): 35-53, jan./mar. 2016, ISSN: 2358-7490. Disponível em: http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_03.pdf. Acesso em: 20/03/2019.
- 4) SILVA, L. G. S.; CASTRO, M. N.; ANDRADE, V. F. Atuação do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória no ambiente intrahospitalar. Journal of Health Connections, v. 3, n. 2. p.27-45. 2018. Disponível em: revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/download/4966/47964996.
- 5) Braga RMN, Fonseca ALEA, Ramos DCL, Gonçalves RPF, Dias O. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 16, n. 56, p. 101-107, abr./jun., 2018. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4928/pdf Acesso em 21/03/2019.
- 6) Vanderli da Silva Lucena; Fernanda Lima e Silva. Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória: um desafio permanente para o enfermeiro. Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/5-ASSIST%C3%8ANCIA-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-%C3%80-PARADA-CARDIORRESPIRAT%C3%93RIA-UM-DESAFIO-PERMANENTE-PARA-O-ENFERMEIRO.pdf> Acesso em 22/03/2019.
- 7) AMERICAN HEAT ASSOCIATION (AHA). Destaques das Diretrizes da American Association 2015 para RCP e ACE. Guidelines CPR e ECC, 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-GuidelinesHi ghlight s-Portuguese.pdf>.
- 8) Moura JG, Brito MPS, Rocha GOS, et al. Conhecimento e Atuação da Equipe de Enfermagem de um Setor de Urgência no Evento Parada Cardiorrespiratória. J. res.: fundam. care. online 2019. Apr./Jul. 11(3): 634-640).
- 9) Diaz FBBS, Novais MEF, Alves KR, et al. CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O NOVO PROTOCOLO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2017; 7/1822)
- 10) MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo, 2010.

- 11) BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no D.O.U. de 13/06/2013, Seção 1. p. 59.
- 12) FILHO, J.P. et al. DIFICULDADES VIVÊNCIADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Vol.25,n.3,pp.72-77 (Dez 2018 – Fev 2019) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_201929.pdf
- 13) Silva, L. G. S.; Castro, M. N.; Andrade, V. F. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR. Journal of Health Connections, v. 3, n. 2. p.27-45. 2018. Acesso em 31/03/2020.)
- 14) Fernandes, F. L. G. DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA ENFERMAGEM DURANTE A ASSISTÊNCIA A VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. Journal of Medicine and Health Promotion. 2016; 1 (2):189-200. <http://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=13-a354e0da0a9584dff4edcea8f9326482.pdf>. Acesso em 02/04/2020).
- 15) Lucena, V. S.; Silva, F. L. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UM DESAFIO PERMANENTE PARA O ENFERMEIRO. Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427. <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/5-ASSIST%C3%8ANCIA-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-%C3%80-PARADA-CARDIORRESPIRAT%C3%93RIA-UM-DESAFIO-PERMANENTE-PARA-O-ENFERMEIRO.pdf>. Acesso em 31/03/2020)
- 16) Tobase L, Peres HHC, Tomazini EAS, Teodoro SV, Ramos MB, Polastri TF. Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2942. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2942.pdf. Acesso em 03/04/2020).
- 17) Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663. <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>. Acesso em 05/04/2020).
- 18) Oliveira, N. S. Efetividade do desfibrilador externo automático no suporte básico e avançado de vida intra-hospitalar. Relatório final de dissertação apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro –UNIRIO, R.J., 2018. <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2018/dissertacao-norival-santolin>. Acesso em 05/04/2020)
- 19) Barros, F. R. B.; Neto, M. L. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. Enferm. Foco 2018; 9 (3): 8-12 | 13. Acesso em 06/04/2020).
- 20) Pereira, R. S. M., et al. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano. INTESA – Informativo Técnico do Semiárido(Pombal-PB), v.9, n 2, p 01-10, Jun –Dez , 2015).

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 02/01/2023

Aline Lorena Oliveira da Cruz

UEPA - Universidade do Estado do Pará

Amanda Monteiro Correa

ESAMAZ – Escola Superior da Amazonia

Bianca de Lima Dias

UNAMA – Universidade da Amazônia

Carlos Alexandre Carvalho Coelho

FIT – Faculdade Integrada Tapajós

Kely Alves da Costa

CESUPA - Centro Universitario do Estado do Pará

Manuely de Souza Soeiro

CESUPA – Centro Universitário do Estado do Pará

Talita Aparecida Barcelos da Silva

UNOESTE - Universidade do Oeste Paulista

até os estados graves. Caracteriza-se com atendimento de emergência aquele que necessita de atendimento imediato onde o usuário apresenta risco de morte, na urgência o usuário que necessita de atendimento médico, porém pode esperar. Objetiva-se demonstrar a atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência tendo como problemática suas dificuldades diante os serviços emergenciais em diferentes contextos, estudo realizado através de pesquisa integrativa baseada em revisão de artigos existentes em literaturas.

DESENVOLVIMENTO: O enfermeiro emergencista possui ampla atuação nos serviços que prestam esse tipo de atendimento sendo as principais prestações do serviço: a assistência de enfermagem com prestação de cuidados, gerenciamento e liderança da equipe, resultando de seu atendimento com resolubilidade, profissionalismo e proatividade, trabalha objetivando a implementação e consolidação de ações com obtendo resultado redução de taxas de morbimortalidade. **CONCLUSÃO:** O profissional enfermeiro embora obtenha adversidades nos serviços emergenciais possui habilidades e competência para trabalhar com resolubilidade, segurança e qualidade na assistência de enfermagem

RESUMO: INTRODUÇÃO: A atuação dos enfermeiros nos serviços de urgência e emergência tem sido modificado conforme a mudança do perfil de atendimento à população. Os serviços emergenciais possuem objetivo de atender casos de usuários com estado de saúde não urgente

prestada. **REFERENCIAS:** MOURA.A.A.M *et al.* O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Científica de Enfermagem. São Paulo**, pag 10 – 17, out – dez, 2014; ADÃO.R.M; SANTOS.M.R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel; **Revista Mineira de enfermagem.** Ribeirão Preto- SP, pag 601-608, out – dez, 2012.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência. Emergência. Enfermagem. Pré Hospitalar.

NURSE PERFORMANCE IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES - LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: The performance of nurses in urgent and emergency services has been modified as the profile of care for the population changes. Emergency services have the objective of attending to cases of users with a non-urgent health condition up to serious states. Emergency care is characterized as the one that needs immediate care where the user is at risk of death, in the emergency the user who needs medical attention, but can wait. The objective is to demonstrate the performance of nurses in urgent and emergency services, having as a problem their difficulties in the face of emergency services in different contexts, a study carried out through integrative research based on a review of existing articles in the literature. **DEVELOPMENT:** The emergency nurse has a wide range of activities in the services that provide this type of care, with the main features of the service being: nursing care with the provision of care, management and leadership of the team, resulting from their care with resoluteness, professionalism and proactivity, working aiming at the implementation and consolidation of actions with the result of reducing morbidity and mortality rates. **CONCLUSION:** The professional nurse, despite having adversities in emergency services, has the skills and competence to work with resolution, safety and quality in the nursing care provided. **REFERENCES:** MOURA.A.A.M *et al.* The role of the nurse in humanized urgent and emergency care. *Scientific Journal of Nursing.* São Paulo, page 10 – 17, Oct – Dec, 2014; ADÃO.R.M; SANTOS.M.R. Nurses' role in mobile pre-hospital care; *Journal of nursing in Minas Gerais.* Ribeirão Preto- SP, page 601-608, Oct – Dec, 2012. **KEYWORDS:** Urgency. Emergency. Nursing. Pre - Hospital.

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência são prestados em unidades hospitalares podendo ser móvel ou fixa, o perfil dos usuários são os que necessitam de atendimento médico hospitalar emergencial em situações agudas apresentando risco de vida ou risco iminente de morte. São caracterizados como atendimento prioritário, primordial e necessário a população onde necessitam de atendimento imediato frente a caráter urgente garantindo ao usuário que haja atendimento com resolutividade, qualidade, avaliação primária diagnóstica e terapêutica objetivando prestação do cuidado sistematizado afim de garantir a integridade e manutenção da saúde do usuário (MOURA, 2014).

Enfermeiros são os principais responsáveis por realizar atendimento emergenciais, estão diretamente inseridos na assistência propriamente dita assim como gerenciamento

da equipe, planejamento e proventos de materiais técnicos, atuam diretamente na criação e implementação de protocolos e fluxos intra e extra hospitalar, promovendo prestação de serviço especializado dinâmico, abrangente e de grande competência, sendo considerado um dos principais profissionais inseridos nos processos emergenciais.

Evidencia-se que enfermeiros que trabalham nos setores emergenciais procuram constantemente construção e edificação de medidas que fortifique o planejamento, promoção e qualificação e da assistência de enfermagem prestada objetivando romper paradigmas e agregar valor ao atendimento. Vários obstáculos são identificados sendo considerados um problema de saúde pública que criam barreiras para a prestação do atendimento desses profissionais, como: Superlotação das unidades emergenciais para buscar tratamento afim de buscar impressão diagnósticas nos serviços de urgência, falha no redimensionamento tendo como consequência déficit de efetivo de equipe técnica para atendimentos básicos, problemas estruturais e sistemático como a criação e implementação de fluxos e protocolos assistenciais para a equipe. A falta de segurança da equipe diante a fragilidade de trabalhar em unidades de que necessitam de atendimento a usuários graves resulta em insegurança da equipe.

O Desenvolvimento e organização do trabalho em equipe evidenciado nas urgências, o enfermeiro deve ser estimulado a ter sendo crítico e ser um formador de opinião dentro da unidade, estas atitudes evidenciam estratégias que formam embasamento para que o profissional se torne apto para fomentar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) promovendo a aplicabilidade adequada as condições a qual a equipe atua.

Considera-se o enfermeiro um profissional empoderado, capaz de promover gerenciamento de equipe e medidas burocráticas de qualidade de forma estratégica e científica. Afim de fomentar trabalho de forma efetiva com minimização de taxas de mortalidades nas unidades emergenciais, são necessário medidas a serem tomadas de médio a longo prazo para serem trabalhados com a equipe como supervisão e capacitação regular aos prestadores da assistência emergencial, promoção de atualização de cursos e capacitações externas e coordenação de atividades, a partir do conhecimento do seu perfil de atendimento é possível realizar alinhamento de estratégias para atendimento priorizando os protocolos e fluxos assistenciais (MARIA, 2012).

Objetiva-se discorrer sobre a atuação do enfermeiro nas unidades de urgência emergência devido as atribuições dos enfermeiros serem as mais diversas ao mesmo desde a assistência de enfermagem prestada propriamente dita até o gerenciamento de equipes e atendimentos entre polos de atendimento hospitalares, fixos ou móveis. Esses profissionais são primordiais, obrigatórios e fundamentais para manutenção da vida dentro desse perfil de unidades estudados aqui. Atuam como integrante a equipe multiprofissional oferecendo assistência dinâmica, complexa e de qualidade embora existam adversidades que promovam desmotivação, a equipe busca trabalhar de forma de forma objetiva visando garantir o acesso dos usuários ao atendimento e diminuição de agravos que ameaçam a

vida (SILVA, 2018).

Visto a fundamental importância do reconhecimento e trabalho da equipe de enfermagem dentro das unidades que ofertam serviços de urgência e emergência, houve uma grande mudança das últimas décadas e o enfermeiro vem ganhando empoderamento e espaço para realização de procedimentos promovendo terapêutica adequada e de qualidade, sendo sua abrangência ampla no âmbito assistencial e gerencial, cêebre profissional com conhecimento técnico-científico atuando na patenteação de procedimentos e reorganização do sistema de saúde em todas as esferas (Adão, 2012).

Na elaboração deste trabalho foi realizado um estudo de revisão bibliográfica onde foi realizada revisão de literatura nos últimos 10 anos de artigos científicos. Foram utilizados seis artigos científicos tendo como critério de inclusão os artigos relacionados ao tema urgência e emergência e atuação dos enfermeiros em unidades emergenciais. Análise dos dados encontrados foram realizadas através de leitura dos textos selecionados.

2 | DESENVOLVIMENTO

Os serviços de urgência e emergência são conceituados como atendimentos prioritários onde usuários que apresentam risco iminente de morte ou sofrimento agudo, intenso e caracterizados como decisivos que necessitam ser triados otimizar tempo e tipo de atendimento a ser realizado com o indivíduo sendo ele dentro ou fora do âmbito hospitalar em um complexo básico ou avançado. Conceitua-se atendimento de urgência aquele cujo é necessário realizar com esportize, rapidez, em caráter urgente, necessita de atendimento rápido, eficaz e imprescindível. O atendimento de emergência deve ser realizado em uma situação crítica, onde o usuário apresenta risco iminente de morte não podendo desta forma aguardar por atendimento (MOURA, 2014).

Adão 2012, retoma os fatos históricos relacionado aos atendimentos emergenciais no Brasil, reflete sobre a trajetória de atendimento antigamente que foi empregado a primeira ambulância movida a tração com uso de animais, foi realizado o levantamento da necessidade e aplicabilidade desta ação e este atendimento foi iniciado através de autorização por votação em senado no ano de 1893. No decorrer do avanço da modernidade, ocorreram as ampliações das complexidades de demandas dos atendimentos e desta forma foram estendidas para outras especialidades e órgãos como corpo de bombeiros que realizam esse tipo de atendimento até nos dias atuais promovendo serviços de resgate.

A equipe de enfermagem está diretamente ligada ao atendimento do usuário desde o momento do acionamento até a sua alta hospitalar. É essencial que a equipe obtenha conhecimento técnico científico ampliado para realizar atendimento de qualidade e eficaz diante as situações emergenciais. Reforça que a enfermagem se enquadra em três tipos de categorias principais que são consideradas primordiais diante as situações de urgência e emergência, sendo elas: Atendimento especializado emergenciais por uma equipe treinada

e equipada em condições de realizar prestação da assistência ao usuário, atuação primordial da equipe no serviço de triagem, avaliação e notificação de casos e gerenciamento da equipe de enfermagem pelos enfermeiros de plantão atuando como líder nato realizando provendo de materiais e recursos necessários para o devido funcionamento de sua unidade seja ela móvel, fixa, avançada ou básica (SILVA, 2018).

A equipe de enfermagem trabalha nos serviços de urgência embasado nas seguintes legislações: Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) a qual dispõe sobre a implantação sistematização da assistência de enfermagem em todas as unidades de serviços que disponham de urgência e emergência e o parecer do COFEN nº 36/2014 que dispõe sobre a obrigatoriedade de ter um enfermeiro em todas as unidades que prestam serviço de atendimento de urgência e emergência. Analisando este contexto jurídico, se faz necessário a presença de um enfermeiro como gestor e componente de uma equipe multiprofissional participe de um time que presta serviço de atendimentos urgentes não podendo este perfil de unidades atuar sem a presença deste profissional (MARIA, 2012).

Existe uma grande problemática relacionado aos serviços de urgência e emergência, estes ambientes são taxados de ambientes com ritmos acelerados, dinâmicos e intensos, caracterizados por superlotação, podendo ser propício a ser origem de altas taxas de mortalidade e com altos índices de taxas de incidentes e não conformidades. Existe uma grande taxa de atendimentos que são realizados erroneamente nas unidades emergenciais, a população busca essas unidades para resolver os mais variados tipos de resolução como problemas sociais e investigação de problemas de saúde, estes atendimentos deveriam ser realizados inicialmente em uma unidade de atenção primária de saúde, ou seja, nas unidades de atenção básica a saúde. Essas atitudes refletem diretamente em impacto financeiro no Sistema Único de Saúde (SUS) decorrente de internações e alta permanência destes usuários no âmbito hospitalar de nível intermediário, médio e alto. Encontramos também como problemática sobrecarga de trabalho, déficit de dimensionamento da equipe local. (MOURA, 2014).

O enfermeiro possui importante participação e autoria em todos os âmbitos dentro da instituição, porém, existem situações de dificuldade prática de alguns profissionais em seguir protocolos emergenciais, falta de habilidade/treinamento ou insegurança que pode ser ocasionado pela falta de experiência ou pela ausência de treinamentos conforme a rotina e vivência de suas unidades. É necessário que o profissional conheça os fluxos, protocolos internos e externos caso seja necessário para poder realizar atendimento, conhecer e dominar o perfil epidemiológico dos usuários que procuram o serviço emergencial com o objetivo de otimizar o atendimento realizado assim como conhecer as principais fisiopatologias do perfil de seu atendimento com objetivo de estabelecer suas prioridades através da classificação de risco (MOURA, 2014).

A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem é considerada a maior representação da categoria dentro da assistência prestada aos serviços

emergenciais, através dela é possível realizar o traçado do plano de cuidados aos usuários sendo direcionados por essa ferramenta obtendo como resultado organização sistemática do trabalho em equipe (MARIA, 2012).

Os profissionais que trabalham os serviços de urgência e emergência referem várias outras dificuldades em prosseguir com trabalho seguro, humanizado e de qualidade nos ambientes emergenciais. Alguns desses problemas são considerados a falta de conhecimento do ambiente de trabalho a qual o profissional se inseri, organizações e funcionamento ocasionado pela falta de comunicação entre entidade e profissional, falha no dimensionamento correto do profissional de saúde, sobrecarga de trabalho, stress intenso propiciado pela própria dinâmica de atendimento no ambiente de trabalho. Outra relevante situação enfrentada nas unidades emergenciais é a violência acometida a equipe podendo esta ser verbal ou física sendo disparada pelos próprios usuários do serviço quanto familiares e/ou acompanhantes. São considerados fatores de ocasionam frustrações e alterações emocionais nos enfermeiros que realizam este tipo de atendimento nas urgências transformando seu local de trabalho um lugar hostil (ACOSTA, 2012).

O papel do enfermeiro é variado, dinâmico e de muita responsabilidade, conseguimos identifica-lo como principal instrumento de trabalho dentro de um processo de atendimento emergencial. Podendo este profissional estar fixado para realizar atendimentos em unidades móveis e fixas, promovendo cuidados de enfermagem junto a equipe onde o mesmo traça planejamento e execução de cuidados a fim de evitar danos e agravos ao usuário acometido por ameaça de risco iminente a vida.

Sobre isto, SILVA (2018, p.5) acrescenta:

Dentre as funções assistenciais do enfermeiro dentro de uma unidade de pronto atendimento, podemos citar algumas dentro da emergência: Prestação de cuidados ao paciente junto com o médico: Preparação de administração de medicamentos: viabilização da execução de exames especiais, realizando coleta, passagem de sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes; realização de troca de traqueostomia e punção venosa em cateter; curativos complexos; preparação de materiais para intubação; aspiração monitoramento cardíaco e desfibrilação. Dando suporte a equipe médica diante a execução de diversos procedimento; controle de sinais vitais; evolução de paciente e anotação em prontuário.)

A prioridade de atendimento emergencial conhecida como hora de ouro onde se trata da primeira hora de atendimento considerada o principal momento para realizar abordagem após a identificação de lesões traumáticas, a abordagem nesse primeiro momento é considerada primordial e a que definirá o prognóstico do paciente. Neste contexto, temos como principal a efetividade na abordagem do enfermeiro no sentido de gerenciamento de qualidade no atendimento onde o papel desse profissional é realizar estratégias, padronizações de atendimento através de protocolos, metas e treinamentos junto a equipe técnica de atendimento, agindo de forma sistemática e com alto padrão de organização de atendimento e provisão de recursos humanos (ADÃO, 2012).

Sobre os atendimentos em urgências por enfermeiros, no qual conforme a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) possui finalidade de garantir a eficácia nos atendimentos prestados pela equipe garantindo recursos humanos e técnicos, promovendo atendimento de qualidade, humanizado, objetivo e resolutivo obtendo como resultado deste conjunto promoção da terapêutica adequada e reestabelecimento da saúde do usuário (ACOSTA, 2012).

Procedimentos complexos são legalmente realizados pelo enfermeiro como punção intra-óssea, gasometria arterial. Episiorragia, inserção de máscara laríngea e outras, destaca-se a relevância deste profissional para os atendimentos de urgência/emergência em situações onde o usuário apresenta risco iminente de morte, alguns procedimentos podem ser realizados por enfermeiros mesmo não sendo de competência legal de sua categoria, alguns destes se faz necessário justificado por uma situação emergencial. É necessário que o estabelecimento promova a fomentação de protocolos institucionais para respaldo jurídico aos profissionais da equipe técnica (FILHO, 2016).

3 | CONCLUSÃO

Através deste estudo concluímos o fundamental reconhecimento da importância da atuação, necessidade, inclusão e vivência profissional enfermeiro em unidades que ofertam atendimento de urgência e emergência.

O enfermeiro possui habilidades, conhecimento e vivência nas rotinas assistenciais emergenciais nas unidades que ofertam esse serviço, atuam em diversas áreas que ofertam este tipo de serviço desde o âmbito extra – hospitalar trabalhando no transporte destes usuários oferecendo atendimento especializado até a sua alta médica no âmbito hospitalar sendo necessária conforme legislação a existência do profissional enfermeiro nessas acomodações. Promovem atendimento de qualidade, com agilidade e eficácia, atuando dentro dos princípios éticos e legais, sua função tecnicista promovendo valorização da vida humana através da prestação do cuidado sobre traçado de plano terapêutico e desta forma contribui diretamente para redução direta da morbimortalidade de usuários que necessitam de atendimento de urgência e emergência.

Embora obtenham grandes dificuldades em alguns aspectos como ambiente de trabalho hostil, ritmo de trabalho acelerado, gerenciamento de equipe de técnicos de enfermagem diariamente em alguns momentos com déficit, rotinas de atendimentos com procedimentos assistenciais intensas, o enfermeiro é considerado um dos principais profissionais dentro do cenário urgência e emergência, sendo atuante, resolutivo, dinâmico e capaz de realizar atendimento articulado e com participação ativa na tomada de decisão e gerenciamento ao mesmo tempo atuando na resolubilidade dos problemas assistenciais dos usuários do serviço de saúde.

Espera-se com este trabalho contribuir para o entendimento quanto as habilidades,

competências e diversas atuações do enfermeiro no âmbito urgência e emergência, suas dificuldades e necessidades de conhecimento técnico- científico para realizar atribuições tão complexas com o objetivo de promover atendimento seguro e de qualidade aos usuários que necessitam deste perfil de atendimento.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, M. A, et al. **Atividades do Enfermeiro nos Sistemas de Triagem/Classificação de Riscos nos Serviços de Urgência e Emergência: Revisão Integrativa**. Porto Alegre, RS – 2018;

ADÃO.R.M; SANTOS.M.R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel; **Revista Mineira de enfermagem**. Ribeirão Preto- SP, pag 601-608, out – dez, 2012;

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Parecer Nº34/2014. **Dispõe sobre Legislação profissional no que tange a presença de um enfermeiro nas unidades de urgência**. São Paulo, dez – 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-362014cofenctln-2_35938.html

FILHO.L.A.M et al. **Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência**. **Revista EnferFoco**. São Paulo, pag 18 – 23, 2016;

MARIA.M.A, QUADROS.A.A.F; GRASSI.M.F.O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação**. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, pag 297-303, mar – abr, 2012;

MOURA.A.A.M *et al.* **O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência**. **Revista Científica de Enfermagem**. São Paulo, pag 10 – 17, out – dez, 2014;

SILVA.A.M.S.M; INVENÇÃO.A.S. **A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência**. **Revista UNILUS ensino e pesquisa**. São Paulo, v15, n. 39, abr – jun, 2018.

IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM QUEIMADURAS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Data de aceite: 02/01/2023

Rosane da Silva Santana

Faculdade UNINTA-CE
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Agrimara Naria Santos Cavalcante

Hospital Universitário Materno Infantil-UFMA
<https://orcid.org/0000-0002-3778-449X>

Karine Martins Louriano

Universidade Ceuma
<https://orcid.org/0000-0001-5405-3472>

Cristiane Barros Galvão

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – UFMA
<https://orcid.org/0000-0001-8337-7601>

Renata Pinheiro Pedra Fernandes

Universidade Federal do Maranhão-UFMA
<https://orcid.org/0000-0002-6858-284X>

Roseane Costa Vale

Instituição: Universidade Federal do Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-7896-8471>

Francisca Maria da Silva Freitas

Universidade estadual do Maranhão -UEMA
<https://orcid.org/0000-0002-7754-4845>

David Sodré

Hospital Universitário do Maranhão - HUUFMA
<https://orcid.org/0000-0002-4211-0991>

Francinelia de Araújo Caland

Hospital São Marcos
<https://orcid.org/0000-0002-2290-863X>

Thalita Costa Ribeiro

Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins
<https://orcid.org/0000-0003-1198-8176>

Ana Cristina Ferreira Pereira

Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMI), Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8429-5496>

Adriana de Sousa Brandim

Fundação Municipal de Saúde
<https://orcid.org/0000-0003-1486-8903>

Kassia Rejane dos Santos

Faculdade Aliança
<https://orcid.org/0000-0001-8338-6655>

Maria Almira Bulcão Loureiro

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3234-2833>

RESUMO: As complicações ocasionadas pelo trauma de lesão por queimadura podem implicar em danos aos sistemas respiratório, imunológico, cardiovascular e renal, risco de infecção e sepse, sendo uma das principais causas de mortalidade. O objetivo do estudo foi descrever os cuidados da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com queimaduras. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura do tipo exploratória. A busca dos dados foi realizada na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). utilizou-se artigos originais completos e gratuitos que abordassem a temática atuação do enfermeiro no cuidado com pacientes vítimas de queimaduras, que fossem publicados no idioma português no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021. E excluídos artigos que não apresentassem resumo, repetidos nas bases utilizadas e aqueles que não possuíssem informação relevante para atingir o objetivo do artigo. Fizeram parte da revisão 16 artigos, sendo 10 pertencentes à base LILACS e 06 à base SciELO. Evidenciou-se na revisão que as principais ações executadas pela enfermagem são voltadas para a avaliação dos sinais de choque hipovolêmico, no intuito de repor de forma imediata a reposição de líquidos e eletrólitos, segundo a prescrição médica, avaliar as vias aéreas e se necessário fazer a manutenção com oxigênio; realizar a instalação de acessos venosos periféricos para reposição volêmica, ofertar alimentos nas primeiras horas para paciente com pequenas queimaduras, para aqueles com queimaduras médias e grandes devem ser realizada a nutrição enteral nas primeiras 48 a 72 horas. Os cuidados sistematizados, mediante planejamento e utilização de instrumentos favorecem a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários. Isso contribui para uma rápida identificação de problemas e necessidades prioritárias e ainda auxilia na tomada de decisão para a melhoria dos cuidados oferecidos. Intervenções de enfermagem sistematizadas são de grande importância no tratamento dos pacientes com queimaduras, e a implementação de protocolos de atendimento facilitam os cuidados e contribuem para assegurar a qualidade da assistência para a população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Queimaduras. Unidade de queimados.

ABSTRACT: The complications caused by burn injury trauma can result in damage to the respiratory, immune, cardiovascular and renal systems, risk of infection and sepsis, being one of the main causes of mortality. The aim of this study was to describe the care provided by the nursing team in the care of patients with burns. This is an integrative literature review of the exploratory type. The search for data was conducted in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), via the Virtual Health Library (VHL). Articles that did not present abstracts were excluded, as well as those that were repeated in the databases used and those that did not have relevant information to achieve the objective of the article. The review included 16 articles, 10 from LILACS and 6 from SciELO. It was evident in the review that the main actions performed by nursing are directed to the evaluation of signs of hypovolemic shock in order to immediately replace fluids and electrolytes, according to medical prescription, evaluate airways and if necessary perform maintenance with oxygen, perform the installation of peripheral venous access for volume replacement, offer food in the first hours for patients with small burns, for those with medium and large burns should be performed enteral nutrition in the first 48 to 72 hours. Systematized care, through planning and the use of tools, favors communication

between health professionals and users. This contributes to a quick identification of problems and priority needs, and also helps in decision making for the improvement of care. Systematized nursing interventions are of great importance in the treatment of patients with burns, and the implementation of care protocols facilitates care and contributes to ensure the quality of care for the population.

KEYWORDS: Nursing; Burns; Burned Unit.

1 | INTRODUÇÃO

A queimadura é uma lesão traumática causada pelo excesso de calor na pele, podendo destruir as camadas mais profundas, desde a pele até ossos e órgãos, comprometendo as principais funções do organismo (BARROS et al. (2019). Para Secundo et al. (2019), essa lesão interrompe a continuidade da pele, destruindo a primeira barreira do corpo contra agentes infecciosos, além de alterar a homeostase hidroeletrólítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal, que são funções exercidas pela pele.

A lesão por queimadura é resultante de efeitos locais de resposta sistêmica e metabólica do organismo, sendo mais profundas críticas em crianças, devido à espessura de sua pele ser menor, além da dificuldade de adaptação do organismo e pela desproporção da superfície corporal em relação ao peso (RIGON et al., 2019; BARROS et al., 2019).

As lesões por queimaduras dependem de diversos fatores incluindo o tipo de queimadura causada por seu agente etiológico (BRUXEL et al., 2012; BARROS, et al., 2019; PINTO et al., 2022; SOARES et al., 2019). As complicações ocasionadas pelo trauma de lesão por queimadura podem implicar em danos aos sistemas respiratório, imunológico, cardiovascular e renal, risco de infecção e sepse, sendo uma das principais causas de mortalidade (PINTO et al., (2022).

O risco de mortalidade é relacionado ao risco de infecção que pode evoluir com sepse e as complicações pulmonares e musculoesqueléticas. Complicações essas imediatas ou tardias como pneumonia, embolia pulmonar e o processo de reorganização tecidual dos tecidos afetados (MARTINS, VINHAL e MORAIS, 2021),

No Brasil quase 2 milhões da população sofre acidente por queimaduras, atingindo pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. Mesmo com a escassez de dados epidemiológicos, os estudos epidemiológicos existentes são unânimes em afirmar que a maioria das vítimas de queimaduras tem sido as crianças com média de 80% dos casos. A queimadura encontra-se entre as causas externas de morte térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes e/ou frio, substâncias químicas, radiação atrito ou fricção perdendo apenas para outras causas de violentas, que incluem acidentes de transporte e homicídios. (ARAGÃO; et al, 2012).

As queimaduras representam um grande agravo à saúde pública. Pesquisas apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no país, a maior parte ocorre nas

residências das vítimas entre eles a maior participação envolve a de crianças, ocasionados por manipulação de líquidos quentes, mulher que ocorre em casos de acidentes domésticos. E entre os adultos do sexo masculino, as queimaduras mais frequentes ocorrem nas situações de trabalho (BRASIL 2012).

Para uma assistência de qualidade ao paciente queimado é indispensável nível elevado de conhecimento dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro que assiste os pacientes nas 24 horas do dia, sobre alterações fisiológicas principalmente relacionadas a queimaduras e suas consequências (SILVA, 2010).

A equipe de enfermagem deve estar sempre atenta e ter um amplo conhecimento para que possa identificar e proceder nos primeiros momentos até o processo de recuperação garantindo assim uma qualidade no cuidado. É importante ressaltar que os profissionais de enfermagem devem estar sempre em processo de atualização nos conhecimentos para que possa planejar e executar ações simples e complexas com segurança (MACHADO et al., 2015). A assistência de enfermagem é fundamental no cuidado de pacientes com queimaduras e para que o cuidado seja eficiente e efetivo, são necessários procedimentos adequados.

Este estudo teve como objetivo descrever os cuidados da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com queimaduras.

2 | METODOLOGIA

Neste estudo utilizou-se a Revisão Integrativa da Literatura do tipo exploratória, que busca proporcionar maior familiaridade com o assunto, com o problema, para ampliação do conhecimento ou para construir hipóteses (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A busca dos dados foi realizada na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a consulta foi utilizados os descritores queimaduras, lesões, cuidados de enfermagem e hospital, combinados pelos operadores booleanos (AND, OR e NOT).

Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos originais completos e gratuitos que abordassem a temática atuação do enfermeiro no cuidado com pacientes vítimas de queimaduras, que fossem publicados no idioma português no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021. E excluídos artigos que não apresentassem resumo, repetidos nas bases utilizadas e aqueles que não possuísem informação relevante para atingir o objetivo do artigo.

Foram encontrados 382 artigos disponíveis na íntegra em meio eletrônico, e, realizou-se uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos para fazer a seleção daqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão. Fizeram parte da revisão 16 artigos, sendo 10 pertencentes à base LILACS e 06 à base SciELO.

Os artigos selecionados foram analisados e organizados em gráficos seguindo os critérios de ano de publicação e periódicos em que foram publicados. E posteriormente, os conteúdos foram agrupados em categorias, por similaridade semântica que segundo Minayo (2012) são um grupo de conceitos que abrangem as ideias que apresentam características em comum ou que relacionam entre si.

Após análise completa do material bibliográfico selecionado para a pesquisa identificou-se os conteúdos os cuidados de enfermagem no tratamento dos pacientes com queimaduras. De posse do material organizado, os resultados foram discutidos de acordo com referencial teórico, permitindo assim, a redação final do tema pesquisado neste trabalho.

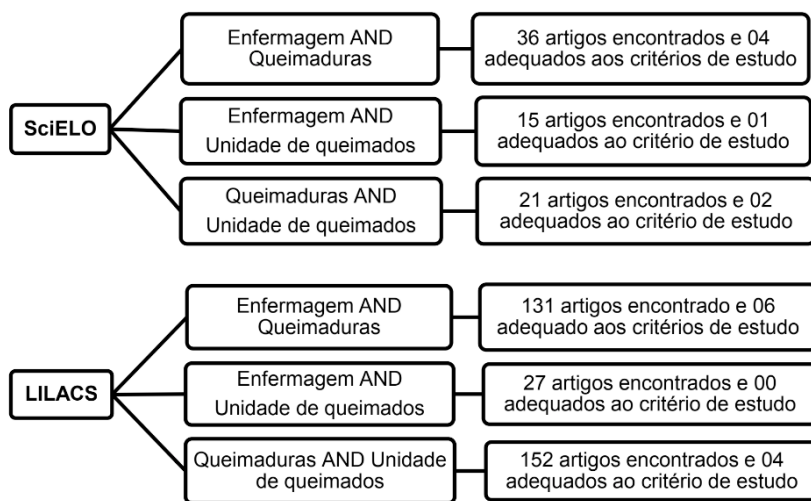


Figura 1. Processo de busca e seleção dos estudos primários. 2021.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Descrição dos artigos

Com relação à caracterização dos estudos incluídos na Revisão Integrativa (n=16), 04 foram publicados em 2011, 01 em 2012, 01 em 2013, 0 em 2014, 0 em 2015, 04 em 2016, 01 em 2017, 01 em 2018, 03 em 2019, 02 em 2020 e 03 em 2021, nas Bases de dados, LILACS, e na biblioteca eletrônica SciELO

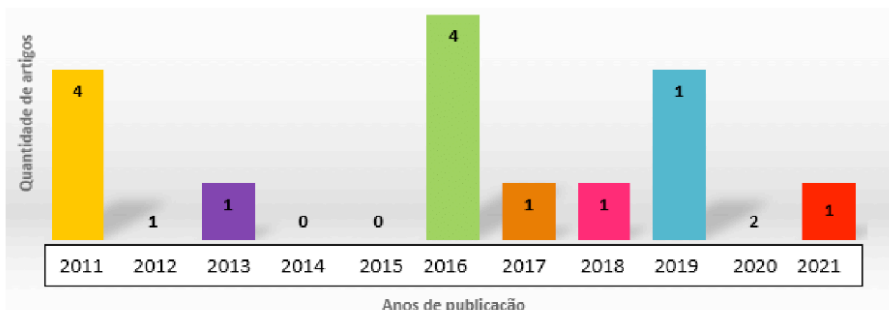
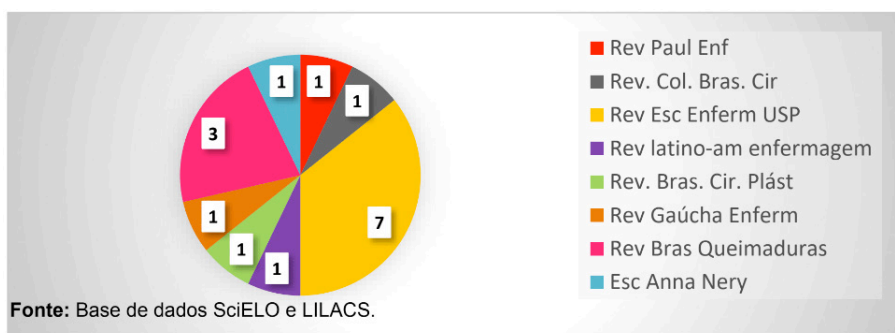


Gráfico 1. Caracterização dos artigos, de acordo com o ano de publicação. 2021.

Fonte: Autoria Própria.



Fonte: Base de dados SciELO e LILACS.

Gráfico 2. Caracterização dos artigos, de acordo com o periódico utilizado. Teresina, 2016

Fonte: Base de dados SciELO e LILACS.

De acordo com gráfico 2, os periódicos que apresentaram maior número de publicações relacionadas ao tema são: Revista Escola de Enfermagem USP (04 publicações), Revista Brasileira de Queimaduras (03 publicações), e as demais como apenas uma publicação.

Cuidados de enfermagem aos pacientes com queimaduras

As ações realizadas pela enfermagem ajudam a minimizar o sofrimento dos pacientes, contribuindo com a qualidade de vida dos pacientes e melhorar na recuperação (SOUZA, 2011). O cuidado sistematizado, mediante planejamento e utilização de instrumentos favorece a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários. Isso contribui para uma rápida identificação de problemas e necessidades prioritárias e ainda auxilia na tomada de decisão para a melhoria dos cuidados oferecidos (FREITAS, et al. 2014).

Quando realizado o atendimento de emergência inicial, os parâmetros essenciais a vida, como nível de consciência, padrão respiratório e padrão cardiovascular devem

ser controlados, iniciando-se a manutenção e a estabilização das condições clínicas do paciente. A enfermagem deve estar atenta para priorizar e sistematizar a sua assistência na continuidade do controle desses parâmetros (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2011).

Entre os papéis do enfermeiro e a equipe de enfermagem nesse cuidado sistematizado está o de controlar a dor pela administração de sedativos e analgésicos, além de providenciar conforto físico e suporte emocional para o paciente. Assim, o cuidado de enfermagem ao paciente queimado é complexo, exigindo amplos conhecimentos técnicos e científicos, como também, ofertar apoio emocional ao paciente e aos familiares, o que poderá contribuir para a reabilitação precoce (DUARTE et al, 2012).

Durante a recuperação dos pacientes queimados, a avaliação diária contribui com a identificação precoce dos domínios que podem estar sendo afetados são essenciais para o prognóstico. Com os dados identificados na avaliação, realiza-se o planejamento e desenvolvimento de cuidados iniciados em etapa precoce do processo de reabilitação, desde a internação, imediatamente após a ocorrência das queimaduras, envolvendo paciente e família e favorecendo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar (ECHEVARRÍA-GUANILO et al, 2016).

Vítimas que sofreram queimaduras térmicas devem receber tratamento imediato, a fim de reduzir a morbimortalidade. Para isso é necessário a efetivação da avaliação das vias aéreas e manutenção, se necessário, com oxigênio; deve ser realizada instalação de acessos venosos periféricos para reposição volêmica, na maioria das vezes calculada pela fórmula de Parkland (atribui 2 e 4 ml para reposição volêmica x peso aproximado x superfície corporal) e ainda se deve avaliar o nível de consciência, considerando a presença de traumatismos cranianos e raquimedular (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2011).

A verificação da oxigenação é um dos cuidados realizados pela enfermagem, consiste na monitorização com oxímetro de pulso e elevação da cabeceira em 30° e hiperextensão da região cervical. Esse cuidado é importante para monitorar os parâmetros ventilatórios e avaliação da necessidade de uso de suporte de O₂ para pacientes com SpO₂ menor que 95%, ventilando espontaneamente (DA SILVA et al., 2018; DE PINHO et al., 2016). Outro cuidado que se destaca é a avaliação dos sinais de choque hipovolêmico para que se possa intervir de forma imediata com reposição de líquidos e eletrólitos, conforme indicação terapêutica adotada pelo médico (SANTOS e SANTOS., 2017).

Outro cuidado realizado pela enfermagem é a oferta de alimentos que deve ser ofertada nas primeiras horas para pacientes com pequenas queimaduras, para as médias e grandes queimaduras, a nutrição enteral deve ser iniciada nas primeiras 48 a 72 horas, em posicionamento gástrico/enteral, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua. Ressalta-se que a infusão contínua de alimentos mantém a motilidade gastrointestinal e a integridade da mucosa, minimizando a estase e a translocação bacteriana. Oferta da dieta deve ser rigorosamente avaliada pelo enfermeiro (DE PINHO et al., 2016; DA SILVA et al., 2018).

Em relação ao volume hídrico, o enfermeiro deve registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea, realizar o cateterismo vesical e controle do débito urinário a cada hora para avaliar resposta à hidratação venosa nas primeiras 24 horas, bem como para avaliação da função renal (SANTOS, 2017; DE PINHO, 2016; DA SILVA et al., 2018).

Os cuidados sistematizados de enfermagem no tratamento dos pacientes com queimaduras são de grande importância, e a implementação de protocolos de atendimento facilitam os cuidados e contribuem para assegurar a qualidade da assistência para a população.

A limpeza das lesões deve ser realizada antes do curativo e sempre com água corrente clorada; em casos de lesão ocular, a lavagem copiosa do olho afetado com solução fisiológica 0,9%, eversão das pálpebras superiores e remoção de resíduos com *swab* estéril, após anestesia (SANTOS, SANTOS, 2017; DE PINHO, 2016; DORNELAS, FERREIRA, CAZARIM, 2009). Outros cuidados são o rompimento das bolhas e remoção dos tecidos desvitalizados, aplicando uma cobertura antimicrobiana, tendo a atenção voltada ao tratamento tópico da ferida, limpeza, desbridamento e aplicação da cobertura, que deve oferecer, como componente primário, condições ideais para reepitelização (DORNELAS, FERREIRA, CAZARIM, 2009; OLIVEIRA, PERIPATO, 2017).

O tratamento de pacientes queimados pode ser realizado tanto a nível local quanto sistêmico, utilizando-se coberturas de ação bactericida e/ou bacteriostático e de desbridamento de tecidos desvitalizados. Como agentes tópicos utilizados no leito das feridas, tem-se a sulfadizina de prata, ácidos graxos essenciais, papaína, nitrato de prata, o gluconato de clorexidina e o iodopovidona. Outra alternativa é o uso dos substitutos temporários de pele indicados para proteger a lesão até a realização de enxerto ou apenas na proteção da pele até a cicatrização caso não haja infecção. Eles podem ser de origem animal como o enxerto homólogo, membrana amniótica, e poliuretano; e associados à matéria orgânica como o colágeno e silicone (MONTES; BARBOSA; NETO, 2011).

Entre outros tratamentos tem-se a fluidoterapia, que tem por objetivo manter o volume intravascular, assegurar diurese estável e fornecer adequada perfusão tissular, por meio de soluções que contém sal, além da administração de plasma por acesso venoso central (MACEDO; ROSA; SILVA, 2011).

Em pacientes com queimaduras, também são efetivados como forma de tratamento os procedimentos cirúrgicos, tanto de desbridamentos como de enxertias que são realizados quando as condições gerais do paciente permitem (LUZ; RODRIGUES, 2014).

A reavaliação deve seguir cuidados criteriosos quanto ao estado neurológico, padrão respiratório, temperatura corporal, principalmente em pacientes médio e grande queimados, que podem evoluir para hipotermia, e presença acentuada de edema em região e membros afetados (OLIVEIRA, MOREIRA, GONÇALVES, 2012; DE ANDRADE, TAKESHITA, TORRES, 2016) ^{3,10}. A elevação da cabeceira do leito, bem como a elevação

dos membros, são cuidados citados como primordiais para a prevenção e controle de edema ((SANTOS, SANTOS, 2017; DE PINHO, 2016; SANCHES, TORRES, CALO, 2005).

Enfermeiros precisam estar aptos para prestar atendimento a vítima com queimaduras e oferecer a ela o suporte necessário para o seu completo reestabelecimento com o mínimo de traumas possíveis principalmente os traumas mentais e sociais

4 | CONCLUSÕES

Os cuidados sistematizados, mediante planejamento e utilização de instrumentos favorecem a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários. Isso contribui para uma rápida identificação de problemas e necessidades prioritárias e ainda auxilia na tomada de decisão para a melhoria dos cuidados oferecidos. Intervenções de enfermagem sistematizadas são de grande importância no tratamento dos pacientes com queimaduras, e a implementação de protocolos de atendimento facilitam os cuidados e contribuem para assegurar a qualidade da assistência para a população.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J. A.; Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. **Rev Bras Cir Plást**, v.27, n.3, p.379-82, 2012.
- BARROS, LAF; SILVA, SBM; MARUYAMA, ABA; GOMES, MD; MULLER, KTC; AMARAL, MAO. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de Campo Grande/MS. **Rev Bras Queimaduras**. 2019;18(2):71-76.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRUXEL, CL; POSSAMAI, LM; PIRES, FKS; SILVA, JB. Manejo clínico do paciente queimado. **Acta méd.(Porto Alegre)**, p. [5]-[5], 2012.
- DA SILVA LD, HENRIQUE DM, MAIA PG, ALMEIDA ACL, NASCIMENTO NM, GOMES PP, et al. Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia: uma revisão de literatura. *Nursing (São Paulo) [Internet]*. 2018 [acesso 2018 Out 8];21(236):2021-6.
- DE ANDRADE SD, TAKESHITA IM, TORRES LM. Assistência de enfermagem a pessoas com queimaduras por fogo em decorrência de suicídio: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Queimaduras [Internet]*. 2016.
- DE PINHO FM, AMANTE LM, SALUM NC, SILVA R, MARTINS T. Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado. *Rev Bras Queimaduras [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Out 8];15(1):13-23.

DORNELAS MT, FERREIRA APR, CAZARIM DB. Tratamento das queimaduras em áreas especiais. HU Rev [Internet]. 2009 [acesso 2018 Out 8];35(2):119-26.

OLIVEIRA APBS, PERIPATO LA. A cobertura ideal para tratamento em paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 8];16(3):188-93.

DUARTE et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. Rev Gaúcha Enferm. v.33, n.1, p.77-84, 2012.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. H et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. Esc Anna Nery, v.20, n.1, p.155-166, 2016.

FREITAS, et al. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **RevEsc Enferm USP**.v. 48, n.1, p.25-33, 2014.

LUZ, S. S. A.; RODRIGUES, J. E. Perfis epidemiológicos e clínico dos pacientes atendidos no centro de tratamento de queimados em Alagoas. Rev. BrasQueimaduras.v. 13, n.4, p.245-50, 2014.

MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C.; SILVA, M. G. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. **Rev. Col. Bras. Cir.**v. 38, n.6, p.387-391, 2011.

MACHADO, L. O.; et al. Produções científicas da enfermagem brasileira no cuidado de pacientes queimados: revisão bibliométrica. Revista Brasileira de Queimaduras.v.14, n.3, 2015.

MARTINS, LTC; VINHAL, LB; MORAIS, ER. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes queimados internados em um hospital público de Goiânia. **Rev Bras Queimaduras**. 2021;20(1):14-20.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.3, p. 621-626, 2012.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; NETO, A. L. S. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **RevEsc Enferm USP**, v.45, n.2, p.369-73, 2011.

PINTO ACS, COSTA KLN, ALMEIDA PP, OLIVEIRA JL, ROCHA MNS. Avaliação do perfil epidemiológico de pacientes adultos queimados internados em um centro de referência no interior do estado da Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Cir. Plást**. 2022;37(1):66-70.

RIGON, AP; GOMES, KK; POSSER T; FRANCO JL; KNIHS PR; SOUZA, PA. Perfil epidemiológico das crianças vítimas de queimaduras em um hospital infantil da Serra Catarinense. **Rev Bras Queimaduras**. 2019;18(2):107-12.

SANCHES ERM, TORRES CM, CALO PH. Uso de sugamadex no paciente queimado: estudo descritivo. Braz J Anesthesiol [Internet]. 2005 [acesso 2017 Jan 12];65(4):240-3.

SANTOS CA, SANTOS AA. Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado: uma revisão da literatura. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2017 [acesso 2018 Out 8];16(1):28-33.

SECUNDO, CO; SILVA, CCM; FELISZYN, RS. Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: Revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Queimaduras**. 2019;18(1):39-46.

SILVA, G. P. F.; OLEGARIO, N. B. C.; PINHEIRO, A. M. R. S.; BASTOS, V. P. D. Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Doutor José Frota do município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 9, n.1, 2010.

SILVA, M. F.; SILVA, M. J. P.; MENEZES, M. A. J. Análise dos fatores proxêmicos na interação dos profissionais de saúde com pacientes queimados. **Rev Paul Enf**. v. 25, n.1, p.4-10, 2006.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Yendis Editora, 2011.

SOARES ALS, SARAIVA ABC, RÊGO ALC, LIMA GM, COSTA LRN. Características clínico-epidemiológicas de pacientes internados em um hospital de referência em Queimaduras na Amazônia brasileira. **Rev Bras Queimaduras**. 2019;18(2):102-6.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Integrative review: what is it? how to do it? Einstein (São Paulo). Vol.8. nº1. Jan/Mar. 2010.

SOUZA, T. J. A. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. **Rev. Bras. Cir. Plást**, v.26, n.1, p.10-5, 2011.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Data de submissão: 08/11/2022

Data de aceite: 02/01/2023

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0170-8062>

João Ricardo Miranda da Cruz

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-4316-481X>

RESUMO: *Delirium* é uma síndrome neuro comportamental decorrente da quebra transitória da homeostase cerebral, caracterizando-se por uma mudança aguda na cognição e atenção, comum no período pós-operatório em pessoas idosas, acarretando aumento de morbidade e mortalidade. O objetivo desta revisão da literatura é compreender a sua fisiopatologia, etiologia e diagnóstico, com enfoque nas estratégias de prevenção. Os doentes idosos são mais suscetíveis à ocorrência desta síndrome, devido à presença de mudanças fisiológicas ocasionadas pelo processo de senescência e pelas comorbidades existentes. Constitui-se como uma patologia em que a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento

adequados reduzem a mortalidade e complicações pós-operatórias, além de acelerar a recuperação funcional, diminuir os custos e tempo de internamento hospitalar do idoso. A fisiopatologia do *delirium*, é atribuída à produção de mediadores neuroinflamatórios, decorrente de qualquer lesão periférica, provocando um desequilíbrio na libertação dos principais neurotransmissores, que vão induzir alterações neurofisiológicas e na homeostasia do Sistema Nervoso Central (SNC). A prevenção constitui a medida major, que se baseia em intervenções multidisciplinares sob os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. A evidência científica para o tratamento do *delirium* foca-se preferencialmente na abordagem não farmacológica, com implementação de estratégias ambientais, comportamentais e sociais. Assim, as estratégias para prevenir a sua ocorrência estão intimamente relacionadas com as intervenções desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, em que as suas competências, com estratégias de prevenção e diagnóstico precoce são fatores cruciais para o prognóstico favorável. O tratamento farmacológico é de segunda linha e deverá ser substituído de

forma a prevenir o risco de auto-lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Delirium, fatores de risco, Período Pós-Operatório, idosos, enfermeiros.

THE ROLE OF NURSES IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN THE ELDERLY

ABSTRACT: Delirium is a neurobehavioral syndrome resulting from the transient breakdown of brain homeostasis, characterized by an acute change in cognition and attention, common in the postoperative period in the elderly, leading to increased morbidity and mortality. The aim of this literature review is to understand its pathophysiology, etiology and diagnosis, with a focus on prevention strategies. Elderly patients are more susceptible to the occurrence of this syndrome due to the presence of physiological changes caused by the senescence process and existing comorbidities. It constitutes a pathology in which prevention, early diagnosis, and adequate treatment reduce mortality and postoperative complications, in addition to accelerating functional recovery, reducing costs and hospitalization time for the elderly. The pathophysiology of delirium is attributed to the production of neuroinflammatory mediators, resulting from any peripheral lesion, causing an imbalance in the release of the main neurotransmitters, which will induce neurophysiological changes and homeostasis in the Central Nervous System (CNS). Prevention is the major measure, based on multidisciplinary interventions on the main risk factors for its development. The scientific evidence for the treatment of delirium focuses mainly on the non-pharmacological approach, with the implementation of environmental, behavioral and social strategies. Thus, the strategies to prevent its occurrence are closely related to the interventions developed by nursing professionals, in which their skills with prevention strategies and early diagnosis are crucial factors for a favorable prognosis. Pharmacological treatment is second line and should be implemented in order to prevent the risk of self-injury.

KEYWORDS: Delirium, risk factors, postoperative period, aged, nurses.

1 | INTRODUÇÃO

A transição demográfica que vem sucedendo nos últimos decénios, traduz um enorme desafio para os sistemas de saúde, em que o significativo crescimento da população idosa, requer transformações e adaptações das instituições, da ciência e dos profissionais de saúde, entre outros. Segundo o Eurostat (2020) o continente europeu vai atingir um envelhecimento significativo, em que a proporção de pessoas com mais de 65 anos deverá aumentar de 20% em 2019 para 30% em 2070, simultaneamente, a população com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos deverá diminuir de forma constante. Os dados da Pordata (2022) indicam que Portugal, no período compreendido entre 2015 e 2020, registou uma taxa de crescimento médio anual do índice de envelhecimento na ordem dos 3,6%, salientando-se que no ano de 1990, o rácio era de 66 idosos por cada 100 jovens, sendo atualmente de 182 por cada 100.

Assim, o advento do aumento do envelhecimento populacional vai fomentar o

crescimento do número de pessoas idosas que se submetem a procedimentos anestésico-cirúrgicos decorrente, essencialmente, de dois fatores: o desenvolvimento das técnicas anestésico-cirúrgicas concomitantemente com a grande incidência de patologias do foro cirúrgico nesta faixa etária (LEMOS, 2015).

Entre os doentes idosos submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos, a ocorrência de *delirium* pós-operatório (DPO) constitui-se como um dos efeitos indesejados mais comuns (BROOKS et al., 2014).

Para os autores Ocadiz-Carrasco et al. (2013) o *delirium* compreende um dos quadros neuropsiquiátricos mais frequentes em meio hospitalar, com elevada prevalência no doente idoso submetido a procedimentos anestésico-cirúrgicos, incrementando o seu estado de fragilidade e vulnerabilidade, com impacto significativo na morbidade e mortalidade, comprometendo a qualidade de vida destes doentes além de prolongar o seu tempo de internamento, com evidente consequência no seu prognóstico e aumentando os custos dos cuidados de saúde.

Face ao exposto, considerando que o doente idoso tem maior risco de apresentar *delirium* após ser submetido a procedimentos anestésico-cirúrgicos, este artigo constitui-se como uma revisão da literatura, pretendendo evidenciar a produção científica existente sobre a fisiopatologia, etiologia e fatores de risco, diagnóstico, tratamento e prevenção, associados ao *delirium* pós-operatório que acomete os doentes desta faixa etária.

2 | DELIRIUM PÓS-OPERATORIO

Segundo os autores Adamis et al. (2007) a génese da palavra *delirium* advém do latim *deliro-delirare, de-lira*, que tem como significado “estar fora do lugar”. Os mesmos autores afirmam que o termo foi utilizado na literatura médica pela primeira vez por Celsus, no século I d.C, no sentido de descrever alterações mentais que ocorriam em episódios de febre, pneumonia, meningite ou traumatismo craniano. Já Hipócrates, ano de 500 a.C., usava o termo *phrenitis*, que descrevia uma síndrome composta por início agudo de alterações comportamentais, distúrbios do sono e déficits cognitivos, usualmente associada à febre.

Há mais de dois milénios esta síndrome é descrita na literatura médica, tendo sido definida por uma miríade de termos (MARCANTONIO, 2017), que incluem “estado confusional agudo”, “falência cerebral aguda” e “síndrome cerebral aguda”. Atualmente, *delirium* é o termo empregue na prática clínica, podendo aceitar-se o sinónimo “disfunção cognitiva global aguda” (MARTINS; FERNANDES, 2012).

O médico James Sims, num artigo publicado, no final do século XVIII, destrinchava *delirium* de loucura, descrevendo as formas hipoativas e hiperativas desta patologia. Não obstante, apesar do progresso na sua denominação e classificação, até ao início do século XX, esta condição fisiopatológica continuava sendo mal diagnosticada, e era

escassa a informação respeitante à sua epidemiologia, patogénese e fisiopatologia, pois continuava a ser utilizado para designar loucura, mas também para definir alterações mentais decorrentes de patologias do foro febril. Contudo, no século XX, particularmente no período compreendido entre 1940 e 1946, foram iniciadas pesquisas na tentativa de uma compreensão mais assaz da fisiopatologia e patogénese do *delirium*, adquirindo notável relevância os trabalhos protagonizados por Romano e Engel, em que ambos os autores concluíram que o *delirium* definia-se por ser um transtorno do nível de consciência resultante da quebra da homeostasia cerebral, estabelecendo assim, uma base científica aos conceitos da sua fisiopatologia e produzindo importantes avanços na evolução conceitual de *delirium* (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005).

O *delirium*, na atualidade, é definido como uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante de início agudo, caracterizando-se por englobar três dimensões essenciais: disfunção cognitiva global, alteração do estado de consciência e défice de atenção. (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018). Para Oh et al. (2017) os doentes podem ainda apresentar um quadro que se caracteriza por alterações do comportamento motor, da senso-percepção e do ciclo sono-vigília além da labilidade emocional.

A American Psychiatric Association, em 1980, na 3ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), definiu pela primeira vez *delirium* enquanto entidade diagnóstica, tendo a sua definição registado uma evolução no decurso do tempo. (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018). O *delirium* encontra-se definido e descrito na versão da 5ª edição do DSM-V (2013), e na 10ª edição do International Classification of Diseases (ICD-10, 1993) (OH et al., 2017).

3 | FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

O DPO pode suceder em doentes de qualquer faixa etária, sejam crianças ou até adultos idosos, em que a sua incidência varia nas diversas faixas etárias, sendo determinado por fatores de risco associados ao doente, que são variavelmente distribuídos, acumulando-se distintamente nas diferentes faixas etárias (ALDECOA et al., 2017).

No que concerne à sua fisiopatologia, observa-se no decurso do episódio de *delirium*, tanto previamente como posteriormente, a ocorrência de uma considerável redução do fluxo sanguíneo cerebral, tendo como consequência uma insuficiência cerebral aguda. Assim, os adultos idosos, que apresentam vários fatores etiológicos, as áreas do cérebro que são mais comprometidas são quatro, mais concretamente, cortical, parietal, tálamo e gânglios da base, estando intimamente relacionadas com a consciência, a atenção, habilidades cognitivas e executivas (SOUSA, 2015).

A fisiopatologia do *delirium*, na atualidade, ainda não está totalmente elucidada. Atribui-se à produção de mediadores neuroinflamatórios, decorrente de qualquer lesão periférica, como manancial de desequilíbrio na libertação dos principais neurotransmissores, de entre

os quais, podemos citar a acetilcolina, dopamina, serotonina e GABA, que vão produzir alterações neurofisiológicas e na homeostasia do Sistema Nervoso Central (SNC). Assim, sinteticamente, as duas principais teorias que concorrem para descrever a fisiopatologia do *delirium* são a deficiência colinérgica e a resposta ao stress/neuroinflamação (CEREJEIRA; MUKAETOVA-LADINSKA, 2011).

Em relação à neurotransmissão, o déficit de acetilcolina e o excesso de dopamina são variáveis que contribuem para o *delirium*. O processo inflamatório por meio de mediadores imunes circulantes, mais concretamente as citocinas, atravessam a barreira hematoencefálica, ativando a micróglia e gerando a reação neuroinflamatória na transmissão sináptica e edema perivascular induzindo hipoxia. O stress está relacionado ao *delirium*, no sentido de ativar o sistema nervoso simpático, com consequente libertação de noradrenalina e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal causando hipercortisolismo (SOUSA, 2015).

De acordo com Santos (2008) a etiologia do *delirium* é amiúde multifatorial. Para o mesmo autor os fatores de risco dividem-se em dois grupos: predisponentes e precipitantes. Os primeiros tornam o doente mais vulnerável à ocorrência de *delirium*, enquanto os fatores precipitantes correspondem ao fator etiológico propriamente dito. A associação de ambos os fatores aumentam exponencialmente a possibilidade de o doente vir a desenvolver *delirium*. Para melhor compreensão, são apresentados na tabela 1, os fatores predisponentes e precipitantes do *delirium*, de acordo com o mesmo autor.

Fatores predisponentes para <i>delirium</i>	Fatores precipitantes de <i>delirium</i>
Idade ≥ 65 anos	Infeções
Desnutrição	Desidratação
Sexo masculino	Hipnóticos
Polimedicado	Mau estado nutricional
Demência	Hipoalbuminemia
Abuso de álcool	Fármacos anticolinérgicos
Declínio cognitivo	Distúrbios hidroeletrólíticos
História de <i>delirium</i>	Tratamento com múltiplos fármacos
Múltiplas condições clínicas coexistentes	Cirurgias ortopédicas
Depressão	Abstinência de álcool ou drogas
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Complicações iatrogénicas
Tratamento com múltiplos fármacos psicoativos	Doença aguda grave
Imobilidade	Uso de restrição física
Desidratação	Hipoxia
Distúrbios metabólicos	Cateterismo vesical
Fratura ou trauma	Múltiplos procedimentos hospitalares
	Febre ou hipotermia
	Dor
	Anemia
	Stress emocional

Tabela 1 – Fatores predisponentes e precipitantes para ocorrência de *delirium* (Santos, 2008)

Fonte: Santos, 2008

Segundo Lôbo et al. (2010) o *delirium* caracteriza-se por ser uma condição multifatorial,

havendo uma inter-relação entre dois fatores: os fatores denominados predisponentes e os fatores precipitantes. Os primeiros englobam: demência, idade superior a 65 anos, gênero masculino, historial prévio de *delirium*, múltiplas comorbidades, polimedicado, doença terminal, desidratação, depressão, desnutrição e défices sensoriais prévios. Relativamente aos fatores precipitantes encontram-se: terapêutica, mais concretamente as benzodiazepinas e antibioterapia, procedimentos anestésico-cirúrgicos, patologias do foro agudo, entre as quais, por exemplo, infeção, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral; imobilização prolongada, uso de técnicas invasivas, desidratação, desnutrição, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, mudanças de ambiente, abuso ou abstinência de substâncias (álcool e drogas de abuso) e privação de sono prolongado.

Citando Rocha (2019, p. 13):

Considera-se que os pacientes idosos correm maior risco, por predisporerem de fatores de risco como comprometimento cognitivo, comorbidades e multimorbidades, déficits sensoriais, desnutrição, polimedicção, estado funcional debilitado e fragilidade (condição que só pode ser observada em pacientes idosos) se acumulam e se sobrepoem ao envelhecimento.

Guo et al. (2016) num estudo que realizaram sobre a prevalência e fatores de risco no desenvolvimento de *delirium* no pós-operatório em doentes idosos submetidos a cirurgia à anca, concluíram que a associação do baixo IMC (índice de massa corporal), correlacionando a desnutrição proteica com a ingestão nutricional inadequada, constituem-se como fatores propensos a distúrbios metabólicos, resultando em menor concentração de albumina e, assim, associando-se ao desenvolvimento de DPO em idosos com fratura da anca.

Quarto et al. (2019) num estudo que tinha como objetivo avaliar a frequência, fatores de risco e influência no período de permanência hospitalar de *delirium* pós-operatório em doentes idosos submetidos a cirurgias eletivas não cardíacas, concluíram que o *delirium* pós-operatório foi observado com maior frequência nos doentes com idade mais avançada, portadores de declínio cognitivo e anemia, com evidente influência no aumento do período de internamento.

Também os autores Arotce et al. (2018) no seu estudo em que a amostra era constituída por doentes idosos submetidos a cirurgia à anca no período pós-operatório, concluíram que o comprometimento cognitivo prévio, baixo IMC e idade avançada foram encontrados como fatores de risco associados ao desenvolvimento de DPO.

Numa revisão da literatura realizada por Egito, Nascimento e Carneiro (2020) relativamente aos fatores de risco associados ao *delirium* pós-operatório em idosos concluíram que o comprometimento cognitivo prévio e a idade avançada foram os fatores mais predominantes no seu estudo.

4 | DIAGNÓSTICO

O diagnóstico precoce do DPO é crucial para sistematizar um tratamento direcionado e eficiente. Os doentes não devem ser transferidos da sala de recuperação para a área de internamento sem ser efetuado o devido rastreamento para esta patologia. Na atualidade os padrões de referência para o diagnóstico de *delirium*, são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (tabela 2) ou o Código Internacional de Doenças (CID-10) (ALDECOA et al., 2017).

Citando Prayce, Quaresma e Neto (2018, p. 53):

O passo inicial no diagnóstico de *delirium* passa primeiramente pela avaliação basal cognitiva do doente. É o declínio cognitivo traduzido pela redução do score que deverá sinalizar o profissional para a realização de um rastreio de *delirium* com instrumentos diagnósticos. Se existir suspeita clínica elevada, poder-se-á aplicar o instrumento diagnóstico de *delirium* numa avaliação inicial. A aplicação da escala de rastreio de *delirium* deverá ser seguida da aplicação dos critérios DSM-5, considerado o gold standard quando aplicado por profissionais com treino (expert opinion). A Confusion Assessment Method (CAM – validada em português) está validada para a aplicação em populações idosas, em internamento ou ambulatório.

Segundo o DSM-V, o *delirium* define-se pela presença dos seguintes critérios:

-
- A. Distúrbio da atenção (ou seja, redução da capacidade de dirigir, focar, manter ou mudar a atenção) e do estado de consciência (diminuição da orientação em relação ao ambiente);
-
- B. O distúrbio desenvolve-se num curto período (habitualmente horas a poucos dias) e tende a flutuar em gravidade ao longo do dia;
-
- C. Distúrbio cognitivo adicional (por exemplo, déficite de memória, desorientação, distúrbio da linguagem e da capacidade visão-espacial) ou da percepção;
-
- D. Os distúrbios nos critérios A e C não são mais bem explicados por outra perturbação neurocognitiva pré-existente, estabelecida ou em evolução, e não ocorrem no contexto de uma redução severa do estado de consciência, como no coma;
-
- E. Existe evidência, a partir da história clínica, exame físico ou laboratorial, que o distúrbio é consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (droga de abuso ou medicação), exposição a toxina, ou é devido a múltiplas etiologias.
-

Tabela 2 – Critérios diagnósticos para *delirium* segundo DSM-V (DSM-5ª edição, 2013)

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição

Ainda de acordo com o DSM-V, o *delirium* pode ser agudo, se persistir por horas a dias, ou persistente, se durar semanas a meses.

De acordo com a CID-10 (tabela 3), o diagnóstico de *delirium* requer a presença das seguintes características clínicas:

A. Comprometimento da consciência e atenção (em continuum de obnubilação ao coma; capacidade reduzida para dirigir, focar, sustentar e mudar a atenção).

B. Perturbação global da cognição (distorções preceptivas, ilusões e alucinações – mais frequentemente visuais; comprometimento do pensamento abstrato e compreensão, com ou sem delírios transitórios, mas tipicamente com algum grau de incoerência, comprometimento das memórias imediata e recente, mas com a memória remota relativamente intacta; desorientação temporal, assim como, em casos mais graves, espacial e pessoal);

C. Perturbações psicomotoras (hipo ou hiperatividade e mudanças imprevisíveis de uma para outra; tempo de reação aumentado; aumento ou diminuição do fluxo da fala; intensificação da reação de susto);

D. Perturbação do ciclo sono-vigília (insônia ou, em casos graves, perda total do sono ou reversão do ciclo sono-vigília; sonolência diurna; piora noturna dos sintomas; sonhos perturbadores ou pesadelos, os quais podem continuar como alucinação após o despertar);

E. Perturbações emocionais, por exemplo depressão, ansiedade ou medo, irritabilidade, euforia, apatia ou perplexidade abismada.

Tabela 3 – Critérios diagnósticos para *delirium* segundo CID-10 (OMS, 1993)

Fonte: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, OMS.

Segundo a CID-10 o início do episódio de *delirium* é usualmente rápido, o curso fluuante no decurso do dia e a duração total da condição menor que seis meses.

O diagnóstico de *delirium*, segundo a CID-10, requer a presença das 5 características clínicas acima descritas, tornando assim os critérios da CID-10 mais restritos do que os do DSM-V (MARTINS; FERNANDES, 2012). Também os autores Meagher; Maclulich e Laurila (2008) advogam que os critérios da CID-10 tem menor sensibilidade do que os da DSM-IV, recorrendo ao mesmo argumento.

Em suma o diagnóstico de *delirium* pode ser complexo ou de difícil determinação, pelo facto de os idosos apresentarem frequentemente no seu historial clínico múltiplas comorbilidades e déficits cognitivos subjacentes. Portanto o estabelecer do diagnóstico baseia-se na identificação de um conjunto de sinais e sintomas, requerendo assim, um conhecimento das características clínicas de *delirium* simultaneamente com uma avaliação clínica assaz (SAXENA; LAWLEY, 2009).

5 | TRATAMENTO

Segundo Grover e Avasthi (2018) pelo facto de o *delirium* poder constituir-se como uma emergência, requerendo uma intervenção urgente, a abordagem terapêutica de todos os fatores de risco modificáveis identificados durante a avaliação inicial do doente é crucial, constatando-se que múltiplas intervenções podem aduzir um benefício substancial. A abordagem terapêutica do *delirium* inclui três prioridades que passam pela: imediata investigação e tratamento da(s) causa(s) subjacente(s), pelo tratamento de suporte e prevenção de complicações e, por último, pelo tratamento sintomático.

O tratamento de suporte tem como objetivo restaurar as condições fisiológicas do doente com *delirium* e prevenir complicações, exigindo monitorização cuidadosa até

que os sintomas desapareçam. A monitorização por um período deve ser feita para evitar o surgimento de novos fatores, que podem piorar o *delirium* e levar à continuação dos sintomas. Outros aspetos importantes incluem: garantir a segurança do paciente, garantir o sono adequado, evitar o desenvolvimento de complicações como úlceras por pressão e quedas, em que as restrições físicas devem ser evitadas tanto quanto possível. A contenção física pode ser considerada quando houver um sério risco de lesão corporal a si mesmo ou a outros, outras medidas de controlo (ou seja, a farmacoterapia falhou) e os benefícios potenciais superam os riscos do uso de contenção, devendo ser usadas pela menor duração possível e devem ser removidas quando os comportamentos potencialmente ameaçadores de dano tiverem diminuído ou se o paciente desenvolver complicações físicas devido ao uso de restrições (GROVER; AVASTHI, 2018).

O uso de agentes farmacológicos deve ser ponderado em relação aos possíveis efeitos colaterais, não sendo indicado em todos os doentes. Sugere-se que a farmacoterapia seja considerada quando as medidas não farmacológicas não produzem efeito ou houver indicações específicas para a sua utilização. Quando a farmacoterapia está indicada, os antipsicóticos são considerados os fármacos de primeira linha (GROVER; AVASTHI, 2018).

As intervenções não-farmacológicas englobam medidas ambientais, comportamentais e sociais. São semelhantes às usadas na prevenção de *delirium*, no entanto, a evidência demonstra que a sua eficácia é claramente superior na prevenção (SAXENA; LAWLEY, 2009).

Tavares e Flora (2016), relativamente ao tratamento específico do doente com *delirium*, destacam a correção das prováveis causas, bem como dos fatores de risco. Ao nível do tratamento de suporte e prevenção das complicações salientam, entre outras medidas: a promoção de um ambiente sossegado e confortável; a diminuição do ruído noturno; o assegurar a presença de familiares e amigos próximos; o proporcionar medidas que facilitem a orientação e o estímulo cognitivo; a correção de déficits sensoriais (óculos, aparelho auditivo, se necessários); o providenciar uma proteção ao nível das vias respiratórias; a promoção de uma adequada nutrição e hidratação; a mobilização e posicionamento adequado; o controlo da dor; a evicção de condições restritivas no leito.

6 | PREVENÇÃO

O DPO constitui um desafio para os vários profissionais de saúde. Os vários estudos realizados têm concluído que a ocorrência de DPO pode ser prevenida em aproximadamente 40% dos doentes idosos internados (LEMOS, 2015).

A prevenção do *delirium* é essencial, pelo facto de estar associado ao aumento da morbimortalidade e dos custos inerentes aos cuidados de saúde. A sua incidência pode ser reduzida em até 30-40% dos casos (SHAH; BARTUALA, 2018).

Segundo Rito (2018) inúmeros estudos comprovam que é exequível proceder a uma

prevenção adequada, tendo como premissa a identificação planeada e estruturada dos doentes com risco de desenvolver DPO. Esta correta identificação de doentes de alto risco vai permitir aos profissionais de saúde executarem um plano terapêutico mais eficiente e competente para o doente.

Assim, decorrente das inúmeras consequências negativas geradas pelo *delirium*, as medidas preventivas devem ter especial enfoque, devendo ser consideradas e serem do conhecimento de todos os profissionais de saúde que prestam cuidados a estes doentes. Pela exigência das suas funções, pelo facto de serem os profissionais que mais horas de cuidados prestam diretamente aos doentes, os enfermeiros são cruciais na prevenção, necessitando, portanto, de conhecer as medidas farmacológicas e não farmacológicas para prevenção e tratamento do *delirium* com o objetivo de proporcionar as intervenções mais adequadas e o mais precocemente possível com o intuito de minimizar as consequências associados ao *delirium*. (SILVA et al., 2018).

Para Karabulut e Aktas (2016) a identificação dos doentes em risco, o célere e idóneo diagnóstico, bem como o tratamento eficaz constituem-se como metas que os profissionais de saúde devem ambicionar. Incidir na formação e componente prática dos profissionais de enfermagem, com o objetivo de dotá-los com capacidade de identificarem fatores de risco e atuarem preventivamente, constitui-se como uma medida que resulta na redução da incidência de *delirium*.

A equipa de enfermagem, em toda a sua dinâmica de trabalho, assume uma importância crítica na prevenção do *delirium*, pois as estratégias para prevenir a sua ocorrência estão intimamente direcionadas com as intervenções desenvolvidas por estes profissionais. Pela importância desta patologia, promovendo a transformação efetiva nas práticas de enfermagem para a prevenção e monitorização do *delirium* no idoso, torna-se imprescindível realizar ações que induzam nos profissionais de enfermagem a reflexão sobre a sua prática, identificando problemas, e alcançando uma melhoria contínua nos cuidados ao idoso com risco para *delirium*, por meio da articulação da evidência científica mais atual com os seus conhecimentos científicos prévios (FAUSTINO et al., 2016).

Silva (2021) destaca que os profissionais de enfermagem estão comprometidos com o cuidado, a arte de cuidar, mantendo o contato 24 horas por dia próximo do doente, concluindo, assim, que é possível, ao serem identificados precocemente os fatores de risco de desenvolvimento de *delirium*, proporcionar cuidados de enfermagem qualificados e direcionados para as medidas preventivas que evitem a sua ocorrência. Salienta-se ainda, que apesar de o *delirium* no idoso ser uma ocorrência que envolve outros profissionais, ficou evidente que a monitorização e percepção dos profissionais de enfermagem pode contribuir indubitavelmente para todo o processo de construção de mitigação de desenvolvimento de *delirium*.

A Geriatrics-for-Specialists Initiative da Sociedade Americana de Geriatria (AGS-GSI), no ano de 2015, elaborou as Diretrizes de Prática Clínica para *Delirium* Pós-

Operatório em Adultos Idosos, recomendando aos profissionais de saúde um conjunto de *guidelines*, com o objetivo de promover a implementação de várias medidas de ação, convenientemente validadas, nos diversos sistemas hospitalares e na prática clínica dos distintos profissionais de saúde, com vista a facilitar a prevenção e o tratamento do DPO entre a população idosa (LEMOS, 2015).

As várias recomendações, segundo a AGS-GSI, destinadas à prevenção de DPO na prática clínica são elencadas na Tabela 4, visando implementar estratégias de intervenção para a prevenção primária de DPO, de modo a prevenir o quadro antes deste se desenvolver. Devem ser dirigidas a todos os doentes cirúrgicos idosos em risco de desenvolver DPO, considerando em risco aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes características: idade igual ou superior a 65 anos, qualquer comprometimento cognitivo (passado ou presente) e/ou demência, fratura da anca presente ou doença grave. (AGS-GSI, 2015.)

Recomendação	Força da recomendação	Nível de evidência
II. Intervenções não-farmacológicas a serem realizadas por uma equipa multidisciplinar para a prevenção de DPO nos doentes idosos.	Forte	Moderado
I. Programas educacionais sobre “DPO em doentes idosos”, direcionados aos vários profissionais de saúde.	Forte	Baixo
IV. Identificação e correção das causas de DPO em doentes idosos.	Forte	Baixo
VIII. Otimizar o controlo da dor no pós-operatório de doentes idosos.	Forte	Baixo
X. Evição de medicação inapropriada, particularmente fármacos que induzem DPO	Forte	Baixo
XI. Não devem ser iniciados inibidores da acetilcolinesterase no peri-operatório dos doentes idosos.	Forte	Baixo

Tabela 4 – Guidelines para a prevenção de DPO na prática clínica (AGS-GSI, 2015)

Fonte: Geriatrics-for-Specialists Initiative da Sociedade Americana de Geriatria

REFERÊNCIAS

ADAMIS, D. et al. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. **Hist Psychiatry**, vol. 18, p. 459-69, 2007. DOI: 10.1177/0957154X07076467

ALDECOA C. et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative *delirium*. **Eur J Anaesthesiol**, v. 34, n.4, p. 192–214, 2017. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000594

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY ABSTRACTED CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR POSTOPERATIVE DELIRIUM IN OLDER ADULTS. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 1. p. 142-50, 2015. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13281> Acesso em: 30 set. 2022.

AROTCE, C. et al. *Delirium* en el perioperatorio de cirugía de cadera en el adulto mayor. **Anales De La Facultad de Medicina**, v. 5, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a5>

BROOKS, P. et al. Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium. **AORN journal**, v. 99, n. 2, p. 257-73, 2014. Doi: [org/10.1016/j.aorn.2013.12.009](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009)

CEREJEIRA, J.; MUKAETOVA-LADINSKA, E. B. A clinical update on delirium: from early recognition to effective management. **Nurs Res Pract.**, v. 2011, 2011. DOI: 10.1155/2011/875196

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS, Coord. Organiz. Mund. da Saúde, Artes Médicas, Porto Alegre, 1993

EGITO, M. A. N. L. DO; NASCIMENTO, N. DE M.; CARNEIRO, L. V. (2020). Fatores de risco associados ao delírio pós-operatório em idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 365-377. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p365-377>

EUROSTAT. Ageing Europe. **Looking at the lives of older people in the EU**. 2019. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%911681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>. Acesso em: 15 set. 2022.

FAUSTINO, T. N. et al. Prevenção e monitorização do *delirium* no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 725-732, 2016. Doi: [org/10.1590/0034-7167.2016690416i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690416i).

GROVER, S.; AVASTHI, A. Clinical Practice Guidelines for Management of Delirium in Elderly. **Indian J Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 329-340, 2018. DOI: 10.4103/0019-5545.224473

GUO, Y. et al. Prevalence and risk factors of postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *Journal of International Medical Research*, v. 44, n. 2, p. 317-327, 2016. DOI: 10.1177/0300060515624936

KARABULUT N.; YAMAN AKTAŞ Y. Nursing Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit. **J Perianesth Nurs.**, v. 31, n. 5. p. 397-405, 2016. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.10.006

LEMONS, Marta Silva. **Delirium Pós-operatório no Idoso: Diagnóstico e Prevenção**. 2015. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31990/2/disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf> Acesso em: 30 set. 2022.

LÔBO, R. R., et al. *Delirium*. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>. Acesso em: 15 out. 2022.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 5ª Edição. American Psychiatric Association, 2013.

Marcantonio, E. R. *Delirium* in Hospitalized Older Adults. **N Engl J Med.**, v. 377, n.15, p. 1456-1466, 2017. DOI: 10.1056/NEJMcp1605501

MARTINS, S.; FERNANDES, L. *Delirium* in elderly people: a review. **Front Neurol.**, v. 3, artigo 101, 2012. DOI: 10.3389/fneur.2012.00101

MEAGHER, D. J.; MACLULLICH, A. M.; LAURILA, J.V. Defining delirium for the International Classification of Diseases, 11th Revision. **J Psychosom Res.**, v. 65, n.3, p. 207-214, 2018. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.015

OCÁDIZ-CARRASCO, J., et al. Preventive program for postoperative delirium in the elderly. **Cirurgia y cirujanos.** v. 81, n.3, p. 181-186, 2013.

OH, E. S. et al. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. **JAMA**, vol. 318, n. 12, p. 1161-1174, 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.12067

PORDATA. **Estatísticas sobre Portugal e Europa.** 2022. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Acesso em: 1 set. 2022.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I.G. Delirium: the 7th vital sign? **Acta Med Port.**, v. 31, n.1, p. 51-58, 2018. Doi.org/10.20344/amp.9670

QUARTO, G. V., et al. Maior risco de delirium no pós-operatório está associado à idade avançada, anemia e baixa reserva cognitiva. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2019. DOI: 10.5327/Z2447-211520191900014

RITO, Ana Sofia Costa Gomes Manta. **Disfunção cognitiva no pós-operatório no idoso.** 2018. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/ASUS/OneDrive/Desktop/Artigo_Revista_Atena/DeliriumPosOperatorio/ArtigosAtuais/DCPO%20-%20IDOSO_2015_TESE.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

ROCHA, Jennifer de Melo. **Delirium no pós-operatório.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito parcial para conclusão de Residência Médica em Anestesiologia do Hospital Geral de Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, Fortaleza, 2019.

SANTOS, F. S. **Delirium: Uma síndrome mental orgânica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

SAXENA, S.; LAWLEY, D. *Delirium* in the elderly: a clinical review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 85, n. 1006, p. 405-413, 2009. DOI: 10.1136/pgmj.2008.072025

SILVA, M. H. O. DA, et al. Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26031>

SILVA, Marcos Aurélio Pinto. **O risco de desenvolvimento de delirium no idoso hospitalizado em pós-cirúrgicos de alta complexidade.** 2021. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS) como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

SHAH, B.; BARTUALA, B. A. Review of Clinical Evaluation and Management of Delirium. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v.12, n.6, p. 1-4, 2018.

SAXENA, S.; LAWLEY, D. *Delirium* in the elderly: a clinical review. **Postgraduate Medical Journal**, v. 85, p. 405-413, 2009.

SOUSA, Cristina Marta Pinto de. **Delirium no idoso**. Artigo de revisão. 2015. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37396/1/Delirium%20no%20idoso.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022

TAVARES, A.D.; FLORA, R. *Delirium*. In: TOMMASO A. B. G. et al.(Org.). *Geriatría guia prático*, Guanabra Koogan, p. 227-239, 2016.

WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. *Delirium: uma perspectiva histórica*. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v.3, n.32, p. 97-103, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300001>

O PAPEL DO ENFERMEIRO(A) NA VISITA DOMICILIAR ÀS PACIENTES IDOSOS ACAMADOS COM LESÃO POR PRESSÃO

Data de aceite: 02/01/2023

Lucimário Santos Belmiro
Graduando em Enfermagem

Patrícia Honório Silva Santos
Doutora em Ciências da Saúde

Artigo Científico apresentado como cumprimento das atividades da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Enfermagem, defendido em: dezembro de 2022.

RESUMO: As doenças crônicas não transmissíveis tornam-se cada vez mais frequentes, aumentando a prevalência de idosos dependentes e acamados, que juntamente com outros fatores de risco, favorecem o surgimento das Lesões por Pressão (LPP), sendo fundamental o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento dessas lesões nas visitas domiciliares.

Objetivo: identificar o que versa a literatura sobre o papel do enfermeiro na visita domiciliar à pacientes idosos acamados com LPP. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir da busca eletrônica, nas plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online

(SciELO) e CAPES, por meio das palavras-chave: “Enfermagem”, “Idoso” e “Lesão por Pressão” combinadas pelo operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram idioma na língua portuguesa ou que possuam tradução para o português, recorte temporal no período de 10 anos (2012 e 2022) e que abordasse sobre a temática.

Resultados: Foram incluídos na presente revisão 07 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Dentre as principais medidas adotadas pelo enfermeiro na prevenção e tratamento das LPP no domicílio foram encontradas: a avaliação do risco de desenvolvimento das LPP por meio escala de Braden, as mudanças de decúbito, os cuidados com a nutrição e a hidratação. **Considerações Finais:** cabe ao enfermeiro compreender os fatores de risco que contribuem para a formação de lesões, realizar visitas domiciliares e orientar aos familiares dos idosos, tendo em vista uma atuação holística, como parte do processo de cuidar durante a visita domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Idoso. Lesão por Pressão.

ABSTRACT: Chronic non-communicable diseases become increasingly frequent, increasing the prevalence of dependent and

bedridden elderly, who, together with other risk factors, favor the emergence of Pressure Injuries (PPL), and the role of nurses in the prevention and treatment of these injuries in home visits is fundamental. **Objective:** to identify what the literature deals with the role of nurses in home visits to elderly patients bedridden with PPL. **Materials and Methods:** This is an integrative review of the literature performed from electronic search, on the platforms: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and CAPES, through the keywords: “Nursing”, “Elderly” and “Pressure Injury” combined by boolean operator “AND”. The inclusion criteria were language in Portuguese or that have translation into the Portuguese, a time frame in the period of 10 years (2012 and 2022) and that addressed the theme. **Results:** 7 articles that met the inclusion criteria were included in this review. Among the main measures adopted by nurses in the prevention and treatment of PPL at home were: the assessment of the risk of developing PPL scans using the Braden scale, changes in decubitus, nutrition care and hydration. **Final Considerations:** it is up to the nurse to understand the risk factors that contribute to the formation of injuries, to make home visits and to guide the relatives of the elderly, in view of a holistic performance, as part of the care process during the home visit.

KEYWORDS: Nursing; Senior. Pressure. Injury.

1 | INTRODUÇÃO

Com o avanço da ciência observa-se uma inversão na pirâmide etária no Brasil, com conseqüente aumento na expectativa de vida. Paralelo a isso, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se cada vez mais frequente, aumentando a prevalência de idosos dependentes e até mesmo acamados, que juntamente com outros fatores de risco, favorecem o surgimento das Lesões por Pressão (LPP) (MIRANDA, et al., 2016).

A LPP é uma ferida bastante presente em pessoas acamadas, principalmente em idosos, já que estes sofrem com a mudança natural do envelhecimento, como a perda da elasticidade e turgor, a diminuição da massa corpórea, que torna a pele mais frágil. Ademais, nos idosos outros fatores de risco como, a nutrição, a exposição solar, a posição, fricção e tempo acamado também contribuem com o aparecimento das LPP (DOMANSK; BORGES, 2014).

De acordo com as pesquisas epidemiológicas, 39,81% dos idosos hospitalizados apresentam LPP, no domicílio, a taxa de prevalência varia em torno de 19,1% a 48,6% e incidência de 17%. Quanto à etiologia, é importante destacar que a LPP ocorre quando há uma interrupção do fluxo sanguíneo onde a pressão exercida contra pele é maior do que o fechamento capilar, impedindo a oxigenação de determinada área (VANDERLEY, et al., 2021; RODRIGUES, 2020).

As LPP representam um importante problema de saúde pública, tanto para os pacientes internados na unidade hospitalar, quanto para aqueles acamados no domicílio. Apesar da elevada prevalência relatada pela literatura nos pacientes internados, tem se tornado freqüente em pacientes acamados no domicílio. Com isso, o enfermeiro tem papel

importante na prevenção e tratamento das LPP, bem como na orientação do cuidador/familiar (VANDERLEY, et al., 2021).

No que se refere aos pacientes acamados em domicílio, destaca-se o importante papel do enfermeiro na prevenção e tratamento das LPP durante as visitas domiciliares, tendo em vista que esta representa uma importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para assistência com resolutividade à pacientes com condições crônicas e impossibilitadas de se deslocar para o serviço de saúde (GOMES *et al.* 2015).

Assim, considerando que as LPP representam uma importante questão de saúde pública, o presente estudo tem relevância para subsidiar profissionais de saúde, permitindo a elaboração de um plano de cuidados; é importante para o meio acadêmico, incentivando novas pesquisas e no desenvolvimento de políticas públicas, minimizando os fatores de risco e consequentemente a incidência dessa problemática. Diante do exposto, este estudo tem por objetivo identificar o que versa a literatura sobre o papel do enfermeiro na visita domiciliar à pacientes idosos acamados com LPP.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como finalidade analisar artigos já publicados, sintetizar os resultados encontrados; e permite ao pesquisador produzir sua opinião acerca do tema estudado (ERCOLE, *et al.*, 2014).

Para a construção dessa revisão, foi realizada uma busca eletrônica, no período de 10 anos, nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Periódica Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando as palavras-chave: “Enfermagem”, “Idoso” e “Lesão por Pressão” combinadas pelo operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão foram: idioma na língua portuguesa, ou que possuíssem tradução para o português; recorte temporal no período de 10 anos, entre 2012 e 2022 e que abordasse sobre a atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento de LPP em idosos acamados no domicílio.

Na BVS foram encontrados 1.429 artigos. Ao inserir os critérios de inclusão: idioma português e recorte temporal a busca foi reduzida para 79 artigos, com a leitura do resumo, a busca foi reduzida para 05 artigos, por fuga do tema. Na CAPES foram encontrados 28 artigos, com aplicação dos critérios de inclusão a busca foi reduzida para 15 artigos. Por não atender aos critérios de inclusão e fuga do tema, restaram apenas 03 artigos. Por fim, na Scielo foram encontrados 07 artigos, aplicando os critérios de inclusão restaram apenas 02 artigos. Foi eliminado 01 artigo por duplicidade, totalizando 07 artigos selecionados que atenderam todos os critérios de inclusão para o presente estudo.

Após essa seleção, todos os artigos foram lidos na íntegra, observando se realmente atendiam ao objetivo do estudo e posteriormente nova leitura, de forma analítica e crítica,

foi realizada para extrair os resultados e características relevantes. Para a análise dos dados e síntese dos artigos foi utilizada uma figura sinóptica, contemplando as seguintes características: Periódico/Ano; Título; Autoria; Procedência; Objetivos; e Resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos nesta revisão 07 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Destes, 4 foram extraídos da BVS, 02 da Scielo e 02 da CAPES. Quanto ao ano de publicação dos artigos, 85% foram publicados nos últimos 5 anos. As demais características dos artigos podem ser visualizado no quadro sinóptico 1.

Periódico/Ano	Título	Autoria	Procedência	Objetivos	Resultados
<i>Enfermagem Cogitare/2012</i>	Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida	Moraes, et al.	BVS	Verificar a influência da aplicação de um protocolo de enfermagem para a prevenção de úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio.	Mudança de decúbito; Avaliação do risco de desenvolvimento das LPP por meio da escala de Braden. Dificuldade no endereço dos idosos que não voltam para suas casas; boa adesão, interesse e envolvimento do cuidador/família.
<i>Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR/ 2021.</i>	Escala de Braden: benefícios de sua aplicação na prevenção de lesão por pressão no âmbito domiciliar	Lima, et al.	BVS	Averiguar a eficácia da Escala de Braden como instrumento norteador na assistência para prevenção de lesão por pressão em indivíduos acamados no âmbito domiciliar.	Escala de Braden; Utilização do creme de barreira, pressão e diminuição do fluxo sanguíneo, mudança de decúbito; eficácia da escala de Braden.
<i>Rev. enferm. UFPE on line/2014</i>	Manejo do Enfermeiro em úlceras por pressão infectada no ambiente domiciliar	Diniz, et al.	BVS	Descrever a evolução clínica de úlcera por pressão em dois idosos, após manejo da ferida pelo enfermeiro e evidenciar a importância da habilidade técnica no processo cicatricial de feridas.	Plano de cuidados, proporcionar segurança e envolver o cuidador/familiar, desbridamento mecânico. Avaliação do estado geral do paciente, lesão de difícil cicatrização
<i>Rev. enferm. UFPE on line/2021</i>	Risco de lesões por pressão em idosos no domicílio	Vanderley, et al.	BVS	Analisar os fatores associados ao risco de desenvolvimento de lesões por pressão nos idosos atendidos pelo serviço de atenção domiciliar	Escala de Braden.

<i>Acta paul. enferm./2013.</i>	Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio	Moraes, et al.	CAPES	Avaliar o risco para úlcera por pressão em idosos no domicílio, após período de internação hospitalar.	Escala de Braden; Falta de mudança de decúbito, higiene corporal, família como agente cuidador. Falta de prevenção da AB.
<i>Rev da Escola de Enfermagem /2018</i>	Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica	Vieira, et al.	CAPES	Analisar a prevalência de lesão por pressão, úlcera diabética e vasculogênica e fatores associados em idosos assistidos na atenção básica	Persistência dos fatores de risco e falta de proteção.
<i>Acta paul. enferm./2013.</i>	Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão	Freitas e Alberti.	SciELO	Estimar a capacidade da Escala de Braden em prever o surgimento de úlcera por pressão no âmbito domiciliar, conhecer a incidência da úlcera por pressão neste grupo e os seus fatores associados.	Escala de Braden; Predominância dos fatores de risco; baixo escore na escala de Braden.

QUADRO 1- Características dos artigos analisados.

Através da análise dos artigos, percebeu-se a importância da atuação do enfermeiro da atenção básica na prevenção e tratamento de lesões por pressão em idosos acamados no domicílio, sendo esta importância discutida por meio de dois eixos temáticos identificados: Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de LPP em idosos acamados no domicílio e Facilidades e dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro (a) para a realização da prevenção e cuidado domiciliar da LPP no idoso acamados.

Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de LPP em idosos acamados no domicílio

Os idosos acamados e que apresentam LPP são, na maioria, mulheres, portadores de comorbidades, como a hipertensão arterial e diabetes e aqueles que sofreram fratura de fêmur (RODRIGUES, 2016). Com base nos artigos analisados, o papel do enfermeiro na visita domiciliar a pacientes idosos acamados com LPP, concentra-se principalmente na prevenção e tratamento das LLP.

Observa-se que as mulheres são mais acometidas pela presença de LPP devido a expectativa de vida relacionada ao gênero, as experiências vividas por homens e mulheres. Estudos demonstraram que o sexo feminino apresenta uma maior preocupação e cuidado com saúde, é possível observar nas unidades básicas de saúde a predominância de mulheres (SOUSA, 2018).

O gênero contribui para de forma significativa para o envelhecimento populacional, isso se deve as relações de poder e o papel exercido na sociedade. O estereótipo de que o homem é visto como ser viril e forte, conseqüentemente não é necessário preocupar-se com a saúde, ficando para a mulher o cuidado (SOUSA, 2018).

Todo processo inerente ao cuidado humano, passa pelo enfermeiro, faz-se necessário que o mesmo realize um planejamento de acordo cada paciente, cada lesão tem grau e necessita de uma avaliação e pode desencadear outras complicações para o paciente. Cabe ao enfermeiro o papel de prevenir LPP nos pacientes assistidos em sua área de cobertura, bem como realizar o tratamento (SANTOS, 2018).

Com isso, os artigos demonstraram diversas medidas que podem ser desenvolvidas, as principais encontradas foram: escala de Braden, mudança de decúbito, nutrição, hidratação. Essas estratégias se mostraram eficazes na prevenção das LPP, entendendo que tais condições variam de idoso para idoso, alguns com maiores probabilidades e risco (BARRETO, 2016).

A LPP está associada a fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como as modificações do processo de envelhecimento, ou seja, mudanças fisiológicas. A prevalência de tais fatores pode ser observada como uma dificuldade para a prevenção de feridas (MACHADO, 2019).

Os fatores intrínsecos são aqueles compreendidos no processo biológico, como: a idade avançada, nutrição, hidratação, as doenças crônicas, estado neurológico. Já os fatores extrínsecos são aqueles que sofrem interferência do ambiente externo, deficiência na mobilidade, a posição do paciente, cisalhamento e fricção (BARRETO, 2016).

A utilização da escala de Braden visa avaliar o risco e como medida preventiva das lesões por pressão em idosos acamados, seja no hospital, ou no domicílio. A escala permite analisar os fatores envolvidos na formação de lesões, sendo eles: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e cisalhamento, terminando pontos de corte para o risco do aparecimento de uma lesão (RODRIGUES, 2016).

Cada item da escala recebe uma determinada pontuação, variando de 1 a 4, quanto menor a pontuação, maior a probabilidade do indivíduo desenvolver uma lesão e quanto maior a pontuação, menor o risco. Quando a pontuação totaliza 6 a 9 representa um risco muito alto, 10-12 risco alto; 13-14 risco moderado; 15-18 risco leve e de 19 a 23 ausência de risco. O enfermeiro deve analisar cada um, visto que são fatores que contribuem para formação de feridas (RODRIGUES, 2016).

A escala mostrou-se eficiente na prevenção das LPP, bem como na redução do aparecimento de outras morbidades, quando usada de forma regular e correta, apresentando-se como uma estratégia primordial a ser adotada pelo enfermeiro, servindo como parâmetro para a tomada de decisão eficaz no cuidado. Portanto, torna-se imprescindível que os enfermeiros da atenção básica utilize-a corretamente com pacientes acamados em domicílio, sendo também importante orientar o cuidador sobre a utilização da mesma (RODRIGUES, 2016; PINTO, 2012).

A mudança de decúbito é uma medida simples e eficaz na prevenção de lesões, um cuidado de enfermagem que proporciona conforto e um tratamento de qualidade. A mudança de posição do paciente a cada duas horas foi instituída como benefício capaz de melhorar a oxigenação da pele, contribuindo para a qualidade de vida do idoso acamado. O

enfermeiro pode implementar durante a visita um relógio de fácil entendimento e acessível para o cuidador/ família (; DOMANSKY; BORGES, 2014; SANTOS, 2018).

O estado nutricional do paciente constitui-se um fator extrínseco para a formação de lesão por pressão. Com o avançar da idade, a pele vai perdendo turgor e elasticidade, diminuindo a capacidade de desempenhar suas funções e atuar como barreira contra agentes físicos e traumáticos, tornando-se cada vez mais frágil, o que faz com que pacientes desnutridos tenham 10 vezes mais chances de desenvolver uma LPP. A terapia nutricional tem contribuído significativamente para a prevenção, tratamento e para cicatrização tecidual, pois atua junto a processos inflamatórios (ZULIAN, 2011).

A hidratação é outro fator de extrema importância na prevenção das lesões, pois melhora o fluxo sanguíneo, além de manter o equilíbrio entre o meio externo e interno, além de evitar o ressecamento da pele. O creme de barreira é utilizado para ajudar na hidratação e recuperação do pH natural da pele (CALDAS, 2012).

Durante a realização do exame físico, o enfermeiro realiza a inspeção da pele no intuito de observar a integridade, qualquer mudança no aspecto deve ser tratada para que a lesão não evolua. Arelado a isso, a limpeza eficaz da pele, contribui para que a mesma se mantenha íntegra e livre de microorganismos (RESENDE, et al., 2006).

O idoso acamado é comumente aquele paciente em uso de fralda, com isso, é preciso atentar-se para realização da limpeza e proporcionar um ambiente seco após as eliminações vesicais e intestinais, pois, as fezes e urina comprometem as funções da pele, como pH, capacidade de realizar homeostase, combater agentes agressores, percepção sensorial, entre outras (RESENDE, et al., 2006).

Facilidades e dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro (a) para a realização da prevenção e cuidado domiciliar da LPP no idoso acamado

Em relação às dificuldades e facilidades encontradas pelo enfermeiro, dois artigos citaram a realização da não mudança de decúbito, pois os familiares não possuem tais conhecimentos de que uma mesma posição, juntamente com fragilidade da pele e outros fatores, contribuem para formação de lesões, bem como ocorre o processo de formação e fisiopatologia das LPP. Um artigo citou a questão da mudança de endereço quando o idoso retorna do hospital ou adoece, acaba sendo levado para a casa de familiares, o que dificulta a visita do enfermeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SOUZA, *et al.*; 2018)

Outros citaram a dificuldade e permanência dos fatores de risco que podem ser modificados, como a higiene corporal, a inspeção da pele, mudar posição, nutrição hidratação e fricção. Com a orientação sobre esses fatores, é perceptível a diminuição da estatística das lesões por pressão (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SOUZA, *et al.*; 2018; KAWATA *et al.*, 2013).

Santos (2018) relata a mudança de endereço quando o idoso retorna do hospital ou adoece como uma dificuldade para continuidade do cuidado na atenção domiciliar, pois

muitas vezes este acaba sendo levado para a casa de familiares, o que dificulta a visita pelo o enfermeiro devido a não localização do paciente.

A visita domiciliar é uma atribuição da saúde da família e permite que o enfermeiro realize atendimento coletivo e educação em saúde que consiste em um processo educativo capaz de proporcionar conhecimento acerca de determinado conteúdo, além de permitir que as pessoas possuam autonomia no que se refere ao autocuidado. Além disso, a VD faz com que o profissional conheça a realidade em que o indivíduo se encontra (FALKENBERG, *et al*, 2014).

Durante a visita o enfermeiro deve avaliar as condições do paciente acamado, realizar a inspeção da pele, observar os fatores de risco que cada paciente está exposto, assim, realizar um plano de cuidados com intervenções a serem cumpridas, adaptando-o para as diferentes situações e necessidades (SOUZA, *et al.*; 2018; KAWATA *et al.*, 2013).

Um resultado encontrado que contribui para redução de lesões foi à adesão e o entrosamento familiar, os cuidadores demonstraram-se participativos no que se refere ao cuidado. Segundo Santos (2018), a forma como o cuidador/ família segue as orientações passadas pelo enfermeiro, vão impactar diretamente nas condições de vida do idoso. É necessário que a equipe da atenção básica busque estratégias eficazes para aproximar a família e incluí-la no processo do cuidado e prevenção de lesões (SOUZA, *et al.*, 2017).

Os familiares dos idosos acamados precisam de orientações continuadas, pois, apesar de manter os cuidados para o não desenvolvimento de LPP, quando o paciente já se encontra com a lesão, torna-se mais complexo o processo de cicatrização e tratamento, visto que os cuidadores não possuem conhecimento suficiente (CHAYMITI; CALIRI, 2010).

A equipe de enfermagem da atenção básica deve fortalecer o vínculo com esses familiares, bem como realizar busca ativa, quando houver mudança de endereço do idoso, para isso, é preciso conhecer a área de abrangência da unidade e aproximar esses pacientes. A atenção primária é a principal ferramenta para prevenção e promoção da saúde, baseada nos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A LPP representa desconforto e sofrimento físico, quanto psicológico para o idoso que já se encontra fragilizado. Com isso, o enfermeiro pode desenvolver um plano de cuidados para proporcionar bem-estar para esse paciente, baseado não somente na condição física (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O plano de cuidados determina uma assistência de enfermagem global, visa identificar os problemas do paciente e suas necessidades humanas afetadas. Diante disso, estabelece prioridades, desenvolve estratégias para chegar-se a um resultado positivo e direcionado a cada paciente, melhorando a perspectiva de vida e minimização de agravos à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo foi possível analisar a atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento das LPP, bem como as dificuldades e facilidades nesta atuação. Os objetivos propostos foram atingidos, concluindo que a prevenção pode ser realizada através de um plano de cuidados com estratégias que visem a integridade da pele, medidas simples que reduzem o sofrimento desses indivíduos.

Portanto, cabe ao enfermeiro compreender os fatores de risco que contribuem para a formação de lesões e realizar visitas domiciliares e orientar aos familiares dos idosos. Entendendo que é parte do processo de cuidar, numa atuação holística durante a visita domiciliar.

Esta pesquisa tem intuito de contribuir para o âmbito acadêmico e para aprimorar o conhecimento de profissionais enfermeiros. Pois, as lesões representam custos elevados quando não tratada ainda no âmbito domiciliar, gerando sobrecarga na atenção hospitalar, quando o idoso precisa de institucionalização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir chegar a este momento de glória e conclusão deste estudo, por me proporcionar força, benefício e energia nos momentos de fraqueza.

Aos meus Orixás que sempre se mostraram presentes nas horas difíceis que passei.

Aos meus pais (*in memoriam*), que não se encontram entre nós, fisicamente, mas foram meu alicerce.

Aos meus professores que compartilharam ensinamentos e contribuíram para o meu amadurecimento e crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos, colegas e todos aqueles que fizeram parte de alguma forma dessa etapa decisiva em minha vida.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a minha orientadora Patrícia Honório, por toda paciência, experiência e contribuição para que este trabalho se concretizasse.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. et al. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 30, 2019.

BARRETO, Viviane Pinto Martins. Efetividade de superfícies de suporte na prevenção de lesões por pressão: um estudo experimental. 2016.

BAVARESCO, Taline; MEDEIROS, Regina Helena; LUCENA, Amália de Fátima. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 703-710, 2011.

BERNARDO, A. F. C. et al. Pele: Alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, 2019.

CALDAS, Célia Pereira et al. Prevenção da úlcera de pressão: resultados da ação educativa junto à equipe de enfermagem. 2012.

CONCEIÇÃO, A. S. et al. Ações da Enfermeira na visita domiciliar da Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo de Saúde**, v. 20, p. 1 –10, 2019.

CHAYMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlceras por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.

DOMANSKY, R.C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – Construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enf, Florianópolis**, v. 22, n. 4, p. 961–970, 2013.

LIMA, Lara Carvalho Vilela; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273- 280, 2009.

MACHADO, Lucas Correia Lima Rocha et al. Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da Escala de Braden. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e635-e635, 2019.

MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 520-525, 2007.

OLIVEIRA, L. S. B. *et al.* Os efeitos da capacitação da equipe de enfermagem sobre avaliação e cuidado de pacientes com feridas **BrazilianJournalofDevelopment**, v. 6, n. 5, p. 29707-29725, 2020. Disponível em:<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/10404>.>

PINTO, Eriane Nascimento. Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente: revisão integrativa. 2012.

SANTOS, Rosenilda Rodrigues et al. Educação em saúde: conhecimento dos enfermeiros para prevenção da lesão por pressão no domicílio. **Espaço para a Saúde**, v. 19, n. 2, p. 54-63, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981816/5-educacao-em-saude_612-1070-1-ed2.pdf. Acesso: 11 de Nov. 2022.

SANTOS, E.M.; MORAIS, S.H.G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiros. **Cogitare Enferm.** 2011 Jul-Set 16(3):492-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271712425_A_VISITA_DOMICILIAR_NA_ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_PERCEPCAO_DE_ENFERMEIROS. Acesso: 13 de nov. 2022.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

SOUZA VIEIRA, Vanete Aparecida et al. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

SOUZA, Nauã Rodrigues de et al. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Rev Estima**, v. 15, n. 4, p. 229-39, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/442>. Acesso 13 de nov. 2022.

RESENDE, Daniella de Moura; BACHION, Maria Márcia; ARAÚJO, Lorena Aparecida de Oliveira. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 168-173, 2006.

RODRIGUES, Layla Medeiros Santos. **Lesão por pressão x aplicabilidade da escala de Braden: uma revisão integrativa**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/38684>. Acesso: 11 de nov. 2022.

RODRIGUES, Carolina Amaral Oliveira et al. Risco de lesão por pressão em pacientes domiciliares: prevalência e fatores associados. **Revista Feridas**, n. 43, p. 1561-1569, 2020.

VANDERLEY, I. C. S. et al. Risco de lesões por pressão em idosos no domicílio. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-14], 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244597/38991>. Acesso: 12 de nov. 2022.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS REPERCUSSÕES DO ISOLAMENTO SOCIAL EM IDOSOS SOB CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Data de aceite: 02/01/2023

Saulo Igor Santana da Silva

Discente do curso de enfermagem da
faculdade de Ilhéus

Artigo Científico apresentado como cumprimento das atividades da disciplina Trabalho de Conclusão de curso, do Curso de Enfermagem, defendido em dezembro de 2022.

RESUMO: **Introdução:** A presente pesquisa trata dos paradigmas entre a saúde mental humana, aliado à função do profissional de saúde da Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro;
Pandemia Covid-19; idosos.

NURSES' ACTIONS IN THE
REPERCUSSIONS OF SOCIAL
ISOLATION IN THE ELDERLY UNDER
THE CONTEXT OF THE COVID-19
PANDEMIC

KEYWORDS: Nurse; Covid-19 pandemic;
Seniors.

1 | INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata dos paradigmas entre a saúde mental humana aliada à função do profissional de saúde da Enfermagem, sob o contexto pandêmico do COVID-19. O COVID-19, é uma doença causada pelo vírus SARSCov-2, com o surgimento na China, na cidade de Wuhan, no ano de 2019.

Assim, destaca-se o papel do Enfermeiro, como um dos profissionais que atuou na linha de frente com o propósito de tentar salvar vidas, na recuperação da saúde mental de idosos que sobreviveram, mas ficaram com as marcas na saúde mental deixadas pelo isolamento social.

Acredita-se que este trabalho seja relevante, pois....

Tem-se como problematização do trabalho, o seguinte questionamento: Como o enfermeiro pode atuar diante das repercussões à saúde mental de idosos deixadas pelo isolamento social, no contexto da pandemia do COVID-19? Logo, o objetivo geral do trabalho consiste

revisar o que versa a literatura sobre a atuação do enfermeiro nas repercussões do isolamento social em idosos sob contexto da pandemia do COVID-19.

No que tange aos objetivos específicos, o trabalho visa: Identificar quais os danos à saúde mental de idosos deixados pelo isolamento social no contexto da pandemia do COVID-19; quais medidas podem ser adotadas pelo profissional enfermeiro diante dos danos deixados pelo isolamento social na saúde mental de idosos.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Panorama mundial da covid-19

O novo coronavírus, de origem Chinesa, expandiu-se rapidamente em todo país, sendo que até o período de 30 de janeiro de 2020, houve sua exportação por até 20 países (GALLETA, 2021).

A referida epidemia, encontra-se em fase progressiva na boa parte do universo, diante a vulnerabilidade biopsicossocial que a pandemia tem causado, um aspecto essencial para seu combate, é a redução da circulação dos indivíduos em locais públicos, evitando aglomeração de pessoas, o que ficou conhecido como isolamento social (POZO-HERCE, 2020).

De acordo a recomendação advinda pelo governo do Reino Unido e outros países acometidos, medidas de distanciamento social são caminhos que os indivíduos podem tomar para diminuir a interação social, ajudando na redução da transmissão do coronavírus (POZO-HERCE, 2020).

Conforme aponta os dados oriundos da OMS, o total de casos confirmados é de 3.145.407 e 221.883 mil óbitos distribuídos em 214 países em todo planeta (WHO, 2020).

É importante destacar que o vírus da COVID-19 resultou em índices elevados de morbimortalidade e além dos prejuízos deixados à saúde, a pandemia também resultou em impactos diretos e negativos na vida humana, influenciando nas atividades cotidianas como, por exemplo, no trabalhar, aprender e se divertir nos momentos de lazeres, tendo portanto impactos econômicos, sociais e culturais (GALLETTA, 2021).

2.2 Profissional de enfermagem e a pandemia: aspecto geral

O profissional de Enfermagem possui relevância de protagonista na pandemia da Covid-19, pelo notório exercício hábil da sua classe profissional no que concerne a contribuição com o cuidado para a população, sob a ótica da integralidade humana.

Pelo contexto da grave crise sanitária oriunda da pandemia do coronavírus (Covid-19), a atenção em todo o mundo se inclinou à ciência e ao trabalho dos profissionais da saúde, diante da árdua luta contra a doença e em benefício da vida, mudando o status da profissão de um cenário de desvalorização para um de herói (QUEIROZ et al., 2021).

O reconhecimento da atuação desses atores nesse momento de crise pandêmica foi

campanha um evento marcante e histórico e de modo simultâneo expôs a desvalorização no que tange ao piso salarial imposto pelos governantes e empregadores para a contratação de profissionais da saúde para os hospitais de destinados à Covid-19 (Clementino et al., 2020).

Não há outro profissional que exerce a assistência como os profissionais de enfermagem, prestando serviços aos pacientes 24 horas por dia e possuindo, portanto, maior risco de se infectarem (VARGHESE et al., 2021).

Os profissionais da enfermagem e da saúde de um modo geral necessitam estar de forma instrumentalizada, bem como os gestores e os coordenadores precisam perpetuar um planejamento institucional que oferte capacitações contínuas, para lidar com a potencialidade que o contexto atual de pandemia oferece (PEREIRA et al., 2021).

3 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a qual visa buscar informações em materiais disponíveis nas plataformas eletrônicas, painéis, dissertações, teses, artigos científicos e livros. Será empregada também a pesquisa documental, analisando palestras, leis, revistas e documentos voltados para os estudos do papel significativo do profissional de Enfermagem diante às repercussões à saúde mental de idosos deixadas pelo isolamento social no cenário pandêmico do Covid-19. Foi utilizado como critérios de inclusão materiais publicados entre os anos de 2018 à 2022, utilizando-se dos seguintes descritores: Enfermeiro, Pandemia Covid-19, idosos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia do covid-19 impactou expressivamente na saúde das pessoas idosas, evidenciando uma maior necessidade de proteção, cuidado, promoção da autonomia e independência desse público.

No país, este desafio é enorme, afinal, sob o contexto da dramática desigualdade social, os indivíduos conhecem pouco acerca de todas as características do covid-19, certos locais não têm saneamento básico e em algumas casas existem a superlotação, como nas favelas. Assim, as equipes de saúde além de lidar diariamente com as lotações médicas e as mais diversas patologias, passou a labutar intensivamente em lutar pela vida, diante da pandemia da COVID-19 (COSTA, ET AL., 2020)

Para lidar com a pandemia da COVID-19, o mundo adotou medidas de contenção, por exemplo, a manutenção do isolamento e distanciamento social, o uso de máscaras faciais e bloqueio. Apesar dessas medidas serem eficazes, a elevada taxa de mortalidade evidencia que estas não foram o suficiente. Conforme os dados do Ministério da Saúde, a quantidade de morte acumuladas em 2021 é de 586.851, posicionando o país em quinto lugar mundial do ranking dos óbitos pela COVID-19. (BARBOSA ET AL., 2021).

Vale destacar que durante o processo da presente pesquisa, foi possível notar que os idosos demonstram um nível de dependência maior quando eles vivem sozinhos ou quando são submetidos a mudanças repentinas em sua vida, como por exemplo a perda do companheiro ou de algum familiar.

Esses acontecimentos refletem não só em suas condições físicas, mas principalmente em suas condições emocionais, podendo intervir em sua qualidade de vida.

Ao considerar toda a coleta de dados no presente estudo, constatou-se que o processo pandêmico da covid-19 teve impacto negativo na saúde psíquica e física do grupo de pessoas idosas. Em decorrência da velhice, o organismo do idoso não terá a mesma funcionalidade em que teria durante a sua idade jovem/adulta, neste sentido, o envelhecimento é considerado como ponto negativo no enfrentamento da covid-19.

4.1 Covid-19 e danos psicológicos à saúde dos idosos

O processo do isolamento social tornou-se a medida mais eficaz para que a curva de transmissão do vírus fosse reduzida em muitos países, no entanto, ele modifica de forma impactante os hábitos de vida das pessoas em todas as vertentes.

4.2 Papel do enfermeiro aos idosos no cenário pandêmico

É fundamental abordar acerca do papel protagonista do profissional de enfermagem como instrumento para beneficiar a qualidade de vida dos idosos, uma vez que o grupo de idosos possuem necessidades que demandam por cuidado integrais e em âmbitos clínicos, sociais, culturais e biológico, a partir do princípio do cuidado humanizado.

Em decorrência da crise gerada pelo contexto pandêmico, surgiu um grande desafio para as equipes de enfermagem no desempenho da sua assistência e acolhimento para com a sociedade, especialmente para com o grupo idoso, haja vista que eles pertencem ao grupo de risco para COVID-19, por terem maior exposição a vulnerabilidade aos agravos que o novo coronavírus pode acarretar (CORONGO et.al 2020).

Assim, o profissional de enfermagem possui importante função na atenção a saúde dos indivíduos idosos, marcando a assistência prática com cuidado preventivo, clínico e educacional, com a finalidade de viabilizar melhores condições de vida para os idosos, proporcionando melhoria ao contexto em que o Brasil se deparou com elevadas taxas de mortalidade nessa população.

Ante o exposto, averigua-se que a enfermagem é essencial no que tange a melhoria da qualidade de vida inerente à pessoa idosa, bem como para reduzir os riscos que a doença predispõe à essa população (NUNES, 2020).

Os profissionais de enfermagem devem buscar por novas práticas e ações para melhor atender a demanda advindas dos idosos de modo segura e eficaz. Uma vez que, além de toda problemática advinda do contexto pandêmico, os idosos ainda se deparam com complicações em decorrência do envelhecimento, como por exemplo, características

personais e a alta taxa de doenças crônicas pré-existentes, necessitando de cuidados especiais, que perpassam desde ações preventivas, tratamento à reabilitação. (CORONGO et.al 2020).

Em meio ao cenário pandêmico foi fácil constatar a precisão de uma atenção que estivesse voltado as peculiaridades de cada idoso, afinal, estes apresentam demandas distintas e complexas que precisam de uma atenção maior, tendo em vista que o idoso já sofre com a fragilidade decorrente do processo de envelhecimento.

Desse modo, os enfermeiros se tornam protagonistas, à medida que, atuam em áreas distintas, suprimindo as necessidades dos idosos através da prevenção, promoção e vigilância em saúde, sem contar a atenção especializada (FREITAS, 2022).

Dessa forma, a população idosa possui muitos fatores de risco que facilitam o processo de contágio pela covid-19 e também apresentam muitos fatores que determinam maior risco de agravamento e mortalidade pela COVID-19. Assim, o papel assistencial da enfermagem enseja de modo mais efetivo de modo integral, visto que por intermédio de diagnósticos de enfermagem feitos pelo profissional, se faz possível realizar a identificação dos problemas como um todo e dos problemas específicos que rodeiam a vida da pessoa idosa, e se torna possível adotar medidas e ações para beneficiar sua qualidade de vida. (FREITAS, 2022).

A população idosa pertence a um grupo de risco, pois tem facilidade para serem contaminados com o coronavírus e possui maiores consequências negativas da patologia, ao considerar os seus agravos e em ocasiões mais extrema o óbito. Portanto, medidas profiláticas foram realizadas para o grupo de idosos, por exemplo, o distanciamento social com o objetivo de impedir a contaminação entre eles. Por consequência do distanciamento social se fez preciso que os idosos ficassem por mais tempo dentro de suas residências. (BARBOSA et.al, 2021).

Assim, Barbosa et al. (2020), frisam em seu estudo que, nas hipóteses em que a assistência deva ser prestada dentro das casas, se for possível, o profissional enfermeiro deve realizar uma avaliação para analisar se o ambiente é de fato apto para a continuidade da prestação de cuidados.

Constatou-se também que, se faz preciso a criação de vínculo eficaz de comunicação entre o enfermeiro ou equipe de saúde e o paciente e demais familiares, para atingir a identificação das necessidades precisas, e ao oferecimento das orientações e cuidados precisos.

Ademais, as pessoas e familiares ou auxiliares necessita receber orientações em relação as medidas preventivas de infecção, como por exemplo: usar máscara, álcool em gel, lavar das mãos com água e sabão dentre outras questões controladoras a proliferação da patologia, a fim de se ter meios mais eficazes para se manter o convívio com o idoso de modo mais seguro.

Conforme alude Santos et al. (2020), com o processo pandêmico houve um olhar

diferenciado para a vivência dos idosos, sua saúde, condições socioeconômicas e apoio aos seus familiares.

Sendo assim, o grupo de pessoas idosas se torna de risco em decorrência das suas vulnerabilidades naturais ante ao processo de envelhecimento, mostrando suas especificidades o que acarreta negativamente toda rede familiar e não somente se limitando ao idoso.

Ante a situação retratada, é fundamental que a equipe de saúde tenha a capacidade do amparo e proporcionar assistência exata e humanizada não somente para o idoso, mas também para aqueles que fazem parte das suas convivências, afinal todos se encontram preocupados devido as consequências da doença no idoso.

Observa-se que os enfermeiros têm habilidades para exercer a função do cuidado ao idoso de forma primordial, devido as suas contribuições e ações preventivas, por meio da educação em saúde, assim também na intervenção de cuidados aos idosos afetados pela covid-19. Mediante ao cenário pandêmico, a equipe de enfermagem visou determinar diretrizes para inviabilizar o contágio de paciente para o profissional e vice-versa através de um manejo seguro para o paciente bem como para o profissional (SANTOS et.al 2020). A assistência de enfermagem está voltada ao cuidado humanizado e específico de cada paciente, com diagnósticos de enfermagem e intervenções para contribuir de forma positiva na vida do idoso.

Com o intuito de combater o vírus e de não proliferar a patologia, os profissionais de enfermagem usam EPI'S (Equipamentos de Proteção Individual) como: luvas de procedimento, óculos, máscara n95, para o pé, gorro, avental descartável, protetor fácil e realizam a higienização das mãos de forma adequada com água e sabão e o uso álcool 70%, além de evitar o contato das mãos com as mucosas: olhos, nariz e boca. (BARBOSA et al., 2021).

Então, constata-se a importância do papel da enfermagem na assistência à saúde a pessoa idosa no contexto pandêmico desempenhando a atenção por intermédio do manejo clínico, realização da elaboração de intervenção e atenção ao paciente para enfrentar o covid-19.

Sem contar com a realização da assistência no cuidado, ele tem a preocupação com a sua biossegurança, com a finalidade de assegurar a saúde do idoso. Melo e demais colaboradores (2021) afirmam que, o princípio da enfermagem tem por fundamento o cuidado, entretanto, é essencial uma maior precaução a sua saúde, visto que é imprescindível para oferecer cuidado ao outro. Esse cuidado tem por finalidade impedir danos físicos, mental ou emocional, no dia a dia em seu trabalho.

É válido salientar a importância da reflexão acerca da qualidade dos serviços de autocuidado voltados aos idosos, para que proporcione ao enfermeiro uma visão panorâmica de todos os aspectos que envolvem indivíduos, pois, isso pode levar a interações interpessoais benéficas e produtivas.

O objetivo do desenvolvimento do cuidado ao idoso é identificar e demonstrar que suas vidas possuem valor, especialmente durante o processo de pandemia de covid-19, para promover cuidado e assistência com o intuito de identificar os fatores condicionantes aos agravos da patologia devido a sua vulnerabilidade. As orientações de enfermagem foram feitas a partir das necessidades de cada indivíduo bem como sua gravidade durante a pandemia, trazendo novo sentido as vivências neste processo, trazendo importância para o idoso como centro de atenção, necessidades, anseios e responsabilidade (BALESCO, 2020).

É cabível ao profissional de enfermagem trilhar as ações no que tange ao gerenciamento, abrangendo também na organização dos fluxos dos pacientes, verificando sinais vitais, e identificando o aparecimento de sinais e sintomas de gripe, orientando quando ao distanciamento dos indivíduos dentro do ambiente, com distância de 1 metro entre assentos, poltronas e leitos. Reforçar a educação em saúde, ao realizar anúncios sobre o vírus, auxiliando os idosos que possuem deficiência cognitiva, com o objetivo de relatar sobre a importância de se manter a higiene através da lavagem das mãos e o uso do álcool a 70% (SILVA, 2020).

Balesco (2020), relata que além das contribuições e assistências na linha de frente contra o covid-19, o profissional de enfermagem demonstrou inovações ao prestar assistências nas demais integralidades da saúde, fazendo uso da tecnologia 39 por meio de comunicação remota, utilizando de meios tecnológicos como a internet e rede social, canais de comunicação e aplicativos de telefone celular. Esses métodos contribuíram de forma significativa para monitorar as pessoas idosas que se encontram reclusas da sociedade devido ao distanciamento social. Neste sentido, os profissionais de enfermagem utilizaram as redes sociais e vídeo conferência como meio para conscientização e informação a população. (NEVES et al. 2020).

Neste cenário atípico, o enfermeiro assume vários papéis como promotor de saúde da família, por permanecer em liam com a família, bem como os familiares, sendo este contato por intermédio do uso das tecnologias, reforçando a responsabilidade dos familiares e do idoso ao promover sua autonomia, diante aos cuidados como o uso de medicações, bem como na promoção de assistência especializada de acordo com cada realidade no contexto do isolamento. (BALESCO, 2022).

Através do estudo, é possível observar que as assistências em enfermagem proporcionam melhores qualidades de vida e saúde para a população idosa, logo que o profissional neste cenário de isolamento social em consequência da pandemia de covid-19 orienta, dialoga, assiste e cuida de maneira eficaz. Ainda, conversa e orienta de maneira ética aos responsáveis pelos idosos, os familiares ou amigos. (BALESCO, 2020)

5 | CONCLUSÃO

Observou-se no estudo que o processo de envelhecimento propicia várias mudanças na vida do indivíduo, sejam elas a realizar as suas atividades diárias e ter a sua independência ou associadas as patologias que costumam aparecer neste processo.

A capacidade física dos idosos por estarem debilitados, os força a se adequarem a essa nova condição, o que pode ser visualizado pelos graus de dependência que ele irá apresentar, sejam elas através das limitações físicas que refletirá em conseguir realizar as atividades do dia a dia, ou nas limitações voltadas a saúde mental que poderá ser identificada ao nível que o idoso conseguirá se recordar de algo recente, ou memória distante.

Além das várias mutações que o idoso é submetido em detrimento do processo de envelhecimento, houve o isolamento social da pandemia do novo coronavírus que trouxe diversos efeitos negativos a qualidade de vida desse público.

REFERÊNCIAS

BALESCO, Angelica Gonçalves Silva; FONSECA, Cassiane Dezotti da. Rev. Bras. Enferm. vol.73 no.2 Brasília. 2020. Mar 27, 2020.

COREN-BA, Bahia, 2020. Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (ANVISA). Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/equipamentos-de-protecao-individual-epiconforme-protocolo-de-manejo-clinico-para-novo-coronavirusanvisa_55197.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

CORONAGO, Virginia Maria Mendes. BILHÕES, José Ricardo de Souza Rebouças. SILVA, Larissa Souza Lima. Isolamento social e idosos frente ao covid-19: afeto e cuidado em tempos de pandemia. Rev: interdisciplinar de sociologia e direito. Niterói, RJ, 2020.

COSTA, Dalva Marques, Os desafios do profissional de enfermagem mediante aos desafios da covid-19. Gestão & Tecnologia Faculdade Delta Ano IX, V. 1 Edição 30. 2020.

DAVID, H. M. S. L. et al. (2021). Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? Rev. Gaúcha Enferm., 42.

QUEIROZ, A. M. et al. (2021). O 'NOVO' da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? Acta Paulista de Enfermagem, 34.

MIRANDA, F. B. G. et al. (2021). Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. Escola Anna Nery, 25.

GALLETTA, M., et al. Preocupações, preparação e impacto percebido da pandemia de Covid-19 na saúde mental das enfermeiras. 2021.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; OLIVEIRA Henrique Souza Barros de. Liga de Estudos do Processo do Envelhecimento (LEPE). Revista portal de divulgação. 2018.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; MENEZES, Tânia Maria de Oliveira; PEDREIRA, Larissa Chaves; AMARAL, Juliana de Bezerra. Repercussões do isolamento social de pessoas idosas durante a pandemia da covid-19. Rev: baiana Enfermagem. 2022

NEVES, Danimara Miranda; MOURA, Graziela da Silva; GERMANO, Sibebe Naiara Ferreira; CACIANO, Kelly Regina Pires da Silva; OLIVEIRA, Hadelândia Milon; GARRIDO, Marília da Silva. Tecnologia Móvel para o cuidado de Enfermagem durante a pandemia de covid-19. Rev: enfermagem em foco, 2020.

POZO-HERCE, D. et al. (2021). Psychological impact on nursing professionals at the Rioja Health Service (Spain) due to the SARS-CoV-2 virus. *Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, 18 (2), 580.

SILVA, Marcos Vinicius Souza; RODRIGUES, Jéssica de Almeida; RIBAS, Mylena de Souza; SOUSA, Jéssica Cristina de Santana; CASTRO, Thiálita Rebeca Oliveira; SANTOS, Beatriz Andrade; SAMPAIO, Juliane Messias Cordeiro. O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia do covid-19. Rev: enfermagem Brasil. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponível em: <http://Geneva.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

VARGHESE, A. et al. (2021). Declínio na saúde mental de enfermeiras em todo o mundo durante COVID-19: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Journal of global health*. 2019. Geneva.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019.

BARBOSA, M. M. A.; DUARTE, R. B.; NASCIMENTO, C. E. M.; COSTA, J. B Lima, L. R. O protagonismo da enfermagem no cuidado ao idoso em tempos de covid-19. *Revista Brazilian Journal of Development*. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-29>. Acesso em: 08 nov. de 2022.

COSTA, F. A.; SILVA, A. S.; OLIVEIRA, C. B. S.; COSTA, L. C. S. Covid-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa/covid-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Revista Brazilian Journal of Development*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-580>. Acesso em: 10 nov. de 2022.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PACIENTES OSTOMIZADOS COM DOENÇA DE CROHN: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 02/01/2023

Isadora Uchoa de Andrade

Graduando(a) Isadora Uchoa de Andrade do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac

Maira Rodrigues Nascimento

Graduando(a) Maira Rodrigues Nascimento do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac

Walquiria Lene dos Santos

Docente do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. Orientador (a): Profa. Ms. Walquiria Lene dos Santos.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar e trazer uma visão geral da assistência de enfermagem que é prestada ao paciente ostomizado que possui a doença de Crohn. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa com

abordagem quanti qualitativa que deu enfoque principalmente aos cuidados de enfermagem, alterações fisiológicas, sintomas, epidemiologia, fisiopatologia e as reações psicoemocionais e sociais que ocorrem após a realização da intervenção. Observa-se que a ostomia traz diversas adaptações, mudanças nos hábitos de vida, reações emocionais e mesmo que adaptados os pacientes ainda apresentam grandes dificuldades. Recomendando-se assim que o profissional enfermeiro se especialize ainda mais em conhecimentos sobre doenças intestinais e ostomias, visto que as mesmas vem aumentando ano a ano, podendo assim: auxiliar, contribuir e proporcionar uma melhor adaptação e qualidade de vida ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: 1º Ostomia; 2º Enfermagem; 3º Doença de Crohn.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze and provide an overview of the nursing care that is provided to ostomized patients who have Crohn's disease. For this, an integrative literature review was carried out with a quantitative and qualitative approach that focused mainly on nursing care, physiological changes, symptoms, epidemiology, pathophysiology

and the psycho-emotional and social reactions that occur after the intervention performed. It is observed that the ostomy causes and brings several adaptations, changes in life habits, several emotional reactions and even if adapted, patients still have great difficulties. Thus, it is recommended that the professional nurse specializes even more in knowledge about intestinal diseases and ostomies, since they are increasing year by year, thus being able to: assist, contribute and provide a better adaptation and quality of life to the patient.

KEYWORDS: 1° Ostomy; 2° Nursing; 3° Crohn's disease.

1 | INTRODUÇÃO

No contexto de população mundial, o número de pessoas com estomias pode chegar a 0,1%. Segundo um estudo realizado no Reino Unido no ano de 2002, foi estimado que existissem 80.000 pessoas com estomia, das quais dentro desse quantitativo, 50.000 eram colostomias; 20.000 ileostomias e 10.000 urostomias. É estimado que nos Estados Unidos tenham cerca de 650.000 à 730.000 pessoas que vivam com estomia permanente, falando de contexto nacional, no Brasil existem limitadas referências a quantidade de pessoas com estomia, segundo a International Ostomy Association, presume-se que em 2018 haviam aproximadamente 207.000 pessoas com estomias (SOBEST, 2021).

Os casos de doenças inflamatórias intestinais estão aumentando com o passar dos anos, simbolizando uma epidemia mundial e gerando morbidade (ZHOU et al, 2017). Em países do ocidente, a incidência de DII é mais alta, com um número maior de casos na Austrália, norte da Europa, Reino Unido e América do Norte (KHORSHIDI et al, 2020), nos últimos anos a em países orientais a incidência vem aumentando (PARK; JEEN, 2019). Tratando-se de países ocidentais a incidência em pessoas adultas é de 0,5% que sofrem com doença inflamatória intestinal (MAGRO *et al.*, 2018).

Entre homens e mulheres, de 15 a 30 anos de idade a doença tem prevalência homogênea, embora a doença possa acometer pessoas em qualquer idade. Pode ocorrer um pequeno pico em indivíduos de 50 a 70 anos, e em pessoas menores de 18 anos a incidência é de 10% dos casos. Verifica-se um risco aumentado para câncer de intestino quando a doença é caracterizada como de longa duração (> 8 a 10 anos). (GAMEDII, 2019)

A doença de Crohn (DC) pode abranger o trato gastrointestinal em todo o seu segmento, da boca ao ânus, e se caracteriza como doença inflamatória crônica, porém, as regiões que mais são mais lesionadas pela doença são: região do íleo e o cólon. A lesão pode expandir-se para todas as porções do intestino levando a um espessamento e estreitamento intestinal (CARNAVEALLE *et al.*, 2021).

As causas que podem acometer as doenças inflamatórias intestinais (DII), descritas como inflamações crônicas, são desconhecidas, mas sabe-se que podem acometer pessoas com predisposição genética (POCHARD et al, 2018). Contudo, fatores externos são relevantes para a instalação da doença, como estresse, qualidade de sono, prática regular de exercícios físicos, depressão, tabagismo, localização geográfica e consumo

excessivo de álcool. (KHORSHIDI et al, 2020). As DII's têm como as principais doenças reconhecidas a retocolite ulcerativa e doença de Crohn (DC).(KHORSHIDI *et al.*, 2020)

A realização de uma estomia é vista como perda da função primária de evacuação a qual é realizada pelo ânus, e passa a ser de forma secundária, ou seja, por uma abertura abdominal. Uma nova realidade é posta para o paciente. Essa condição afeta de forma individual cada paciente, dependendo da sua capacidade adaptativa, emocional, forma de enfrentamento à doença x qualidade de vida, pode-se fazer presente sentimentos de banimento, intimidação e rejeição diante da sociedade. (DE FARIA *et al*, 2018).

A elaboração de um plano de é primordial quando se trata de planos de cuidados que forneçam conforto, bem-estar amplo e vida social ativa aos pacientes com doença de Crohn e estomizados, com isso, a enfermagem exerce um papel de suma importância, devendo ser um profissional que tenha empatia de se colocar no lugar do paciente e aos sintomas físicos que o atingem e que levam à impactos psicossociais (CARNEVALLE *et al.*, 2021).

A escolha por abordar esse tema é gerar conhecimentos sobre pacientes estomizados com a doença de Crohn, tendo em vista o grande crescimento da doença nas últimas décadas e o papel de profissionais enfermeiros diante desse paciente. Pretende-se mostrar alguns aspectos relevantes sobre a DC, seu diagnóstico, pessoas mais acometidas, a necessidade de estomia, tratamentos e a função do profissional enfermeiro diante disso.

O estudo se justifica pela necessidade de conhecer as várias percepções que envolvem o tema como: epidemiologia, fisiopatologia, genes que acometem a doença, percepção do paciente ao processo autocuidado-doença, fatores emocionais, entre outros; possibilitando a ampliação de conhecimento e uma perspectiva totalizante do paciente para profissionais enfermeiros.

Segundo Oliveira et al (2020), a enfermagem desempenha uma incumbência substancial na aplicabilidade de intervenções na atenção ao paciente ostomizado, tendo assim, uma atribuição instrutiva de encorajamento e fortalecimento de aceitação ao autocuidado. A educação em saúde ao cliente e planificar a alta hospitalar é primordial para uma assistência de qualidade.

2 | QUESTÃO NORTEADORA OU PROBLEMA

Objetivando a contemplação dos objetivos propostos, fez-se necessário o norteamento das atividades a partir das questões que nortearam o trabalho empreendido na área.

1. Qual fisiopatologia, da doença de Crohn?
2. Quais os principais impactos na vida de um paciente estomizado com doença de Crohn?

3. Quais são os diagnósticos de Enfermagem nas dimensões de saúde-doença frente a um paciente com doença de Crohn e estomizado?
4. Quais as ações de promoção e educação em saúde realizadas por profissionais de enfermagem em pacientes estomizados para a doença de Crohn?
5. Como capacitar profissionais da equipe de enfermagem para o atendimento de pacientes com doença de Crohn e estomizados?

3 | OBJETIVOS

3.1 Geral

Apresentar as concepções, sintomas e diagnósticos da doença de Crohn.

3.2 Específicos

Conhecer as implicações das intervenções de enfermagem em estomaterapia na adaptação ao estoma e na qualidade de vida das pessoas com estomia de eliminação;

Apresentar o tratamento da doença de Crohn;

Demonstrar o planejamento da equipe de Enfermagem na assistência aos portadores de DC;

Citar as intervenções de enfermagem referentes à pessoa com estomia;

Conhecer os principais problemas enfrentados para o diagnóstico e tratamento de DC.

4 | REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Fisiopatologia da doença de Crohn (DC)

A Doença de Crohn (DC) se caracteriza como uma doença inflamatória intestinal de origem incompreendida, determinada pela agressão seccionada, não simétrica e transmural que pode alcançar alguma fração do tubo digestório, ou seja, da boca ao ânus. A doença pode se mostrar de três formas, são elas: fistulosa, fibroestenossante e inflamatória (BRASIL, 2017).

O cólon, região perianal e íleo são as porções mais arremetidas do tubo digestivo, além dos sintomas no sistema digestório, a DC pode ter apresentações extraintestinais, das quais as mais recorrentes são as reumatológicas, oftalmológicas e dermatológicas. A prevalência e a incidência em países desenvolvidos apresentam-se na média de 50: 100.000 e 5: 100.000, respectivamente. Foi realizado um cálculo de que no Brasil, mais especificamente na cidade de São Paulo a prevalência encontrou 14,8 casos por 100.000 habitantes. A doença de Crohn tem o seu aparecimento usual na faixa de 20 à 30 anos, mas podem acometer pessoas em todas as faixas etárias (BRASIL, 2017).

O processo de inflamação estende-se através das paredes dos órgãos na doença

de Crohn, abrangendo todos os segmentos intestinais (BILSKI et al., 2019), contudo, pacientes com doenças inflamatórias intestinais têm maior chance de desenvolver câncer colorretal (CCR), com uma chance amplificada de 8% na DC após 30 anos de doença. (POCHARD *et al.*, 2018).

Segundo Machado et al (2021), se teve conhecimento da doença de Crohn em 1932 e se trata de uma inflamação intestinal crônica, o procedimento da pesquisa é conhecer a assistência de enfermagem à pessoas com a doença de Crohn juntamente com a necessidade da realização de uma estomia que podem ser confeccionados de forma temporária ou definitivos; e também se justifica como intermédio que viabiliza a percepção e abrangência dos conceitos e noções acerca da doença e tudo que a envolve, e a importância do profissional e sua assistência a pacientes estomizados com a doença de Crohn. (BRASIL, 2017).

Pessoas que vivem com as doenças crônicas intestinais, como a doença de Crohn, por muitas vezes tem a estomia associada, que envolvem questões físicas, emocionais e psicossociais que interferem na vivência cotidiana. A qualidade de vida desse indivíduo está agregada com insuficiências relacionadas a autonomia e autocuidado. Epidemiologicamente os dados que fazem referência às pessoas estomizadas no contexto nacional e internacional são inconclusivos, escassos e desatualizados. (DE FARIA *et al.*, 2018).

Uma doença crônica inflamatória intestinal pode ser a causa da realização de uma estomia, que consiste em uma fissura artificial criada entre órgãos internos e o meio externo por intervenção cirúrgica, a denominação da estomia é definida de acordo com a secção que foi exteriorizada, quando se trata de doença de Crohn que é caracterizada como doença crônica inflamatória intestinal, falamos de gastrostomia e jejunostomia (estomia de alimentação) e ileostomia e colostomias (estomia de eliminação); entre as estomias, as de eliminação ganham destaque pelo propósito de ser o meio de eliminação de gases e fezes, a estomia se torna necessária como parte de uma mediação cirúrgica planejada/eletiva ou resultante de um evento de emergência. (SOBEST, 2021).

Alguns estomas são confeccionados como medidas temporárias ou definitivas, como questões a serem definidoras na temporalidade de uma estomia pode-se citar: agravos de saúde e condições técnicas e cirúrgicas; as estomias temporárias têm maior incidência nos traumas por arma branca ou arma de fogo, havendo necessidade de um desvio até que ocorra a cicatrização e se realize a reversão. Já a estomia permanente tem indicação quando há perda na função peristáltica, diretamente relacionada a tumor de reto e doenças inflamatórias. (JACON *et al.*, 2018)

A DC cirurgicamente incurável ou clínica é marcada por episódios de remissões e ativações, a sua distinção é realizada pelo Índice de Harvey-Bradshaw (IHB). Pacientes assintomáticos (IHB menor ou igual a 4) e que não fazem uso de corticóides são considerados em remissão sintomática. Pacientes com doença leve a moderada (IHB de 5 a 7) geralmente são atendidos somente no ambulatório, seguem dieta específica,

boa hidratação, sem massas abdominais palpáveis, não apresentam obstrução intestinal. Pacientes acometidos com doença moderada a grave (IHB igual ou superior a 8) estão bem acometidos e apresentam sintomas, como: febre, perda de peso, dor abdominal, anemia ou diarreia frequente. (BRASIL, 2017).

Independente do Índice de Harvey-Bradshaw que o paciente apresente o sintoma mais comum para o diagnóstico é a diarreia, continuado por sangramento (40%-50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%). Entretanto, os sinais mais habituais são caquexia, fístulas e fissuras perianais, caquexia, febre e palidez. Nos exames de ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC), as descobertas mais específicas são encontradas no intestino delgado associado à presença de fístulas. (BRASIL, 2017).

O tratamento da doença de Crohn será definido segundo a área que a doença está acometendo, o grau e agravamentos. Cada paciente possui uma tolerância ao tratamento e resposta sintomática o que irá levar a um tratamento singularizado. De forma generalizada, o tratamento de DC é complicado o que requer capacitações clínicas e cirúrgicas, o tratamento é realizado com antibióticos, aminossalicilatos, imunossupressores e corticosteroides, e o objetivo é incitar a remissão clínica, ascensão do bem-estar global do paciente, seguidamente, estabilidade da remissão. O tratamento cirúrgico por sua vez, é inevitável para tratar oclusões, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento medicamentoso. Corticosteróides, imunossupressores e terapias anti-TNF tem um desempenho mais regular ao longo do trato digestivo, contudo, antibióticos, mesalazina e sulfassalazina não têm o exercício estável ao longo do trato digestivo. (BRASIL, 2017).

4.2 Implicações Éticas-Habilidades e Competências

O cuidado à pessoa com estomia é heterogênea, intrincado e definido por diversos fatores. Profissionais da área da saúde, sobretudo, os enfermeiros estomaterapeutas atuam diretamente na assistência ao paciente estomizado. (SOBEST, 2021).

A partir do momento em que a realização profusa desta técnica de cirurgia ao redor do mundo como parte de tratamento de danos à boa disposição física e mental, como o câncer e as doenças inflamatórias crônicas intestinais. Com isso, foi elaborado no Brasil um consenso nacional para contribuir com a assistência a pacientes estomizados e implementar o autocuidado, de forma que o desempenho na reabilitação e vida social sejam capazes de serem fundamentados com propriedade e segurança, diminuindo os riscos de complicações. (SOBEST, 2021).

O consenso foi elaborado de forma coordenada por especialistas em estomia de todo o Brasil, levando em consideração preceitos predeterminados, o que possibilitou resultados concretos a respeito de questões complexas e englobantes, como pode ser caracterizada a assistência à saúde de pacientes com estomia. No ano de 2020, em que a Enfermagem deteve visibilidade mundial e na qual se comemoram os 30 anos de Estomaterapia no Brasil foi elaborada o consenso, é um tema de grande expressividade,

haja vista, que as teses da pessoa com estomia ainda tem limitada visibilidade, tal qual pela média como no contexto acadêmico. Desse modo, ter um registro baseado em indicadores científicos proporciona chances e sustenta equipes de profissionais de saúde e pessoas com estomias. (SOBEST, 2021).

4.3 Promoção em Saúde

A inquietude em diminuir as contrariedades provenientes com a confecção do estoma engloba o desenvolvimento de dispositivos coletores e ajudante para o cuidado, assim como, o serviço de assistência de enfermagem que visa melhorar o bem estar geral do paciente, no intuito de abranger esse contexto, o cuidado de enfermagem visa intervenções para proporcionar educação em saúde visando o autocuidado, apoio sócio emocional, deixando de lado o processo desusado de saúde-doença e trazendo à realidade uma visão holística do paciente estomizado com doença de Crohn. (DALMOLIN *et al.*, 2020).

As intervenções fazem parte da assistência de enfermagem com íntima relação às influências gerencial, educativa e clínica; levando em consideração que o profissional enfermeiro é de extrema importância no planejamento e intervenção das intervenções de enfermagem, objetivando o desagravo, promovendo independência e cuidado pessoal. Os cuidados de enfermagem podem ser classificados em diretos e indiretos, onde é necessário dar importância às particularidades de cada paciente e seu contexto de vida. Desse modo o enfermeiro tem colaboração na prevenção como na reabilitação em saúde, sendo qualificado para exercer a atribuição de revolucionário no cuidado, estruturando uma atuação estratégica que salienta o fazer/cuidar da enfermagem. (DALMOLIN *et al.*, 2020)

5 | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa integrativa com abordagem quanti qualitativa. Segundo De Souza et al (2010), a revisão integrativa possibilita uma condensação de compreensão e prestabilidade de resultância de estudos significativos, esse método é realizado por meio da Prática Baseada em Evidências (PBE), a qual utiliza condutas orientadas pelo cuidado clínico, na sapiência e na propriedade da evidência, envolvendo três pilares: identificação da adversidade clínica, definição dos conhecimentos necessários, e a direção e administração da busca por estudos na literatura contando com sua qualificação crítica, a valência de aplicação de dados, como por fim o propósito e finalidade de sua utilização.

A revisão integrativa foi realizada em base de dados eletrônicos: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Consenso Brasileiro, SOBEST, Ministério da Saúde, desenvolvido nos últimos 5 anos.

Foram utilizadas como termo de pesquisa as seguintes palavras chaves: “Doença de Crohn”, “Estomia”, “Bolsa de Colostomia”, “Assistência de Enfermagem a Ostomia”. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português e inglês, condizentes com os objetivos do estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos não relacionados com o tema.

Durante a busca foram realizadas a combinação dos seguintes descritores em Ciências da Saúde DeCS: “doença de Crohn” or “ostomia”, “bolsa de colostomia”, “assistência de enfermagem” a “ostomia”.

6 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor apresentação dos dados, os resultados foram distribuídos em 3 grupos temáticos: Doença de Crohn e Ostomia e Bolsa de colostomia e assistência de Enfermagem a ostomia e assistência de enfermagem as ostomias.

Utilizando em base de dados o termo “doença de Crohn” foram encontrados 12.626 artigos, em seguida foi utilizado filtro para “doença de Crohn”, selecionando artigos dos últimos cinco anos publicados em língua portuguesa, pré-selecionados 23 artigos, sendo utilizado um estudo. O termo “ostomia” foi utilizado, sendo encontrados 2.169 artigos, pré selecionando 119 artigos, utilizados três artigos:

Autor/ano	O que é a doença de Crohn	Diagnósticos da doença de Crohn	Percepção dos pacientes quanto ao estomia	Percepção do paciente com doença de Crohn	Atuação da Enfermagem em paciente com doença de Crohn e/ou estomizados
Lopes, Costa, Silva, Fernandes, 2019.	A doença de Crohn (DC) é uma patologia do trato gastrointestinal, de etiologia desconhecida, e que acomete, especialmente, a faixa etária jovem. Essa morbidade é classificada como uma doença inflamatória intestinal, mas também pode apresentar manifestações clínicas em outros sistemas, e está associada a complicações importantes, o que a torna um sério problema de saúde pública a nível global.	Foram elaborados diversos diagnósticos de enfermagem: Ansiedade, Padrão de sexualidade ineficaz, Recreação deficiente, Conforto prejudicado, Disfunção sexual, fadiga, medo, insônia, náusea, diarreia, dor aguda, nutrição desequilibrada, integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada, interação social prejudicada, vulnerabilidade de baixa autoestima, vulnerabilidade de constipação de infecção e de Integridade da pele prejudicada.			O enfermeiro como facilitador do cuidado aos indivíduos que convivem com a DC, dispendo de uma assistência qualificada e integral. O profissional deve usufruir das tecnologias de saúde para o cuidado sistematizado e resolutivo, emergindo como um facilitador possível, a padronização de métodos, como o Processo de Enfermagem (PE), permitindo identificar, intervir e avaliar as necessidades do paciente assistido, além de evidenciar a atividade profissional.

<p>Sarlo, Barreto. 2008.</p>	<p>A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de gênese desconhecida que pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal. O quadro clínico se caracteriza por manifestações intestinais muito variáveis com períodos de remissão e exacerbação.</p>			<p>A DC compromete muito além da esfera biológica. Ela interfere seu grupo familiar e social. Ao tomarem conhecimento do diagnóstico, a maioria deles vivenciou sentimentos intensos de desorganização emocional, sentimentos de grande mudança nas trajetórias de vida.</p>	<p>O aumento da incidência da doença contribui para aproximar os profissionais de enfermagem dos portadores da doença. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América observou a importância da enfermeira especialista em doenças inflamatórias intestinais. Os pacientes que eram acompanhados por essas enfermeiras apresentaram uma significativa melhora da autoimagem, de problemas psicológicos e do relacionamento social, quando comparados aos pacientes submetidos apenas ao acompanhamento habitual nos grupos de apoio para portadores de Crohn.</p>
<p>Ribeiro et al., 202.;</p>		<p>A avaliação e identificação das necessidades dos pacientes oncológicos representam um instrumento valioso, pois permite aos profissionais identificar os diagnósticos, estabelecer e implementar as intervenções de enfermagem adequadas a realidade vivenciada, de tal forma a contemplar as necessidades psicobiologias (que interferem no funcionamento do organismo do paciente),</p>	<p>Foi possível observar que, a grande maioria dos pacientes ostomizados, apresentavam uma série de déficits em relação ao conhecimento sobre a ostomia, como realizar o cuidado com esse estoma e um certo receio de ter que conviver com um novo estereótipo. Durante as educações em saúde a beira do leito, foi possível elencar que</p>		<p>Outro ponto a ser destacado, refere-se ao preparo do profissional para atuar com esses paciente, visto que na literatura, estudos demonstram que alguns pacientes não se sentem confortáveis fisicamente ou emocionalmente a aprender a realizar os cuidados com a bolsa, observados principalmente em pessoas com poucas condições financeiras, assim envolvendo um processo de adaptação maior. Nesse contexto o enfermeiro, necessita estar capacitado para auxiliar a reverter esses sentimentos</p>

		<p>psicossociais e psicoespirituais, dispondo ao paciente um plano de cuidados elaborado a partir da compreensão de sua totalidade, de forma integral e humanizada.</p>	<p>as principais dúvidas que surgiram sobre a temática foram: Como realizar a troca correta da bolsa coletora (possibilidade de realizar durante o banho), a temperatura ideal da água para realização da higiene, aplicação de produtos sobre a pele peristomal, como avaliar o tamanho do ostoma, bem como possíveis sinais e sintomas de irritação/inflamação.</p>		<p>negativos, de maneira a capacitar esse paciente a desenvolver o seu autocuidado. Essa aceitação, acontece de forma mais gradativa e pode ser realizada de forma tranquila quando o paciente começa a ser instruído através das estratégias de educação em saúde desde o diagnóstico.</p>
<p>Paczek, Oliveira, Passberg, Tanaka, Lana, 2022,</p>		<p>A Enfermagem possui diversos sistemas de classificação, sendo o mais utilizado a taxonomia de diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Sabe-se que o diagnóstico de Enfermagem faz parte da avaliação clínica do enfermeiro, sendo elencado a partir das respostas do indivíduo, família ou comunidade em relação aos problemas ou potenciais riscos à saúde desses.</p>	<p>O estomizado, muitas vezes, precisa de um período de adaptação à sua condição, pois a presença de um estoma resulta em mudanças físicas, podendo também causar alterações psicológicas e de imagem corporal. Tal indivíduo precisa incorporar, à sua vida, novas rotinas diárias, que incluem a realização do autocuidado e a manutenção de suas</p>		<p>A participação do enfermeiro na elaboração do planejamento da assistência para a prevenção de complicações se dá por meio de orientações, auxiliando a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida do estomizado. Com o PE, o cuidado de Enfermagem é baseado nas respostas do cliente, na forma como ele reage aos problemas de saúde, ao tratamento e às mudanças na vida diária, com intervenções elaboradas para o cliente e não para a doença. O PE planeja, implementa as ações e avalia</p>

			atividades profissionais, sociais e interpessoais. Nesse sentido, é imprescindível o acompanhamento sistematizado e qualificado pelos profissionais da saúde, sempre que possível, de maneira multiprofissional.		os resultados, possibilitando a aproximação do enfermeiro com a pessoa na realização do cuidado, resgatando as ideias propostas por Florence Nightingale.
--	--	--	--	--	---

Tabela 1. Grupo temático: Doença de Crohn e Ostomia

Os artigos demonstram que a Doença de Crohn é uma disfunção do trato gastrointestinal de causa ainda não conhecida, que atinge em grande parte a faixa etária jovem. A mesma pode ser classificada como uma doença inflamatória intestinal, onde podem ocorrer manifestações clínicas em outros sistemas do corpo, estando ligada a complicações significativas, tornando-se assim um sério problema no qual é válido ressaltar que ainda não há cura. (LOPES *et al.*, 2019)

Os principais sinais clínicos podem incluir: dor abdominal (cólica), fadiga, febre e diarreia, podendo apresentar perda de peso. Por ter a causa desconhecida, o tratamento da doença é em sua grande parte experimental, buscando principalmente a redução da inflamação. (SARLO *et al.*, 2008)

O profissional de enfermagem é inserido nesse contexto como um facilitador do cuidado de pacientes que possuem a doença de Crohn. No chamado processo de enfermagem estão inseridos os Diagnósticos de Enfermagem, que são essenciais, pois a partir deles se dá continuidade em outras fases como a elaboração das atividades de enfermagem. (LOPES *et al.*, 2019)

Após as buscas nas bases de dados na Biblioteca Virtual de Saúde, com o descritor “bolsa de colostomia”, foram encontrados 52 artigos, em seguida foi utilizado o descritor “cuidados de enfermagem” selecionados artigos dos últimos 5 anos, como método de exclusão foi utilizado a leitura de títulos e resumos, totalizando a escolha de 2 artigos. Na base de dados SCIELO, foi utilizado o termo de pesquisa “bolsa de colostomia and enfermagem” a qual foram encontrados 7 artigos, após a leitura criteriosa foi selecionado apenas um.

Selecionados os 3 estudos, foi elaborado um quadro com os dados fundamentais, como autor e ano, sintomas da doença de Crohn, cuidados de enfermagem ao paciente em

uso de bolsa de colostomia, percepção dos pacientes quanto ao uso de bolsa de colostomia, atuações de enfermagem frente ao paciente estomizado e assistência de enfermagem a pacientes estomizados.

Autor/ano	Cuidado de Enfermagem ao paciente em uso de bolsa de colostomia	Percepção dos pacientes quanto ao uso de bolsa de colostomia	Atuação da Enfermagem frente ao paciente estomizado	Assistência de Enfermagem a pacientes estomizados
Perin, Cardoso, Hoffmann, Zancanaro, Manfrin, 2021.	Os pacientes oncológicos necessitam da assistência de enfermagem, pois enfrentam muitas dificuldades e efeitos colaterais relacionados ao tratamento.	Os pacientes entrevistados informaram que os enfermeiros e a equipe de enfermagem realizaram cuidados com a bolsa e a estomia, incluindo a higiene, utilizando água ou até mesmo soro para a limpeza, gases, pinças e produtos para a manutenção da estomia. Eles também realizaram a troca da bolsa, inclusive nas situações em que ocorreram acidentes.	A assistência de enfermagem às pessoas com estomias requer conhecimentos específicos pelo enfermeiro. Cuidado integral, em as fases do processo, desde o pré-operatório até a reabilitação. Cuidado de enfermagem humanizado e baseado em evidências científicas, englobando todas as pessoas envolvidas no processo, garantindo o sucesso do tratamento.	Os profissionais de enfermagem são a figura central desse processo. A assistência de enfermagem desenvolve do autocuidado, inserção no convívio social, prevenção de complicações relacionadas à estomia e aceitação da doença. assistência deve ser prestada em todas as fases operatórias, possibilitando a adaptação da pessoa com estomia ao novo estilo de vida, além de orientações aos cuidados com a estomia e a bolsa coletora.
Batista, et al. 2022.	A participação em grupos permite uma interação positiva, uma vez que essa metamorfose humana propicia que cada um se veja no outro. Esse processo interativo os liberta da solidão e lhes faculta o companheirismo. A Enfermagem no processo de adaptação contribui para a reinserção social da pessoa colostomizada e restabelecimento condições físicas, psicológicas, dentre outras.	A convivência com a bolsa de colostomia gera o surgimento de sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldade para lidar com esta nova situação. Há estágios emocionais de negação ligados à queda autoestima, gerando, sensação de mutilação, rejeição de si próprio e dos semelhantes, além de alterações em dimensões psicológicas.		Necessário um preparo adequado por parte dos profissionais de saúde no perioperatório para inserção de colostomia, considerando as alterações físicas e emocionais consequentes à cirurgia. Evidenciando que a avaliação no pré-operatório é imprescindível para que se alcance uma reabilitação eficiente voltada para o autocuidado.

Paczek, et al. 2020.	O cuidado de Enfermagem às pessoas ostomizadas, em qualquer nível atenção, é complexo devido à dinâmica social dos territórios, exigindo uma reflexão dos profissionais sobre as potencialidade e fragilidades pelas pessoas em processo de reabilitação, devendo conhecer suas reais necessidades. importância do enfermeiro estomaterapeuta em todas as etapas sendo o profissional de referência para se obter apoio.	Os principais motivos que levaram os usuários a utilizarem a consulta de Enfermagem no serviço de estomias, foram: troca de bolsa; avaliação anual; primeira consulta; baixa durabilidade da bolsa; dermatite; cauterização; orientação e irrigação.	O enfermeiro, após avaliação do paciente, através de conhecimentos sobre a estomia, irá aconselhar qual o paciente, de acordo com o tipo de estoma, tamanho, localização, sensibilidade da pele, estilo de vida, com o objetivo de prevenir complicações, fornecendo orientações sobre os cuidados e incentivando a autonomia no autocuidado.	Enfermeiro estomaterapeuta auxiliar e reinserir a pessoa com estomia no convívio social, educando para o autocuidado, proporcionando melhor qualidade de vida, pois, devido às alterações sofridas com sua nova condição, como alteração de sua imagem corporal, alteração no modo de eliminação de suas fezes e/ou urina, existe um desafio para o cuidado prestado pelos profissionais de saúde.
----------------------	--	--	---	--

Tabela 2. Grupo temático: Bolsa de Colostomia

Os estudos demonstraram que a equipe de Enfermagem é fundamental à assistência em saúde ao paciente estomizado que faz o uso de bolsa de colostomia, exigindo assim dos profissionais enfermeiros conhecimento técnico científico aliado ao cuidado humanizado para que o paciente tenha autonomia, sendo esse o objetivo principal da educação em saúde feito por esses profissionais, levando em consideração as demandas presentes no pré-operatório até a recuperação. (SILVA E COSTA., 2022).

A ferramenta utilizada pelo profissional de enfermagem é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através dela será possível elaborar diagnósticos e acompanhar a evolução ou regressão do estado do cliente, viabilizando possíveis complicações e diminuindo o período de hospitalização. (SILVA E COSTA., 2022).

O convívio com a bolsa de colostomia gera no paciente, sentimentos de vergonha e efervescência, com períodos iniciais de negação por declínio da autoestima levando a negação pessoal interligado a alterações de temperamento, os mais frequentes sendo aflição, medo e desonra; logo, o estomizado considera alterações fisiológicas interligado com estigmas causados pela estomia, que pode-se destacar adversidade na conservação de redes sociais de lazer e trabalho, alterações sociais por problemas de autoestima, isolamento e medo de preconceitos. (BATISTA *et al.*, 2011).

Com isso, foi elaborada a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Definiu-se que através dessa portaria, foi obrigatório a análise, condução, manejo e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), com objetivo de possuir infraestrutura e profissionais especializados para o atendimento a pacientes estomizados, a atribuição da gestão se divide em três eixos: municipal, estadual e federal, desenvolvendo atividades e assistência voltadas para o atendimento de qualidade (PACZEK *et al.*, 2020)

Na Portaria nº 793, de 2012, a pessoa com estomia na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, possuindo atendimento habilitado na esfera do Sistema Único de Saúde, através de uma rede de atenção para o atendimento às pessoas deficientes, com atuações de prevenção e reabilitação em saúde. Observa-se pela implementação das duas portarias a necessidade da assistência ao cliente estomizado, enfatizando a necessidade da afinidade do paciente com o profissional enfermeiro estomaterapeuta que tem como objetivo de sua contribuição, facilitar e reincluir a pessoa com estomia em sua familiaridade, promovendo o autocuidado, com o objetivo principal a melhor qualidade de vida. (PACZEK *et al.*, 2020).

Utilizando os termos “assistência de enfermagem a estomia” “estomias intestinais” e “estomia”, um total de 123 artigos foram encontrados, e após os critérios de exclusão, foram selecionados 4 artigos na tabela intitulada “assistência de enfermagem à estomia”.

Autor/ano	O que é o estoma	Complicações causadas por estomias	Percepção dos pacientes quanto a estomia	Cuidados de Enfermagem a estomia	Atuação da Enfermagem na estomia
De Carvalho, Bruna Lima, et al, 2019.	A palavra estoma é de origem grega e que significam boca ou abertura, utilizada para exteriorização de víscera através do corpo desviando o trânsito normal. O objetivo é substituir a função do órgão com problema após cirurgia de exteriorização do órgão. A estoma terapia-foi reconhecida como exclusiva do enfermeiro em 1980 . Estomas, feridas e incontinências(Brasil).			A assistência de enfermagem aos pacientes com estoma deve ocorrer de maneira holística para uma melhor adaptação e qualidade de vidas. Neste sentido, o enfermeiro atua como facilitador no processo de aceitação da estomia, por meio da realização de atividades educativas em saúde que visem o desenvolvimento do autocuidado do paciente ostomizado.	A estomaterapia é uma especialidade da enfermagem para a assistência às pessoas com estomas, lesões e incontinências, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida. Exige um profissional qualificado, adequadamente habilitado.

<p>Mareco, Pina, Farias 2019.</p>	<p>A palavra estomia vem de origem grega stomoum, que originalmente significa a abertura de alguma víscera vazia através do corpo. As estomias intestinais são classificadas em temporárias ou definitivas. abertura artificial confeccionada cirurgicamente no abdome para que sejam eliminados dejetos, secreções e fezes. Causas: neoplasias malignas, mal formações congênicas, doenças inflamatórias, traumatismos e/ou acidentes.</p>			<p>A assistência a ser prestada pelo profissional enfermeiro compreende fornecer informações que venham facilitar sua adaptação à nova condição de vida, incentivar para que ele realize o autocuidado, para facilitar a reabilitação. Fica evidenciada a importância do enfermeiro, na inserção deste na sociedade como um ser normal que é independente.</p>	<p>O objetivo da assistência de enfermagem é promover e contribuir com cuidados de enfermagem, realizando atividades de educação em saúde respeitando seus aspectos essenciais, visando o desenvolver do autocuidado. A assistência tornar-se direcionada para as necessidades do paciente, abordando os aspectos holísticos do cuidar.</p>
<p>Rocha, et al. 2021.</p>	<p>A realização de uma estomia de eliminação consiste em uma abertura artificial confeccionada cirurgicamente para a eliminação saída de fezes ou urina ao meio externo. A construção de um estoma de eliminação representa a continuidade da vida do ser com algum comprometimento fisiológico/ patológico.</p>	<p>Os principais motivos potencializadores de complicações nesses casos relacionam-se ao inadequado manejo do estoma e a falta de corretas orientações. As principais complicações são referentes a pele periestoma e com a estomia e envolvem lesões, dermatites, sangramentos, extravasamento de resíduos, hérnias, infecções, estenose, prolapso, retração e necrose.</p>		<p>A pessoa que vive com um estoma de eliminação necessita de cuidados de enfermagem específico, iniciados no momento do diagnóstico, e Intensificados após a construção da estomia, sendo necessário período de aceitação, superação, adaptação, reinserção social e prevenção de complicações.</p>	<p>A atuação da enfermagem para esse tipo de estomia concentra-se na troca e higienização do equipamento coletor e na observação da pele. O cuidado à pessoa com estomia é iniciado pelo equilíbrio entre estomia, pele, manejo do equipamento coletor, prevenção de complicações, abordagem de sentimentos e dificuldades frente à nova condição de vida necessitando de Elaboração de plano de cuidados de Enfermagem.</p>

Ribeiro, et al, 2021.	Na estomia são feitas alças com mobilidade e comprimento adequados, criando artificialmente uma abertura na parede abdominal, pela qual se exterioriza o intestino (íleo ou cólon), com o objetivo de se obter outra saída para eliminação fecal, podendo ser definitiva ou temporária. Por sua vez, o estoma se refere ao local através do qual se dá a passagem do conteúdo intestinal.	Distúrbio na imagem corporal em virtude do tratamento da doença caracterizado por sentimentos negativos em relação ao corpo, *Conhecimento deficiente relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação, caracterizado por verbalização do problema. *Risco de baixa autoestima situacional relacionado à alteração na imagem corporal. *Disposição para controle da saúde melhorado caracterizado por expressar desejo de melhorar escolhas da vida cotidiana para alcançar metas.	Os estomas comprometem a autoestima e a imagem corporal e, consequentemente, o autocuidado, haja vista os indivíduos não possuírem experiência com esse tipo de situação. Na dimensão física, as mudanças e problemas dizem respeito às modificações fisiológicas gastrointestinais, por exemplo, a perda do controle fecal e da eliminação de gases, distúrbios associados ao estoma e execução do autocuidado com a troca de bolsas.	O enfermeiro deve aconselhar o paciente quanto ao enfrentamento das situações de mudança no estilo de vida, por meio um sistema de apoio, visando auxiliá-lo a encontrar nele próprio e em sua experiência de vida elementos positivos e reforçá-los.	Na abordagem dos pacientes estomizados, os enfermeiros desenvolvem todas as suas ações sistematizadas com base no processo de Enfermagem baseada em método científico. Perpassa por todo o processo de Enfermagem.
-----------------------	---	--	--	---	--

Tabela 3: GRUPO TEMÁTICO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À ESTOMIA

Os levantamentos dos estudos pesquisados e selecionados demonstraram que a realização de uma estomia trata-se de uma abertura realizada cirurgicamente, efetuando uma comunicação incomum, no caso de uma estomia de eliminação é utilizada para a eliminação de urina, gases e fezes, que pode ser realizada como medida temporária ou definitiva. (DE CARVALHO *et al.*, 2019)

As causas para a realização de uma estomia envolvem traumas mecânicos, câncer intestinal e colorretal, doenças congênitas, o Brasil é um país com limitadas referências em relação a contagem de pessoas estomizadas, gerando impasse para a contabilização de pessoas com essa condição. (BRASIL, 2009)

A estomia recebe seu nome de acordo com a área exteriorizada, sendo a mais prevalente a colostomia, decorrendo em 70% dos quadros. Com a perda da eliminação fisiológica que passa a ser realizada através da bolsa de colostomia, é um fator que está ligado diretamente a auto-estima do paciente, gerando um sentimento de negação a alteração corporal, inseguranças sexuais, sentimento de mutilação, depressão e ansiedade, exclusão dos meios sociais e privação de liberdade. (MARECO *et al.*, 2019)

A estomaterapia é uma atribuição exclusiva do profissional enfermeiro que deve

possuir conhecimento técnico-científico, validada pelo World Council of Enterostomal Therapists (WCET) em 1980, quando falamos de contexto nacional o Órgão Oficial da Estomaterapia é a Associação Brasileira de Estomaterapia: estomas, feridas e incontinências (SOBEST). (DE CARVALHO *et al.*, 2019)

O enfermeiro possui atribuição de proporcionar que o paciente exerça o autocuidado através da educação em saúde, além da análise frequente da estomia e do cliente, é necessária a efetivação de um plano de cuidados individualizados. (ROCHA *et al.*, 2021)

Os estudos demonstraram que o plano de cuidados é elaborado através do Processo de Enfermagem (PE) com mecanismos científicos, divididos em: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. Apontam que esse processo é feito a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma incubência exclusiva do enfermeiro; através disso podem-se elaborar os seguintes diagnósticos de enfermagem para pacientes com o uso de bolsa de colostomia: distúrbio na imagem corporal em virtude do tratamento da doença caracterizado por sentimentos negativos em relação ao corpo; conhecimento deficiente relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação, caracterizado por verbalização de problema; disposição para controle da saúde melhorado caracterizado por expressar desejo de melhorar escolhas da vida cotidiana para alcançar metas e risco de baixa autoestima situacional relacionado à alteração de imagem corporal. (RIBEIRO *et al.*, 2021)

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo identificaram-se as características da Doença de Crohn conjuntamente com a realização de uma estomia associada ao uso da bolsa de colostomia acompanhada das percepções das pessoas portadoras dessa condição e a assistência de enfermagem e a sua relevância no assessoramento do cuidado, alcançando assim os objetivos do estudo.

A alteração fisiológica e o estilo de vida de pessoas ostomizadas com Doença de Crohn é incontestável, o que se torna imprescindível à procura por recursos e instrumentos que viabilizem a qualidade de vida desse paciente, todavia, fica evidenciado a ação substancial do profissional enfermeiro com a elaboração de um plano de cuidados personalizado desde o diagnóstico da doença, pré-operatório e reabilitação, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta que usa métodos científicos e exige conhecimento teórico e prático para sua implementação, respondendo assim as questões norteadoras.

Foi evidenciado o valor e dimensão da atribuição do enfermeiro como facilitador para o desenvolvimento da habituação do cliente à nova vivência, bem como exercendo papel de educador em relação à Doença de Crohn, cuidados com o estoma e manejo da

bolsa de colostomia, higiene correta periestomal, alimentação adequada, reinserção do indivíduo aos meios sociais e a promoção do autocuidado que é o fator indispensável associado aos citados anteriormente para o progresso da qualidade de vida, alcançando assim o objetivo proposto.

A resultância do estudo exposto poderá contribuir com o intuito de que profissionais de enfermagem detenham mais compreensão no que se refere à relevância e seriedade da assistência de enfermagem a pacientes com Doença de Crohn estomizados.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, M. D. R. D. F. F., ROCHA, F. C. V., SILVA, D. M. G. D., & SILVA JUNIOR, F. J. G. D. (2011). Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Revista Brasileira de enfermagem*, 64, 10431047. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção a Saúde das pessoas ostomizadas. 2009. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/atencao_saude_pessoas_ostomizadas.pdf. Acesso em: 20 out.2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº. 14, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Publicado em: 08/12/2017. Edição: 235. Seção:1. Página: 201. Brasília -DF, 28 nov. 2017.
- CARNEVALLE, A.; ANDERS, S.C.; FRANCISCO, O. A importância da assistência de enfermagem ao paciente com doença de crohn. 2021.
- CARVALHO, et al. Assistência de enfermagem a pacientes com estoma intestinal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 24, p. e604, 30 maio, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e604.2019>.
- DALMOLIN, A., et al. Intervenções de enfermagem junto à pessoa com estoma intestinal de eliminação: tendência da produção científica. *Research, Society and Development* 9.8: e341985471e341985471.2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5471>.
- FARIA, F.L., et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com estomia intestinal. 2018. Disponível em: doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.924.
- FERREIRA, G.S, DEUS, M.H.A., JUNIOR, E.A. Fisiopatologia e etiologias das doenças inflamatórias intestinais: uma revisão sistemática de literatura Pathophysiology and etiologies of the inflammatory bowel diseases: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review* 4.4: 17061-17076. 2021. Disponível em: DOI:10.34119/bjhrv4n4-210.
- GAMEDII, Grupo de Assistência Multidisciplinar em Estomias e Doença Inflamatória Intestinal – BR 599.1, 2019.
- GUEDES, R. M. V.etal. Educação em saúde no leito hospitalar para paciente oncológico ostomizado. *Revista Científica de Enfermagem RECIEN*, 11(36), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/recien2021.11.36.612-618>.

JACON, J.C., OLIVEIRA, R. L. D, CAMPOS, G.A.M.C. Viver com estomia intestinal: autocuidado, sexualidade, convívio social e aceitação. *CuidArte, Enferm*: 153-159. 2018.

KHORSHIDI, M. et al. A posteriori dietary patterns and risk of inflammatory bowel disease: a meta-analysis of observational studies. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research*. Boston, v. 90, n. 34, p. 376384, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000508>.

LOPES, A. M., COSTA, A. P. C., da SILVA, G. R. F., & FERNANDES, A. D. D. B. F. (2019). Diagnosis and nursing activities for the care of patient with Crohn's disease/Diagnósticos e atividades de enfermagem para o cuidado ao paciente com Doença de Crohn/Diagnósticos y actividades de enfermería para el cuidado al paciente.. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 8(2), 45-51.

MARECO, Ana Paula Miranda et al. A importância do enfermeiro na assistência de pacientes com estomias intestinais. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2019.

PACZEK, R. S., Engelmann, A. I., Perini, G. P., Aguiar, G. P. S. D., & Duarte, E. R. M. (2020). Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1-7. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.245710.

PACZEK, R. S., Oliveira, T. K. D., Passberg, L. Z., Tanaka, A. K. S. D. R., & Lana, L. D. (2022). Instrumento para implementação do processo de enfermagem na consulta à pessoa com estomia: um relato de experiência. *Ciênc. cuid. saúde*, e59744e59744. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v21i0.59744>.

PARK, S.C.; JEEN, Y.T. Genetic studies of inflammatory bowel disease-focusing on asian patients. *Cells*. v. 8, n. 5, p. 122, maio 2019. Disponível em <https://www.mdpi.com/2073-4409/8/5/404>.

PAULA, M.A.B, MORAES, J. T. Consenso Brasileiro de Cuidado às Pessoas Adultas com Estomias de Eliminação 2020 organizadores.São Paulo : Segmento Farma Editores, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v19.1012_IN.

PERIN, et al. V. Perceptions of colostomy patients about nursing care in oncology inpatient units. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1025>. Acesso em: 21 oct. 2022.

PORCHARD, C. et al. The multiple faces of inflammatory enteric glial cells: is Crohn's disease a gliopathy?. *American Journal of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology*, 315(1), G1G11.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1152/ajpgi.00016.2018>.

RIBEIRO, W. A. et al. Diagnósticos de enfermagem de pessoas com estomas intestinais: Contribuições para o autocuidado na perspectiva de orem. *Revista RecienRevista Científica de Enfermagem*, 11(35), 297308. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/457>. Acesso em: 21 out. 2022.

ROCHA, I.C, SILVA, P.N, KATAGIRI, S, SILVA M.M.R, Bueno D.M.A, Kamada I. Percepção de enfermeiros sobre estomias de eliminação: reflexões para ocuidado qualificado. São Paulo: *Rev Recien*. 2021; 11(34):334343. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.334-34>.

SANTO, M., ESPÍRITO, K. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à doença de crohn em adolescentes. *Enfermagem em Foco* 12.5. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4523>.

SANTOS, D.R.C., CASTRO, J.B.R. PARENT, L.C. Doença de crohn: estudo de caso. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação 7.10: 71-82. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2550>.

SARLO, R. S., BARRETO, C. R., DOMINGUES, T. A. M. (2008). Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 629-635. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400015>.

SILVA M, CPSTA, L. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COLOSTOMIZADOS. Acta Scientia Academicus: Revista Interdisciplinar de Trabalhos de Conclusão de Curso (ISSN: 27645983) [Internet]. 17maio2022 [citado 21out.2022];6(04). Available from: <http://multiplosacessos.com/ri/index.php/ri/article/view/310>.

SOUZA, M.T., DA SILVA, M.D., DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein (São Paulo). Agosto 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

ZHOU, M. et al. New frontiers in genetics, gut microbiota, and immunity: a rosetta stone for the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *BioMed Research International*. v. 2017, p. 1-17, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2017/8201672>.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Data de aceite: 02/01/2023

Tales Martins Nascimento

Discente do 10º semestre do curso de enfermagem da faculdade de Ilhéus

Sara Tannus

Professora orientadora

RESUMO: Introdução: O transtorno do espectro autista (TEA) é uma alteração no neurodesenvolvimento, caracterizado por dificuldade de interação social, déficit de comunicação e padrões comportamentais restritos e estereotipados. Não tem cura e acompanha a pessoa durante toda vida. O diagnóstico se dar por volta dos 2 ou 3 anos, sendo predominante no sexo masculino.

Objetivo: descrever o papel do enfermeiro no cuidado a pacientes com TEA, enfocando seus direitos legais. **Materiais**

e Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Para a triagem dos artigos, foram empregadas as seguintes bases de dados, Associação de amigos autista (AMA), Ministério da saúde, manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), A mostra final foi composta por 18 artigos condizentes com a questão desta pesquisa **Conclusão:** É de

suma importância o papel do enfermeiro na assistência com paciente autista. Esse profissional, com embasamento teórico e uma visão abrangente, percebe sinais que facilitam a identificação dos transtornos do espectro autismo. Desse modo, temos entendimento de que a existência de políticas públicas sobre o assunto é essencial para alcançar seus direitos e deveres.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, Família, Transtorno.

THE ROLE OF NURSING PROFESSIONALS IN THE CARE OF PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

ABSTRACT: Introduction: Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by difficulty in social interaction, communication deficits and restricted and stereotyped behavioral patterns. It has no cure and accompanies the person throughout life. The diagnosis occurs around 2 or 3 years, being predominant in males. **Aim:** describe the role of nurses in the care of patients with ASD, focusing on their legal rights. **Materials and Methods:**

This is an exploratory qualitative research. For screening the articles, the following databases were used: Association of autistic friends (AMA), Ministry of Health, diagnostic and statistical manual for mental disorders, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), The final sample consisted of 18 articles consistent with the question of this research. **Conclusion:** The role of nurses in the care of autistic patients is of paramount importance. This professional, with theoretical basis and a comprehensive view, perceives signs that facilitate the identification of autism spectrum disorders. Thus, we understand that the existence of public policies on the subject is essential to achieve their rights and duties.

KEYWORDS: Autism, Family, Disorder.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno que acomete o desenvolvimento neurológico com características fundamentais, como dificuldade nas habilidades comunicativa por deficiência no domínio da linguagem, dificuldade de interação social e comportamento ou interesses restritivo e repetitivo que pode se manifestar em conjuntos ou isoladamente (TEODORO, 2012).

É notório que a incidência dos casos com o TEA tem crescido de forma expressiva em todo mundo, principalmente nos últimos anos. Sendo assim, o profissional de enfermagem na atenção com pacientes autistas necessitam dominar com competência sobre o TEA, para assim atender e ajudar as famílias com algum membro autista, prestando assistência, principalmente no bem-estar, e esclarecendo alguma dúvida que venha surgir. Dessa maneira, enfermeiro tem um papel fundamental na detecção precoce, assim como na construção de um plano de cuidados específicos para situação de cada família (THEIS, 2019).

O diagnóstico do autismo é basicamente clínico, relacionado em sinais e sintomas determinados no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria e Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Os sintomas aparecem antes mesmo dos três anos, observando sempre os comportamentos sociais e comunicativos (ARAÚJO, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da saúde (OPAS) (2017) uma, a cada 160 crianças tem transtorno do espectro autista. Entretanto, está avaliação não é oficial, pois evidência um valor médio que altera entre estudos e pesquisas.

Este estudo traz como questionamento de investigação: quais os cuidados de enfermagem no atendimento a pacientes com TEA? Uma das melhores formas efetivas, além da utilização de medicações, se estende a terapias não medicamentosas e a participação da família no acompanhamento de modo a reinseri-lo em âmbito social e torná-lo mais independente.

O presente trabalho tem como finalidade, descrever o papel do enfermeiro no

cuidado a pacientes com TEA, enfocando seus direitos legais e o cuidado ofertado a família como parte da assistência prestada.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Um dos marcos importantes foi o reconhecimento das pessoas com deficiência onde em 2007, ocorreu a Convenção Internacional sobre os Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência, mas somente em 2009 que o Estado brasileiro adotou a Lei nº 6.949/2009 Pessoa Física, lei a qual garantiu a essas pessoas ampliação e acessibilidade aos seus direitos individuais.

Segundo a Convenção, em seu artigo I, a pessoa com deficiência é aquela que:

[...] tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Conforme a convenção, é possível incluir o autismo no campo da deficiência. Com o desenvolvimento na conquista de direitos e políticas públicas, em 2012, por meio da Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, surgiu uma política nacional de proteção aos direitos das pessoas com transtorno do espectro autista (TEA). Considerada uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

A Lei n.º 12.764/2012 considera pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo aquela que tem síndrome clínica caracterizada como:

I - Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Em 2020 o congresso nacional decreta Lei n.º 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Lei denominada de Romeo Mion. Onde cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita.

“Art. 3º-A. É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Garante a todos os indivíduos diagnosticados com autismo um documento que pode ser apresentado para informar a condição do indivíduo, acesso a procedimentos e serviços médicos, visando o atendimento integral às suas necessidades de saúde por meio

da atenção multiprofissional. Como o autismo não é uma deficiência visível a “carteirinha” ajuda a nessa circunstância, evitando constrangimentos e também dispensa a necessidade de portar laudos médicos que comprovem a condição.

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS- Lei 8.742/93) prevendo o dever do Estado de prestá-la independentemente de contribuição.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Deve-se notar que todos os serviços disponíveis através da assistência social são próprios aos autistas, porque eles se inserem no conceito de pessoa com deficiências propostas pela Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU). As famílias podem contar com os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e com os CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que oferecem serviços que contribuem para a inclusão social, contam com assistentes sociais capazes de dar toda a orientação em relação aos direitos pertinentes e ainda mais aos direitos que estão sendo violados.

Em 1943 o psicólogo norte americano Leo Kanner estudou com mais atenção 11 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Observou neles, o autismo como característica mais marcante; neste momento, teve origem a expressão “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo” para se referir a estas crianças. O psicólogo chegou a dizer que as crianças autistas já nasciam assim, dado o fato de que o aparecimento da síndrome era muito precoce (SILVA, 2010).

Passou a notar que os pais dessas crianças não tinham afeto por elas e assim criou o termo, nomeado de “mãe geladeira” para referir a esses genitores de autistas, proporcionou uma adversidade inconsciente que se dirigiria a situações de exigência social.

O transtorno do espectro do autismo (TEA) envolve um transtorno de neurodesenvolvimento desde o nascimento ou na primeira infância, é caracterizado por uma alteração qualitativa na interação social e na comunicação, ligada a interesses comportamento restrito e estereotipado. É frequentemente associado com disfunção sensorial, outros transtornos do neurodesenvolvimento distúrbios da fala, retardo mental, falta de coordenação motora, distúrbios neuropsiquiátricos, depressão, pensamentos suicidas, esquizofrenia, distúrbio bipolar, distúrbios comportamentais (RUGGIERI, 2020).

O TEA não possui causa definida, sendo assim caracteriza-se por uma espécie de multifatorialidade. De acordo com Araújo (2019) indicadores de que a estrutura genética do

autista conta com fatores hereditários, com alterações simples e incomuns na sociedade. É preciso considerar fatores ambientais, fatores estressores, exposição às substâncias tóxicas, infecção, complicações no período gestacional e desequilíbrio no próprio metabolismo podem corroborar para o surgimento do transtorno.

Segundo a American Psychiatric Association (APA) (2014), as subcategorias que compõem o transtorno do espectro autista (TEA) estão relacionadas em três níveis de gravidade. No primeiro nível, o indivíduo funciona bem com apoio; no nível dois, precisa de apoio substancial, mas não precisa de cuidados abrangentes; no nível três requer muito apoio substancial com a necessidade de cuidados e atenção integral.

Acredita-se que o transtorno do espectro autista (TEA) seja mais comum do que podemos imaginar, considerando o fator saúde pública, com grande aumento da preocupação nas comunidades, a prevalência indica a necessidade de procurar serviços, e melhoria no atendimento a pessoas com TEA.

No decorrer das pesquisas, encontra-se estudos sobre a prevalência do autismo elaborado no Brasil, refere-se a um estudo piloto realizado no ano de 2007 na cidade de Atibaia (SP), chamado: “Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia: estudo piloto”. Por ser um trabalho limitado e um bairro com 20 mil habitantes, com resultados avassaladores de 1 autista para 367 crianças (FOMBONNE, 2011).

Segundo os dados do Center of Diseases Control and Prevention (2019), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos, existe hoje um caso de autismo a cada 110 pessoas. Assim, estima-se que o Brasil, com cerca de 200 milhões de habitantes, possua em torno de 2 milhões de autistas. Atualmente não há monitoramento do número de pessoas com TEA no Brasil. Por isso, como em outros países, utilizamos a prevalência do Center of Diseases Control and Prevention e analisamos a estimativa conforme a população do nosso país.

Não há uma resposta definitiva, mas já se sabe que a genética exerce um forte papel na etiologia do autismo. Diversos são os fatores de risco que podem colaborar para o surgimento do transtorno do espectro autista, alguns deles incluem:

Fatores de risco pré-natais, esses fatores estão associados a exposição ou contágios a pesticidas e a inseticidas; exposição a fármacos como misoprostol, talidomida; ao uso de drogas; a deficiência e o excesso de ácido fólico, febre materna, doenças autoimunes, diabetes, pré-eclâmpsia (VASCONCELOS E COLABORADORES, 2018).

Fatores de risco perinatais: as complicações durante o parto e as condições do parto como baixo peso ao nascer, hipóxia fetal, baixo índice de Apgar e sangramento puerperal são as alterações mais consideradas neste período (RIBEIRO E COLABORADORES, 2021).

Fatores de risco ambientais como: idade avançada dos pais, principalmente a mãe, pois há uma diminuição na qualidade dos óvulos. A idade avançada do pai também eleva

o risco independentemente, pois as taxas de mutação da linha germinativa, especialmente em homens mais velhos, são mais altas do que em mulheres. Em contraste, a oogênese e a espermatogênese ocorrem continuamente ao longo da vida reprodutiva com maior número de divisões celulares, fator que aumenta a probabilidade de erros de replicação na linhagem germinativa, o que pode levar ao aumento das taxas de mutação de novos espermatozoides. Portanto, há uma chance maior de que a criança tenha uma mutação maligna que pode levar ao desenvolvimento de TEA e podem ocorrer mutações novas (BANDEIRA, 2018).

Fatores mutacionais com o contato com metais pesados incluindo, mercúrio, cádmio, níquel e tricloroetileno, bem como a poluição do ar ambiente (VASCONCELOS E COLABORADORES, 2018).

O TEA é causado por uma série de fatores genéticos e ambientais. Existem evidências de que a arquitetura genética do autista conta com genes herdados, com mutações comuns e outras raras na população, compreendendo múltiplos modelos de herança (FIGUEREDO, 2020).

A fisiopatologia do autismo ainda é um fator parcialmente desconhecido, mas o que sabemos é que os genes desempenham um papel central na fisiopatologia do autismo e de suas condições relacionadas, ou seja os genes são causadores dessa patologia, contudo a herdabilidade é uma dimensão fenotípica que exige a concepção clara fisiológica, afim de prevenir e alcançar tratamentos concretos.

O autismo como já citado se define por causa fisiopatológica a sua hereditariedade, por tanto seu índice de causa se dar por fatores genéticos.

As manifestações clínicas são sintomas indicativos de que esta patologia pode existir, saber identificá-la é de extrema importância para um indivíduo. Por isso a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o dia mundial do autismo, 2 de abril. Para conscientizar a população sobre as características desta doença.

Algumas manifestações clínicas são: Falta de habilidades de comunicação social antes dos dois anos; desenvolvimento rápido da fala, embora a linguagem, a comunicação ou a interação social possam regredir entre 15 e 24 meses; perda de interesse em manter contato com indivíduos de seu entorno e no ambiente escolar durante a idade pré-escolar; falta de empatia, resistência à mudança (DUMCKE, 2019).

A nova classificação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição, trouxe mudanças importantes nos critérios de diagnóstico do autismo, aumentou a identificação dos sintomas e enfatizou a análise do desenvolvimento da comunicação e interação social da criança. Esta nova apresentação proporcionou uma compreensão dos sintomas do autismo, seja por profissionais ou familiares. O diagnóstico precoce é essencial para a elaboração de um plano e para uma assistência eficaz. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (2014), os critérios para o diagnóstico do transtorno do espectro autismo são: (Imagem 1)

Critérios diagnósticos dos Transtornos do Espectro Autista ¹	
A	Deficiências persistentes na comunicação e interação social: 1. Limitação na reciprocidade social e emocional; 2. Limitação nos comportamentos não verbais (interação social); 3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos;
B	Padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades, manifestadas por pelo menos dois dos seguintes aspectos: 1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou na fala; 2. Insistência nas mesmas coisas, inflexibilidade, busca por rotinas ou padrões ritualísticos de comportamento; 3. Interesses restritos que anormais na intensidade e foco; 4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente;
C	Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento, podendo se tornar identificáveis ou totalmente manifestos quando a demanda social for maior, excedendo suas capacidades. Podem ainda ficar mascarados por estratégias de aprendizado ao longo da vida.
D	Os sintomas causam prejuízo significativo nas áreas sociais, ocupacional ou outras áreas importantes para o funcionamento do paciente.
E	Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso do desenvolvimento.

Imagem (1): Critérios para o diagnóstico

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (2014).

O diagnóstico do autismo precisa ser complexo e eficaz, essa investigação clínica se dar por uma anamnese completa com atenção voltada aos fatores de risco descrito acima e exames físicos e neurológicos. O diagnóstico vem logo após seus 3 anos, mas alguns sinais e sintomas são reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possa ser visto antes dos 12 meses (APA, 2014).

Ainda que, possua vários meios de rastreio que auxiliem na identificação para o diagnóstico do TEA, o recurso utilizado pela sociedade brasileira de pediatria é a escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Todavia ele não é o único mecanismo a ser utilizado, existem vários outros.

O tratamento correto seria a intervenção precoce, dando início logo quando há suspeita ou quando ocorre o diagnóstico médico. Para assim reduzir danos e promover uma melhor qualidade de vida a esse paciente.

Apesar disso, não existiu medicamentos exclusivos para o tratamento transtorno do espectro autista. Os fármacos têm como principal função inibir sintomas acessórios que afete extremamente a relação familiar da pessoa com TEA e seu meio familiar, interferindo na sua qualidade de vida.

Os medicamentos auxiliam em alguns sintomas como: hiperatividade, condutas agressivas, raiva e descontrole, dentre eles são: risperidona (um antipsicótico atípico, bloqueador serotoninérgico e dopaminérgico), a olanzapina, a quetiapina, a ziprasidona, a

clozapina e o aripiprazol, se dividem em dois tipos, atuando de forma típica bloqueadores dos receptores dopaminérgicos D2, que gera um aumento da atividade dopaminérgica na via mesolímbica, devido a maior ligação do neurotransmissor dopamina aos seus receptores D2, enquanto que os atípicos bloqueiam os receptores dopaminérgicos D2 e os receptores serotoninérgicos (LOPES, 2019).

Nesta perspectiva, a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções (SANTOS, 2014).

O uso adequado das habilidades de comunicação é a base do cuidado emocional de indivíduos e famílias que vivenciam estresse psicológico e emocional, escutar é uma estratégia de comunicação básica para entender o outro, pois é uma atitude positiva de empatia, interesse e respeito, ou seja, ser terapêutico (MESQUITA, 2014).

O que o autor expressa é que, por meio da comunicação existirá uma relação entre paciente e profissional, permitindo a conquista da sua confiança por meio da paciência, empatia, abertura à fala para clareza e resolução do conteúdo. O profissional de saúde cria um vínculo com o indivíduo que facilitará o acolhimento para a criação da inter-relação o que vai delimitar seu cuidado.

O profissional deve ter uma abordagem ética e humanizada, além de ser claro, breve e disponível para questionamentos dos familiares, é importante deixar claro que o cuidado será compartilhado pelo profissional e equipe para tratamento com o paciente e acolhimento a família. É importante que ele perceba que não estará sozinho e que toda decisão será respeitada em todo o processo. Há muito pouca informação sobre a prestação de cuidados para pessoas com autismo e suas famílias. Evidenciam que a enfermagem tem um papel importante nas intervenções, mas deve haver a responsabilidade de avaliar um diagnóstico precoce, para reduzir o sofrimento das pessoas com autismo e seus familiares (MESQUITA, 2020).

O autismo está se tornando um tema de primordial importância, especialmente no campo da saúde. Por ser um tema que não possui muitas publicações científicas sobre a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce e tratamento dos transtornos do espectro autista. Um dos principais obstáculos é a falta de compreensão e habilidade multiprofissional, o que dificultando o diagnóstico precoce. O enfermeiro tem um papel primordial, pois acompanha a criança no processo de seu crescimento e desenvolvimento (BARBOSA, 2022).

Portanto, essa assistência se dar por um atendimento multiprofissional cujo objetivo é proporcionar uma vida melhor a todos os envolvidos, orientando os familiares sobre o autismo, desenvolvendo um plano de tratamento que seja de qualidade única para cada criança, qualificando assim o cuidado, podendo o enfermeiro criar um ambiente terapêutico. Os principais objetivos do ambiente terapêutico incluem: ajudar o paciente a desenvolver um senso de autoestima e autocuidado; estimular sua capacidade de se relacionar, preparar

para o trabalho e para a vida, respeitar os seus direitos legais como cidadãos, deficientes, etc. Essa realidade permite que o enfermeiro consiga prestar cuidados adequados às crianças com autismo e tratar as pessoas com necessidades especiais como parte do mundo, o que não deve ser ignorado por medo de barreiras. Devem ser enfrentados com persistência, pois fica evidente o quanto é importante para o enfermeiro auxiliar e participar do processo de prevenção, apoio e recuperação da saúde, para promover uma melhor qualidade de vida para crianças com autismo e suas famílias (MESQUITA, 2020).

A aceitação do diagnóstico varia entre as famílias, muitas aceitam sem preconceitos e outras aceitam negativamente e entram numa espécie de luto após o nascimento da criança portadora do TEA, que exige cuidados diferenciados, tratamento prolongado incluindo adaptações no seu cotidiano, como um todo. Uma das dificuldades que encontramos no cotidiano das famílias é a falta de informação dos profissionais para auxiliar no diagnóstico de um filho, ou se deparam com situações de diagnóstico tardio, deixando assim os pais ainda mais angustiados. Dessa forma devemos realizar a capacitação e treinamento da equipe multidisciplinar, é importante para tornar possível e mais segura a participação de todos os envolvidos (LOPES E COLABORADORES, 2020)

Os enfermeiros estão aptos a prestar cuidados adequados às crianças no espectro do autismo, mas pesquisas identificaram um grande déficit no conhecimento dos profissionais sobre o autismo infantil, pois esse transtorno inclui uma série de sinais e sintomas que requerem diagnóstico precoce. Esses dados nos permitem refletir sobre a prática, ensino, pesquisa e gestão sobre os métodos atuais de melhoria das medidas e intervenções em saúde no TEA (BARBOSA, 2022).

As mães são as que mais contribuem na assistência aos seus filhos com TEA, que costumam passar grande parte do dia voltadas para a satisfação das necessidades da criança, não tendo tempo para outras atividades. Raramente saem sem os filhos e evitam determinados lugares, muitas vezes buscando o isolamento social diante da exclusão decorrente do comportamento inadequado da criança na sociedade. O preconceito é vivenciado com sofrimento da família e no âmbito social, com reflexos no vínculo e no afeto (LOPES E COLABORADORES, 2020).

É responsabilidade do profissional enfermeiro identificar alterações disfuncionais durante o exame físico de um possível portador, acompanhar essa criança e sua família, sempre orientando e informando os pais, implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e desenvolver intervenções e diagnósticos de enfermagem voltados para o autismo, sempre de acordo com as instruções exigidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (ALENCAR, 2020).

3 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo foi elaborado meio de de uma pesquisa exploratória de caráter

qualitativo. Realizada nas bases de dados da biblioteca digital Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Ministério da saúde, Manual Diagnostico e Estático de Transtorno Mental, Associação de Amigos Autista (AMA). A elaboração do artigo foi baseada em estudos de análises preliminares feitos a partir do tema “Transtorno Espectro Autista” cujos descritores são: Autismo, Transtorno Espectro do Autismo, Família, Criança, etc. Trazendo de forma resumida conceitos sobre o tema, e formas de tratamento do autismo no contexto multidisciplinar.

A coleta de dados foi realizada entre os períodos de fevereiro à novembro de 2022, nos quais foram encontrados 36 artigos correspondentes às temáticas, sendo extraídos 18 artigos, 01 livro e 04 leis, para seu embasamento científico. Através do seguinte procedimento de coleta: artigos disponíveis, artigos disponíveis, artigos completos, ano de publicação e artigos potencialmente relevantes.

Como critério de inclusão: artigos disponíveis na íntegra que correspondem ao tema abordado, artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, pesquisas desenvolvidas com crianças de 2 meses a 8 anos que não sejam do tipo revisão bibliográfica, utilizado artigos anteriores a 10 anos para completar a fundamentação teórica do tema proposto.

Critério de exclusão: adultos que possuem TEA, além de artigos incompletos, artigos duplicados ou repetidos nas bases de dados, publicações científicas sem relação direta com a temática.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS- Lei 8.742/93) prevendo o dever do Estado de prestá-la independentemente de contribuição. Com base nesse artigo existe uma assistência recebida para os portadores do TEA e também a sua família, e assim guiá-las nesse novo cotidiano que transformará suas vidas.

Lei n.º 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Lei denominada de Romeo Mion que rege o artigo 3. Garante aos pacientes com TEA um documento para gerar a sua identificação com essa deficiência e assim o seu atendimento em qualquer área da saúde possa se tornar um cuidado especializado.

Ruggieri (2020), afirma que o autismo é um distúrbio na interação social e na comunicação, ligada a interesse de comportamentos

Segundo Dumcke (2019), as manifestações clínicas acontecem antes dos dois anos, gerando alguns problemas no seu desenvolvimento como na fala, a interação social pode regredir aos 15 e 24 mese. Todos esses elementos podem ser sintomas ocasionados mediante ao autismo por tanto se manter em alerta é importante para o retardo da doença.

Para Lopes (2019), os medicamentos utilizados para o tratamento farmacológico do TEA, mais citado foi a risperidona, aripiprazol e quetiapina. A risperidona é amplamente

utilizada, mas embora melhorias significativas na hiperatividade e nas estereotípias tenham sido documentadas, há pouca evidência de benefícios nas características de vulnerabilidade de curto e longo prazo do autismo. Desse modo Alencar aborda que o enfermeiro, enquanto profissional que se qualificou para prestar essa assistência, deve sempre se capacitar segundo as normativas do exigidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com Mesquita (2014) um dos pilares para obter êxito em seu cuidado com o paciente é a estratégia de comunicação, através dela podemos compreender melhor o que a família vivência em questão de estresse psicológico e assim gera um evento ativo e dinâmico, que exige esforço por parte do ouvinte a identificando os aspectos verbais e não verbais da comunicação.

Para Lopes (2020) afirma que aceitação da família com o diagnóstico é muito dificultoso para isso o enfermeiro deve estar amplamente capacitado em saber conduzir a situação, de acordo com o autor exige cuidados diferenciados, tratamento prolongado incluindo adaptações no seu cotidiano. Para isso o enfermeiro pode construir um plano terapêutico junto com a equipe multiprofissional, e assim ajudando a família na aceitação.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos analisados, foi possível perceber a importância da atuação do enfermeiro, sendo um elemento importante na detecção e assistência do TEA, porém, o trabalho nesse processo ainda é insatisfatório, pois os profissionais não são suficientemente qualificados ou têm medo ao lidar com pacientes e seus familiares.

Algumas famílias não percebem o papel do enfermeiro no tratamento de pessoas com TEA. É necessário, portanto, que o enfermeiro desenvolva as competências e habilidades necessárias, além da capacidade de reconhecer sinais e sintomas e auxiliar no diagnóstico preliminar, para, em última instância, auxiliar o indivíduo e seus familiares e cuidadores de forma efetiva, com orientação e cuidados baseados na ciência. Por isso, o treinamento da equipe de enfermagem é essencial para que tudo funcione com eficiência.

Observa-se que a constituição brasileira oferece meios para melhorar a qualidade de vida e os direitos básicos das pessoas com transtorno do espectro do autista. Como conhecido as particularidades do TEA, constatou-se a importância da inclusão social, processo pelo qual a sociedade se adapta para defender e acolher, a fim de solucionar problemas e colocar em prática a democratização de seus direitos. Percebe-se que a discussão proposta neste trabalho contribui com otimismo para a luta dos autistas, proporciona maior conhecimento sobre o problema, incentiva o estudo e estimula a criação de novas leis protetivas que possam diminuir os preconceitos e promover a superação das diferenças cotidianas .

Por se tratar de um assunto complexo, as limitações do estudo e a falta de publicações

têm implicações no conhecimento científico e técnico desses profissionais, constatou-se a necessidade de mais estudos sobre esse tema. Entretanto considerou a necessidade de usar novos métodos de treinamento e desenvolvimento como; educação permanente no próprio âmbito de trabalho, eventos e oficinas sobre o tema no período de graduação, oferecer a equipe multidisciplinar capacitação necessária para atuar nessa área, sendo os profissionais de saúde a prestar cuidados abrangentes e de qualidade com foco no diagnóstico e intervenção precoce, tanto para a pessoa com TEA quanto para sua família.

REFERÊNCIAS

Saraiva, Simone & Mazete, Bianca Pollyanna & Brito, Adriana & Vasconcelos, Marcio. (2018).

Transtorno do espectro autista. 8. 72-78. 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-12. **Autista**, [s. L.], 2010. Disponível em: <http://www.psicologiaeciencia.com.br/autismo-um-breve-historico/>. Acesso em: 17 nov. 2022.

ARAUJO, Liubiana Arantes de *et al.* **Manual de Orientação Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento.** Transtorno do Espectro Autista, [s. L.], 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

Almeida SSA, Mazete BPGS, Brito AR, Vasconcelos MM. **Transtorno do espectro autista.** Resid Pediatr. 2018;8(0 Supl.1):72-78 DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-12.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8742, de 8 de dezembro de 1993.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 8, p. 1-74, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 8, p. 1-74, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13997, de 8 de janeiro de 2020.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 8, p. 1-74, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13977.htm. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 8, p. 1-74, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 17 nov. 2022.

DUMCKE, Thiago. Transtorno do Espectro Autista: **Quais as suas Manifestações Clínicas?** Vitalogy, 2019. Disponível em: <https://vitalogy.com/feed/Transtorno+do+Espectro+Autista%3A+Quais+as+suas+Manifestacoes+Clinicas%3F301>. Acesso em: 17 de nov. De 2022.

FIGUEREDO, Andreza.s *et al.* **physiopathology of autism and current therapies.** fisiopatologia do autismo e atuais terapias, [s. L.], 2020. Disponível em: https://facunicamps.edu.br/cms/upload/repositorio_documentos/245_FISIOPATOLOGIA%20DO%20AUTISMO%20E%20ATUAIS%20TERRAPIAS.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

LOPES, Ana Maria Costa da Silva. O autismo e suas conexões: qual medicação para o autista?. *Psicol. Rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 1343-1352, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1677-11682019000300026&lng=pt&nrm=iso>. **Acessos** em 17 nov. 2022. **Http://dx.doi.org/10.5752/P.1677-1168.2019v25n3p1343-1352.**

LIMA ROCHA FERREIRA, T.; THEIS, L. C. Atuação do profissional enfermeiro na assistência às crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 15, n. 22, p. 85–98, 2021. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1219>. Acesso em: 17 nov. 2022.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... Et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. Ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MESQUITA, Égila Thalia da Silva *et al.* A assistência de enfermagem prestada à criança autista. **A assistência de enfermagem prestada à criança autista**, [s. L.], 2020. DOI 10.37885/200700710. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200700710.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022. Ribeiro ACP, Nave CR, Antonucci AT, Batistella VA. Fatores etiológicos e riscos associados ao transtorno de espectro autista: revisão bibliográfica. *Jornal Paranaense de Pediatria* - 2021; 22(1):1-12. Disponível em: <http://www.jornaldepediatria.org.br/>.

NascimentoA. dos S.; GomesA. M.; SantosB. C. da C.; NevesW. C.; BarbosaJ. de S. P. Atuação do Enfermeiro na assistência à criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10523, 7 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO mundial de saúde. **Organização pan-americana de saúde**, [s. l.], 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 17 nov. 2022.

Ruggieri V. El autismo a lo largo de la vida [Autism throughout life]. *Medicina* (B Aires). 2022 Aug 30;82 Suppl 3:2-6. Spanish. PMID: 36054849.

Saraiva, Simone & Mazete, Bianca Pollyanna & Brito, Adriana & Vasconcelos, Marcio. (2018). **Transtorno do espectro autista**. 8. 72-78. 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-12.

TEODORO, Maycoln Leôni Martins *et al.* Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura. **Família e Autismo: Uma Revisão da Literatura**, [s. l.], 2012. DOI 10.4013/ctc.2012.52.07. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.52.07>. Acesso em: 17 nov. 2022.

SILVA, Alexandre Costa *et al.* Autismo – um breve histórico. **Transtorno do Espectro Autista**, [s. L.], 2010. Disponível em: <http://www.psicologiaeciencia.com.br/autismo-um-breve-historico/>. Acesso em: 17 nov. 2022.

SILVA, S. H. G. M.; AZIZ, A. V.; VIEIRA, N. M.; ALEIXO, M. L. M.; ALENCAR, B. T. A assistência de enfermagem diante de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão da literatura. *Scire Salutis*, v.11, n.1, p.36-45, 2021. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.001.0004>

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Data de aceite: 02/01/2023

Juliete Trantenmuller de Almeida

Discente do curso de enfermagem da faculdade de Ilhéus

Juliana Menezes Lopes

Docente do curso de enfermagem da faculdade de Ilhéus

Artigo Científico apresentado como cumprimento das atividades da disciplina Trabalho de Conclusão de curso, do Curso de Enfermagem, defendido em dezembro de 2022.

RESUMO: **Introdução:** O estudo sobre a história da saúde Indígena no Brasil, bem como o perfil epidemiológico, vacinação e imunização da população indígena. Tratando dos desafios e avanços da contribuição do enfermeiro à saúde Indígena. **Objetivo:** descrever as contribuições do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde da população Indígena. **Materiais e Métodos:** do trabalho consiste na pesquisa bibliográfica, buscando informações em materiais disponíveis nas plataformas eletrônicas, painéis, cursos, dissertações, teses, artigos científicos e livros. Será empregada também a pesquisa documental, analisando

palestras, leis, revistas e documentos voltados para os estudos da população indígena. Serão utilizados como critérios de inclusão materiais publicados entre os anos de 1947 à 2021, com exceção dos materiais publicados há mais de 10 anos que tenham peso científico indispensável para elaboração do trabalho, utilizando-se dos seguintes descritores: papel do enfermeiro, saúde, população indígena e Brasil. **Resultado:** avanços e desafios na contribuição do Enfermeiro à saúde da população indígena. **Conclusão:** É imprescindível que se crie estratégias de ações de saúde que portem a considerar as realizações de povos indígenas, em especial aqueles que habitam em regiões mais remotas, que por muitos casos são distantes dos grandes centros urbanos, e por consequência, cujo a saúde básica termina por ser negligente, tanto por ausência de recursos estruturais e materiais, quanto por recursos capacitados.

PALAVRAS-CHAVE: População Indígena, Papel do Enfermeiro, Saúde Primária.

CONTRIBUTIONS OF NURSES IN PRIMARY CARE TO THE HEALTH OF THE INDIGENOUS POPULATION

ABSTRACT: Introduction: The study on the history of indigenous health in Brazil, as well as the epidemiological profile, vaccination and immunization of the indigenous population. Addressing the challenges and advances of nurses' contribution to Indigenous health. **Objective:** to describe the contributions of nurses in primary health care of the Indigenous population. **Materials and Methods:** the work consists of bibliographical research, seeking information in materials available on electronic platforms, panels, courses, dissertations, theses, scientific articles and books. Documentary research will also be used, analyzing lectures, laws, magazines and documents focused on studies of the indigenous population. Materials published between the years 1947 and 2021 will be used as inclusion criteria, with the exception of materials published more than 10 years ago that have indispensable scientific weight for the elaboration of the work, using the following descriptors: role of the nurse, health, indigenous population and Brazil. **Result:** advances and challenges in the Nurse's contribution to the health of the indigenous population. **Conclusion:** It is possible to create strategies for health actions that consider indigenous people as examined, especially those who live in more remote regions, which in many cases are far from large urban centers, and consequently, whose basic health ends up being negligent, both due to the absence of resistant and material resources, as well as trained resources. **KEYWORDS:** Indigenous population; nurse's role, primary health.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), residem mais de 890 mil índios, espalhados em todos os estados e correspondendo a 0,4% da população brasileira. Estão distribuídos em 505 terras indígenas, ocupa 12,5% do território nacional. Apesar do contingente populacional não tão expressivo em comparação a população brasileira, apresentam uma significativa sociodiversidade, incluindo 305 grupos étnicos falantes de 274 idiomas. (ISA,2011; GARNELO,2012).

Com o crescimento da população indígena, também cresceu a busca por implementação de políticas públicas que abrangessem essa população. A Constituição de 1988 teve uma grande participação na criação dessas políticas aos povos indígenas, criando o direito a garantia de atenção diferenciada à saúde (ISA, 2006; GARNELO,2012; CARDOSO, 2015).

A presença do enfermeiro é de fundamental importância para implementação das políticas públicas em saúde indígena na atenção primária, bem como necessário a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto das dificuldades e avanços presente na contribuição do enfermeiro à saúde Indígena.

Diante do exposto traz como questionamento: Qual a contribuição do enfermeiro na atenção primária à saúde da população indígena? Acredita-se que o Enfermeiro desempenhe um papel singular na identificação de risco a saúde, prevenção, promoção e

planejamento de ações que reduzam percentuais de morbidades nesta comunidade.

O referido trabalho tem como objetivo geral: descrever as contribuições do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde da população Indígena. A premissa do estudo foi advinda de uma análise de reflexões das seguintes abordagens: a) Conhecer a história da Saúde Indígena no Brasil; b) Perfil epidemiológico, vacinação e imunização na população Indígena; c) Dificuldades e avanços na contribuição do enfermeiro à saúde Indígena; d) Contribuição do enfermeiro na saúde Indígena.

Sendo assim, tem-se como finalidade descrever a contribuição do enfermeiro na atenção primária à saúde da população indígena, enfocando o perfil epidemiológico da população indígena, vacinação e as contribuições dos enfermeiros durante a implementação de suas ações nessa população vulnerável mediante seus desafios e avanços.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Breve histórico da saúde da população indígena

Historicamente, as populações indígenas há muito tempo deparam-se com diversos tipos de tensões na esfera da saúde, a começar dos contatos primários com as pessoas não indígenas, no século XVI, o qual presenciaram epidemias de sarampo e gripe, no século XX, e, mais recente, em 2009, com a gripe H1N1, até chegar ano de 2020, com a pandemia do Covid-19.

Em todas as referidas epidemias, ou até mesmo crise sanitária ocorreu diversos impactos de modos distintos nas populações indígenas alvas, tanto em âmbito econômico, quanto social ou demográfico, dessa forma, é de suma relevância uma ótica para as peculiaridades de cada região e de cada população no entendimento e ao deparar com os fatores de saúde pública dentro dos povos indígenas.

O SPI (Serviço de Proteção de Índios) foi a primeira instituição do país, correlacionada com o Governo Federal, entre o ano 1910 e 1967, o SPI desenvolveu ações exatas de assistência sanitária aos indígenas, partindo de estruturas de cunho simplificado no que tange a atenção à saúde, como por exemplo, na manutenção de certos postos com profissionais de Enfermagem e convênios itinerantes de prestação no que tange a assistência médica. (BRITO, 2011)

Entretanto, sob esse contexto, destaca-se acerca da importância no investimento da instituição do órgão a favor da saúde indígena, como, por exemplo, a elaboração de um “Serviço Médico Sanitário do SPI”, criado pelo médico chamado Herbert Serpa, no ano de 1947, o qual, na época era chefe da Seção de Estudos (SE) do mesmo serviço. Este projeto promovia o cunho urgente relacionado a estruturação normativa acerca da assistência a população indígena, ao passo que houvesse contemplação as peculiaridades culturais, visando também atender as demandas sanitárias daquela população.

O intuito estratégico era atingir a redução dos conflitos entre a denominada “medicina

oficial” e as atividades de cura indígenas, eram recomendadas no projeto que os médicos e profissionais da Enfermagem realizassem uma especialização em “antropologia cultural” ou no “trato dos problemas etnográficos.” (SPI, 1947).

Nesse sentido, na SE foi também a oportunidade que o cientista social Darcy Ribeiro desenvolveu os seus primeiros estudos de campo entre a população indígena no Brasil. Foi contratado como etnólogo, no ano de 1947, o cientista fez o percurso, entre os anos de 1947 e 1951, a ampla região florestal maranhense e fez uma pesquisa etnográfica na população Urubu-Ka'apor.

Os relatos escritos nos seus diários de campo e cartas nessa época são extremamente importantes para uma reflexão acerca da saúde do povo indígena, em certa carta, Darcy Ribeiro descreve:

Encontramos uma epidemia de sarampo com todas as misérias que ele arrasta consigo, dizimando os índios, um horror. No último mês, percorri cinco aldeias, uma ainda não estava afetada e todas as outras desertas, os índios na mata fugindo de uma peste e levando-a consigo. Em muitas não havia uma só pessoa capaz de trazer alimentos das enormes roças que abandonaram na fuga desesperada, de caçar e de pescar e morriam à fome. Nestas, virei cozinheiro. Volto amanhã para a mata, vamos tentar filmar e trabalhar numa aldeia que começa a se reestabelecer, porque seria difícil achar uma sadia e poderíamos levar-lhes a doença. Talvez não saia um filme lá muito ao gosto de certa gente, índios remelando de terçol, magros de tuberculose galopante ou tossindo de pneumonia, e que sei mais de horrores, mas será um bom retrato deste SPI. (Carta de DR-HB, 24/02/1950).

Explica Pontes (2019) que entre as décadas de 70 e 20, além da Funai, outros participantes na qualidade de sociedade civil, nos movimentos sociais, intelectuais e pesquisadores, discutiram e modo mais sistemático em relação a política de assistência dos povos indígenas no país, com a pauta da amplitude da assistência sanitária e na acessibilidade à terra como base da saúde indígena.

O mesmo autor supracitado alude que foi o caso de instituições como CIMI (Conselho Indigenista Missionário), com vínculo com a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, que continha com o auxílio de integrantes cientistas sociais, médicos sanitaristas e antropólogos, e da UNI (União das Nações Indígenas, sendo a primeira entidade indígena fundada para a reunião dos líderes das comunidades indígenas na defesa dos seus interesses na esfera nacional.

2.2 Saúde indígena no Brasil

Wenczenovicz (2018) afirma que os reflexos da saúde indígena no país, ao se tratar de comunidades que se encontram vulnerável no país e faz possível indicar que tais indivíduos vivem em situações de exclusão, sem qualquer visibilidade e até discriminados, sendo que na última instância, as posicionais de maior grau de vulnerabilidade ante a uma série agravantes. Esclarece ainda Wenczenovicz (2018), que o que colaboram com

tal afirmação são os coeficientes de morbimortalidades mais elevados do que os que são de fato registrados em nível nacional, fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência física.

Ao atender à luz dos princípios norteadores do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde de Povos Indígenas releva que a integração indígena consiste em uma premissa essencial para a melhoria de controle e de planejar os serviços, como também um meio capaz de reforçar a autodeterminação da população indígena.

Desse modo, salienta ainda Rocha (2019) que, a população indígena sofre pelas distinções culturais, linguísticas, organizacionais, o que reflete de modo negativo na possibilidade do acesso e na qualidade da atenção que se oferta, o que piora no processo de saúde.

2.3 Perfil epidemiológico

No país, a população indígena se mantém em situação de extrema vulnerabilidade ante aos outros segmentos da sociedade em geral, uma vez que sofre por tendências e atribuições que colocam cultura e práticas expostas aos riscos.

Conforme com dados do IBGE (2012), coletados no último censo demográfico nacional realizado em 2010, a população brasileira compõe-se por mais de 190 milhões de indivíduos, sendo que destes, apenas 0,4 % relatam a população indígena residente no Brasil.

Transformando em números, 817.963 de indivíduos se declararam indígenas quando se trata cor ou raça, e mais 78.954 de indivíduos que não declarantes, mas se consideram indígenas, compulsando-se um total de 896.917 indígenas brasileiros.

Houve a identificação de 305 distintos etnias indígenas, que falam 274 línguas distintas e que têm as mais diversas experiências de interação com a sociedade nacional.

Há desde alguns poucos grupos que vivem em situação de isolamento na região Amazônica, até outros com significativas parcelas de suas populações vivendo em zonas urbanas (IBGE, 2012).

Nas grandes regiões brasileiras encontram-se povos indígenas. O maior contingente está na região Norte, cujo totaliza 342.836 pessoas indígenas, seguido pela região Nordeste com 232.739. No Centro-oeste do país, a 3ª região com mais residentes população indígena, possui 143.432 pessoas. A região Sudeste calcula-se 99.137 indígenas e, por último, a região Sul, onde contém o menor número da população indígena do Brasil, sendo 78.773 pessoas (IBGE, 2012).

Hoje, contabilizam-se cerca 452.170 homens e 444.747 mulheres, os quais residem em áreas urbanas ou rurais, que são declarantes ou consideram ser indígenas, residentes ou não de terras indígenas. A maioria do grupo indígenas residem em áreas rurais do país, com cerca de 572.083 (63,8%), quando comparada a população indígena que encontram-se em áreas urbanas, 324.834 (36,2%) (IBGE, 2012).

Mesmo havendo maior predominância da população indígena em áreas rurais, o que poderia ser encarado normalmente, haja vista os fatores culturais e tradicionais correlacionados a suas condições de culturas de subsistência, estudos revelam que, mesmo havendo a apresentação um número expressivo de pessoas indígenas situados em áreas urbanas, a maioria deles encontram-se inseridos nas regiões periféricas das grandes cidades (COIMBRA JR. e SANTOS, 2000).

Essas características demográficas impactam expressivamente no estilo de vida da população indígena, uma vez que, primordialmente, sua fonte de substancial era eivada de pesca, caça e agricultura, as quais são exclusivas com restrições/limitações territoriais, principalmente aqueles localizados em áreas urbanas (COIMBRA JR. et al., 2005).

Tal característica está vinculada à carência nutricional encontrada em certas pesquisas (COIMBRA JR. e SANTOS, 1991 e 2001), levando ao maior consumo de alimentos de origens industriais, ao invés de ser consumido os alimentos tradicionais ou de plantio próprio, e, por consequência, a redução da prática de atividades físicas (COIMBRA JR. et al., 2005; CALDAS, 2010, TAVARES, 2010).

As referidas condições socioeconômicas são deparadas como um agravo para a saúde da população indígena, atribuídas as consequências provocadas por esta carência também expõe em risco a vida e qualidade de vida. Nos últimos anos, as enfermidades e agravos as quais não transmissíveis (DANT) tem demonstrado um crescimento expressivo, por uma pluralidade de fatores, em especial ao estilo de vida. Exemplo, a obesidade e sobrepeso, de DANT analisados entre populações indígenas, que são caracterizados pelo acúmulo de gordura corporal (BRASIL, 2004).

2.4 Vacinação e imunização na população Indígena

De acordo a Fiocruz (2018) “Uma das medidas mais efetivas para a prevenção de doenças, individual e coletivamente, ao evitar epidemias, a vacinação foi responsável por erradicar doenças poliomielite, rubéola congênita e sarampo.” (INCQS/ FIOCRUZ. 2018).

Segundo José Augusto Alvez Britto (2018):

Em 1973 foi criado no Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI), com o objetivo de normatizar a imunização em nível nacional e assim, contribuir para a erradicação ou controle de doenças transmissíveis. Ele faz parte das iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e recebe apoio técnico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). (BRITTO; INCQS/ FIOCRUZ. 2018).

Tratando da contribuição do enfermeiro na vacinação da população Indígena, segundo o Ministério da Saúde (2001) considera que: “[...] a assistência e a promoção da saúde nas comunidades indígenas apresentam impacto significativo nas condições de saúde e qualidade de vida dessa população”.

De acordo a lei Arouca (2008): “Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prioriza as atividades de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças e agravos,

e baseia-se no perfil epidemiológico da população indígena”. Ciente da importância da adoção de ações sistemáticas e continuadas, acrescenta: “[...] a Funasa, com base no que é preconizado pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Ministério da Saúde, desenvolve um plano de cobertura vacinal cujo objetivo tem sido imunizar o maior número possível de indígenas.” (BRASIL. 2008)

Em suma, matéria publicada pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará (2021) publicou “De acordo com os dados mais recentes [...] da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), 92,24% das primeiras doses distribuídas já foram aplicadas neste grupo (18,8 mil pessoas)”. Os casos de doenças, na população indígena, vêm reduzindo consideravelmente. No mesmo sentido, “Segundo Magda Almeida, secretária executiva de Vigilância e Regulação da Sesa, a vacinação dos indígenas é importante porque cobre uma população com alta vulnerabilidade social.” (SESA, 2021).

2.5 Contribuição do enfermeiro na saúde indígena

Acerca do tema, Fernandes e Simpson (2016) argumentam que o enfermeiro cujo compromete-se a prestar assistência no que tange à saúde indígena deve haver a capacidade de obter familiaridade com as eventuais questões peculiares inerentes à saúde, bem como, procurar a compreensão de forma panorâmica com a população indígena.

Nesse sentido, alude Martins (2017) que, o perfil do profissional enfermeiro, no curso da sua atuação, adquire um molde, conforme as referências, assim, alvitra o autor que, por muito tempo a atenção e cuidado hospitalar seguiu o seu caminho sem nenhuma pretensão criteriosa.

Atualmente, segundo Silva (2021) abrange-se ao questionamento acerca da qualidade hospitalar, ao considerar a empresa oral e escrita. Com tal atual contexto, os profissionais que atuam na área da saúde possuem o condão de suma relevância, em especial na esfera das suas ações, intervenções, dentro de um processo cujo desconstrói e constrói com a finalidade de atingir um sistema de atendimentos que porte a eficiente, a efetividade, e é claro, a humanização.

Para Silva (2021), no que concerne a qualidade de um serviço no setor da saúde, debruça-se a ideia, onde o tratamento que se oferta é por um médico ou mesmo qualquer outro profissional de saúde que atendem aos cuidados.

Assim explana Mendonça (2010):

Conhecer o diferente passa a ser uma reflexão sobre a nossa própria prática, confirma a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo. Essa é uma das habilidades mais importantes que os profissionais de saúde que atuam em saúde indígena devem exercitar e construir. Quando nos dispomos a ouvir, não só a ouvir, mas escutar, e exercer nosso papel de interlocutores, estamos trabalhando com a perspectiva de repensar nossa própria cultura, relativizar nossos próprios paradigmas. (MENDONÇA, 2010, p. 27)

É indiscutível que a qualificação inerente ao profissional de saúde consiste em

um desafio para objetivar a qualidade da atenção à saúde, destarte, preconizam Dias e Deslandes (2007) que a competência pode ser imposta na avaliação do nível de aprendizagem e as realizações do integrante de modo contínuo, com a institucionalização, com a ótica no exercício de ser multiprofissional, com a finalidade do aperfeiçoamento dos processos laborais e com a orientação para alcançar uma qualidade mais benéfica na qualidade da atenção, com a inclusão populacional.

2.6 Desafios e Avanços na contribuição do enfermeiro à saúde Indígena

O cuidado à Saúde dessa população, segundo Conselho Federal de Enfermagem COFEN (2017) “[...] Populações Vulneráveis e Tradicionais: índios[...]” os participantes compartilham experiências quanto a assistência em saúde e os desafios enfrentados.

Segundo a Enfermeira especialista na assistência às populações vulneráveis, Débora Regina de Oliveira Moura (2021) explica que “era necessário sempre contar com o suporte de outras pessoas para auxiliar na comunicação com esses povos”. A enfermeira atuou nos cuidados à saúde da população Indígena do Xingu, situada no Mato Grosso, pós concluir sua graduação em 2013. Na época o acesso ao local era um imenso desafio. Viagens com duração de 24 horas. E não obstante o desafio ao acesso, na época não havia médicos no Alto Xingu e os atendimentos eram feitos pelos próprios enfermeiros.

Outro desafio a ser enfrentado eram as fragilidades estruturais das aldeias. Segundo matéria publicada pela Central de Notícias Uninter (2021):

68,8% sequer possuem um banheiro e 10,3% não contam com energia elétrica. Para auxílio desses profissionais, em 1999 foi criado o DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena), uma unidade gestora de atenção à saúde indígena. O DSEI atualmente executa a gestão de 34 postos de apoio à saúde espalhados estrategicamente pelo Brasil. Para uma melhor visualização das localidades onde os povos indígenas estão, a Funai (Fundação Nacional do Índio) disponibiliza mapas com e dados geográficos das tribos indígenas espalhadas pelo país[...] (GERONASSO. 2021)

Além dos fatores organizacionais do serviço de saúde indígena, é também plausível de levar em conta certas questões peculiares à população indígena como, por exemplo, o fator de transculturação, o local geográfico da população indígena, com foco nas dificuldades a acesso as aldeias, tais situações terminam por se adicionar na carência de infraestrutura e recursos. (MENDONÇA, 2010).

Nesse sentido, os mesmos autores supracitados, também consolidam que, os polos-bases na aldeia possuem as suas estruturas somente para alcançar a atenção primária, assim, nos casos de alta ou média complexidade, terminam em ser direcionados para as unidades do SUS, cujos serviços localizam-se em centros urbanos mais pertos ou até mesmo em outros municípios. (ROCHA, 2019)

A luta pela saúde indígena no país consiste na mais legítima autoria do Subsistema de Atenção à Saúde de Povos Indígenas, cujo foi criado no ano de 1999, por intermédio

da Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca. O referido subsistema compõe-se pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEIS, que se constituem na rede de serviços de implantações nos locais de territórios indígenas, com a finalidade de atender essa população específica, ao levar em conta os critérios geográficos, culturais e demográficos.

A Lei Arouca foi aprovada no ano de 1999, finalmente atendeu as almejadas demandas pelo médico Herbert Serpa do SPI, o qual seu plano para a fundação de um serviço médico sanitário, que tinha como premissa a inclusão de especificidades ao cuidado a população indígena, juntamente com o planejamento nacional da saúde. (BRITO, 2014).

Diferente do que previa o plano de 1947, a Lei Aurora visa a valorização das práticas sociais e culturais do povo indígena como fator central a estrutura do cuidado à saúde da população indígena, e não se limitando como um meio de impedir conflitos entre a medicina ocidental/oficial e as práticas de cura indígena. (BRITO, 2014).

Sendo assim, o Brasil teceu avanço com a elaboração de um subsistema de saúde que atenda a população indígena e na elaboração da Política Nacional de Atenção Indígena, entretanto, a saúde indígena encontra-se vulnerável as fronteiras nocivas em decorrências das demais demandas de viés social, político e econômico. (GRANELO, 2012).

3 | MATERIAL E MÉTODOS

Consiste na pesquisa bibliográfica, buscando informações em materiais disponíveis nas plataformas eletrônicas, painéis, cursos, dissertações, teses, artigos científicos e livros. Será empregada também a pesquisa documental, analisando palestras, leis, revistas e documentos voltados para os estudos da população indígena. Serão utilizados como critérios de inclusão materiais publicados entre os anos de 1947 a 2021, com exceção dos materiais publicados há mais de 10 anos que tenham peso científico indispensável para elaboração do trabalho, utilizando-se dos seguintes descritores: papel do enfermeiro, saúde, população indígena e Brasil.

4 | RESULTADOS E DISCURSÕES

O papel atuante do enfermeiro conjuntamente com o povo indígena é marcado como um constante desafio e que inalterável. Conforme visto no decorrer da pesquisa, as atividades em saúde são inseridas com práticas que precisam de colaboração de todos e multidisciplinar. (SILVA. 2014)

Entretanto, o que permeia todas as estratégias a serem executadas são de entendimento e que visem respeitar os costumes e culturas das mais diferentes etnias da população indígena.

Para Fernandes (2016), a atenção básica à saúde indígena intervém de imediato nas práticas que promovem no benefício da qualidade de vida, o que é caracterizado pela relevância do fator do profissional de enfermagem, haja vista a necessidade da assistência

promocional e preventiva da saúde desses povos. Considerando a atuação do enfermeiro de suma importância para a saúde indígena.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se no presente estudo que foi possível o conhecimento das atribuições dos enfermeiros, no que tange a atenção da saúde primária da população indígena no Brasil, desde o viés histórico, apontando a evolução gradativa da história da saúde da população indígena, desde o ano de 1974.

Observou-se o perfil epidemiológico dos indígenas o qual sinalizam agravantes de vários prejuízos à saúde indígena, a incansável entrada de indivíduos traduz-se que, mesmo do aumento de número de patologias que surgem e se agravam no decorrer do tempo, a saúde indígena não consegue alcançar meios para mudar essa situação.

Portanto, constatou-se que o papel do enfermeiro é de suma importância no que concerne a implementação das políticas públicas em saúde da população indígena na atenção primária, a sua função é singular, visto que, este identifica riscos à saúde, prevenção, promoção ou planejamento nas práticas que diminuem nos números de morbidade dessa população, bem como necessário a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural, para alcance do cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.794. Lei Arouca. Brasília. 8 de outubro de 2008.

BRESAN, Deise; BASTOS, João Luiz; LEITE, Maurício Soares. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapacó, Santa Catarina, Brasil, 2013. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Coletiva, 2015.

BRITTO, José Augusto Alves de. "A importância da vacinação. INCQS/ FIOCRUZ. 2018. Disponível em: https://www.incqs.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1721:a-importancia-da-vacinacao-nao-esta-somente-na-protacao-individual-mas-porque-ela-evita-a-propagacao-em-massa-de-doencas-que-podem-levar-a-morte-ou-a-sequelas-graves&catid=42&Itemid=132. Acesso em: 10 nov. de 2022.

CARDOSO, Marina Denise. Saúde e Povos Indígenas no Brasil: Notas sobre Alguns Temas equivocados na Política Atual. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2014. Disponível em: https://www.google.com/search?q=%3A%3Chttp%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0102311X2014000400860%26lng%3Den%26nrm%3Diso%3E&oq=%3A%3Chttp%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0102311X2014000400860%26lng%3Den%26nrm%3Diso%3E&aqs=chrome..69i57. Acesso em: 20 out. 2022

COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança socioeconômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia. Brasil. Rio de Janeiro. 1991.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Debate enfermagem assistências a população indígena. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-debate-assistencia-a-populacoes-indigena-negra-e-quilombola_58432.html. Acesso em: 10 nov. de 2022.

DESLANDES S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 11. p.1279-1290, 2007.

FERNANDES, M. N. F., & Simpson, C. A. (2016). Saúde indígena: experiência de enfermagem com a etnia Munduruku. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0900>. Acesso em: 10 nov. de 2022.

GERONASSO, Maurício. Os desafios do atendimento de saúde a povos indígenas. CNU. 2021. Disponível em: <https://www.uninter.com/noticias/os-desafios-do-atendimento-de-saude-a-povos-indigenas>. Acesso em: 11 nov. de 2022.

IBGE. 2012. População Indígena. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2022.

MARTINS, J. C. L. (2017). O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. Dissertação. 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-29082017-152141/publico/JulianaClaudiaLealMartinsORIGINAL.pdf>. Acesso em: 12 nov. de 2022.

MENDONÇA, S. B. M. (2010). Saúde indígena: distâncias que aproximam. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. v.2, Brasília, DF, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde indígena: etno desenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília-DF. p. 52. 2001.

ROCHA, D. F., Porto, M. F. S., & Pacheco, T. (2019). A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.27972016>. Acesso em: 11 nov. de 2021.

TEXEIRA, Carla C. GARNELO, Luiza. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2014

SILVA, E. C., Silva, NIEDJA C. D. L., CAFÉ, L. A., ALMEIDA, P. M. O., SOUZA, L. N., & AMANDA, D. da S. (2021). Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021.

WENCZENVICZT. J. (2018). Saúde Indígena: Reflexões Contemporâneas. Caderno Ibero-Americano. Diretoria Sanitária. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciad.s.v7i1.428>. acesso em: 13 nov. 2022.

A REFORMA TRABALHISTA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA GESTÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 02/01/2023

Antônio César Ribeiro

Enfermeiro, Doutor em Ciências.
Professor Associado da Faculdade de Enfermagem/UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM – Estrutura, Organização e Gestão do Trabalho em Saúde e Enfermagem
<https://orcid.org/0000-0003-1607-3215>

Matheus Ricardo Cruz Souza

Enfermeiro. Pós-graduando em Gestão em Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM – Estrutura, Organização e Gestão do Trabalho em Saúde e Enfermagem
<https://orcid.org/0000-0001-5787-8736>

Nivaldo Romko

Advogado; Mestrado em Economia;
Procurador Geral do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso
<https://orcid.org/0000-0003-3875-840x>

Patrícia da Costa Oliveira Vilela

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM – Estrutura, Organização e Gestão do Trabalho em Saúde e Enfermagem
Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso, Brasil – Fiscalização
<https://orcid.org/0000-0003-4932-3479>

RESUMO: Objetivo: Trata-se de um ensaio que teve por objetivo apresentar as principais mudanças ocorridas por meio da reforma trabalhista brasileira e que têm implicações diretas na gestão do trabalho em enfermagem. **Método:** foi realizado o levantamento das principais modificações ocorridas nos dispositivos da legislação brasileira do trabalho e que estão diretamente relacionadas ao trabalho de enfermagem, considerando suas peculiaridades. **Resultado:** Entre os vários dispositivos que sofreram modificações ou inclusões, tiveram maior relevância para a gestão do trabalho em enfermagem aqueles que definem a jornada e escalas de trabalho; horas extras; banco de horas; férias; trabalho intermitente; insalubridade; aviso-prévio; acordo trabalhista; contribuição sindical; convenções e acordo coletivos de trabalho; e homologações de rescisões contratuais. **Conclusão:** o processo de trabalho gerenciar/administrar em enfermagem, como ato privativo do enfermeiro, requer que este aplique como instrumental do seu trabalho gerencial o saber administrativo que é composto, inclusive, pelo conhecimento acerca da legislação do trabalho no país. Tal conhecimento e sua correta aplicação concorrem para as boas práticas de

enfermagem no âmbito da gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; gestão do trabalho; legislação do trabalho; reforma trabalhista.

LABOR REFORM AND ITS IMPLICATIONS FOR NURSING WORK MANAGEMENT

ABSTRACT: Objective: This is an essay that aimed to present the main changes that occurred through the Brazilian labor reform and that have direct implications for the management of nursing work. **Method:** a survey was carried out of the main changes that occurred in the provisions of Brazilian labor legislation and which are directly related to nursing work, considering their peculiarities. **Result:** Among the various devices that underwent modifications or inclusions, those that define working hours and work schedules were more relevant for the management of nursing work; overtime; annual leave; vacation; intermittent work; unsanitary; early warning; labor agreement; union contribution; collective bargaining agreements and agreements; and ratification of contractual terminations. **Conclusion:** the work process to manage/administer in nursing, as a private act of nurses, requires that they apply administrative knowledge as an instrument of their managerial work, which is composed, even, of knowledge about labor legislation in the country. Such knowledge and its correct application contribute to good nursing practices in the field of management.

KEYWORDS: Nursing; work management; labor legislation; labor reform.

1 | INTRODUÇÃO

A prática profissional da enfermagem traduz-se em diferentes processos de trabalho que são particularizados por meio dos seus elementos constitutivos, a saber: objeto, finalidade e instrumentos. Dentre estes tem-se o processo de trabalho cuidar/assistir; gerenciar/administrar; ensinar; e pesquisar (SANNA, 2007).

O presente ensaio coloca em evidência o processo de trabalho gerenciar/administrar em enfermagem, que tem como objeto os agentes do seu trabalho, além de outros recursos (físicos, materiais e ambientais) necessários para as boas práticas relativas ao processo de trabalho cuidar/assistir em enfermagem, como finalidade, e, para tanto, deve recorrer ao saber administrativo como instrumental, onde situa a aplicação da legislação trabalhista, entre outros saberes.

Assim, parte-se da compreensão de que a gestão de pessoas ou do trabalho em enfermagem nas organizações de saúde, quer pública ou privada, compõe a prática gerencial do enfermeiro que deve tomar decisões aplicando, como instrumental, o conjunto da legislação que regula as relações de trabalho, desde o planejamento de pessoal até as rotinas cotidianas do serviço. Assim, toda decisão tomada pode resultar em implicações trabalhistas, como ações na justiça do trabalho, decorrentes da má aplicação dos instrumentos jurídicos.

Neste sentido o presente trabalho tem por objetivo apresentar os aspectos gerais da

reforma trabalhista brasileira e suas implicações para a gestão do trabalho em enfermagem e seus agentes.

Segundo Carvalho¹, a reforma trabalhista, por meio da Lei N.º 13.467, de 13 de julho de 2017, operou as mais profundas mudanças no ordenamento jurídico brasileiro que vinha regulando as relações de trabalho desde a instituição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, alterando, criando ou revogando mais de cem dos seus dispositivos, o que acarretou mudanças substanciais nas relações de trabalho, incluindo aí o trabalho de enfermagem.

Tais mudanças requerem da gestão do trabalho em enfermagem o conhecimento e aplicação do novo regramento jurídico, como forma de manter as boas práticas do processo gerencial. Isto posto, vale lembrar o que estabelece o artigo 3º da Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro que “ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando o seu desconhecimento” (Decreto-lei n. 4.657, 1942). Uma vez publicada, com base no princípio da segurança jurídica, a lei passa a ser obrigatória, não podendo furtar-se do seu cumprimento, sob a alegação do desconhecimento.

21 RELAÇÃO DE TRABALHO NO ANTES E O DEPOIS DA REFORMA TRABALHISTA

2.1 Jornada de trabalho

A jornada de trabalho (JT) é o tempo, expresso em horas, que o empregado fica à disposição do empregador em razão do contrato de trabalho. Como um dos elementos mais importantes da relação de trabalho a legislação trabalhista procura estabelecer regramento de modo a prevenir conflitos decorrentes da má gestão do tempo a que o empregado deve atender às necessidades do empregador e a remuneração decorrente deste tempo.

É privativo do enfermeiro a elaboração e assinatura das escalas de serviço para o contingente dos agentes do trabalho da enfermagem sob sua gestão. Escalas de Serviço é o instrumento onde a jornada de trabalho é distribuída e organizada, prevendo a cobertura do serviço nas 24 horas no período de 30 dias, bem como a distribuição de dias de efetivo trabalho e folgas remuneradas.

Neste sentido o Enfermeiro Responsável Técnico (ERT) responde imediatamente pela forma como o trabalho é organizado a partir da jornada de trabalho estabelecida, em estrito cumprimento à legislação e/ou CCT, evitando reclamações trabalhistas e as sanções decorrentes destas. É importante que o ERT organize as escalas de serviço em consideração à jornada de trabalho, segundo as necessidades da empresa, já que existem diferentes maneiras de fazer a escala dos funcionários.

Segundo o artigo 58 da CLT a duração normal da jornada de trabalho não deve ultrapassar 8 horas diárias (Decreto-Lei n. 5.452, 1943). Já a Constituição Federal estabelece o direito do trabalhador a jornada não superior a 44 horas semanais (Constituição, 1988).

Sendo assim, o limite equivale a 220 horas mensais e é válido para qualquer atividade privada.

A Reforma Trabalhista incluiu formalmente a jornada 12x36 na CLT, prática corrente nos serviços hospitalares, oriunda das CCT. A formalização da jornada de 12x36 também assegurou alguns direitos ao empregado sob este regime de trabalho, a saber: adicional noturno (para o trabalho entre 22:00 e 05:00), prorrogação da jornada noturna, horas extras e dias de feriados, intervalo intrajornada, dentre outros (Lei n. 13.467, 2017).

É importante que o ERT que adota a escala de revezamento 12x36 conheça a legislação, acordos e convenções coletivas, verificando se é possível aplicá-la e o que decorre desta aplicação, no sentido da segurança jurídica e evitando passivos trabalhistas e multas administrativas aplicadas pelo Ministério do Trabalho.

A RT, com a inclusão do artigo 59-A define,

“Art. 59-A - Em exceção ao disposto no art. 59 desta Consolidação, é facultado às partes, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação.

Parágrafo único - A remuneração mensal pactuada pelo horário previsto no **caput** deste artigo abrange os pagamentos devidos pelo descanso semanal remunerado e pelo descanso em feriados, e serão considerados compensados os feriados e as prorrogações de trabalho noturno, quando houver, de que tratam o art. 70 e o § 5º do art. 73 desta Consolidação” (Lei n. 13.467, 2017).

Considerando o limite máximo de duração da jornada de trabalho, a lei autoriza compensações de horário e redução da jornada, mediante acordos ou convenções coletivas de trabalho. Para o caso da categoria de enfermagem há diferentes jornadas semanais de trabalho estabelecidas por meio de acordos e convenções, porém, mesmo para casos de horas extras ou das jornadas diferenciadas, como os plantões de 12 horas consecutivas, a jornada diária não pode ultrapassar as 10 horas de efetivo trabalho. Daí a necessidade do descanso intrajornada de duas horas.

Ainda sobre as jornadas diárias de trabalho que excedem as oito horas com a introdução do parágrafo quinto do artigo 58-A que “as horas suplementares da jornada de trabalho normal poderão ser compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à da sua execução, devendo ser feita a sua quitação na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas” (Lei n. 13.467, 2017).

Outro ponto a ser considerado relativo à jornada de trabalho com a RT está no entendimento a respeito do tempo de deslocamento. Este, compreende o período gasto pelo empregado para deslocar-se de sua residência até a empresa e desta para sua residência. Com a RT o que, desde 2001, foi considerado parte da jornada de trabalho, com o atual regramento deixou de sê-lo, por considerar que

O tempo despendido pelo empregado até o local de trabalho e para o seu

retorno, por qualquer meio de transporte, não será computado na jornada de trabalho, salvo quando, tratando-se de local de difícil acesso ou não servido por transporte público, o empregador fornecer a condução (Lei n. 13.467, 2017).

2.2 Horas Extras e jornada diária de trabalho

O artigo 59 do Decreto-Lei n. 5.452 (1943), ainda anteriormente à RT, já estabelecida que “a duração diária do trabalho poderá ser acrescida de horas extras, em número não excedente de duas, por acordo individual, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho. Sobre o valor da hora excedente, o parágrafo primeiro do mesmo artigo define que “a remuneração da hora extra será, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) superior à da hora normal” (Lei n. 13.467, 2017).

Sobre o excedente de horas diárias laboradas no regime de revezamento de 12x36, usualmente aplicada nos serviços de enfermagem, tem-se que,

“poderá ser dispensado o acréscimo de salário se, por força de acordo ou convenção coletiva de trabalho, o excesso de horas em um dia for compensado pela correspondente diminuição em outro dia, de maneira que não exceda, no período máximo de um ano, à soma das jornadas semanais de trabalho previstas, nem seja ultrapassado o limite máximo de dez horas diárias” (Medida Provisória n. 2.164-41, 2001).

Neste sentido, a elaboração das escalas mensais deve considerar as devidas compensações das horas excedente em razão do regime de revezamento.

2.3 Banco de Horas

O banco de horas é uma estratégia que as organizações podem adotar para a administração de horas trabalhadas a mais (hora extra), assim como horas a menos, como nos casos de atrasos, faltas injustificadas.

A norma legal estabelece até o máximo de duas horas-extras/dia e, nestes casos, o banco de horas pode converter a soma das horas extraordinárias excedentes em folgas remuneradas, sem a necessidade de remuneração adicional a título de indenização, limitando o aumento de custos da folha de pagamento ou pode compensar os casos de faltas ou atrasos.

Com o banco de horas instituído, o empregado pode ter horas de trabalho a serem cumpridas ou que podem ser convertidas em folgas.

Porém, a instituição do banco de horas deve seguir a norma legal, conforme estabelecido pela reforma trabalhista (Lei 13.467, 2017).

Anteriormente a reforma, a instituição do banco de horas era estabelecido com a participação do sindicato trabalhista. Empregadores e empregados tinham um ano para garantir as compensações ou, após este prazo, deveriam converter as horas excedentes em pagamento ou proceder os descontos das horas devidas pelo empregado. Tais regras

poderiam ser divergentes, a depender da convenção coletiva de determinada categoria.

Atualmente, conforme estabelece o artigo 59 da reforma trabalhista, o banco de horas é permitido mediante acordo individual firmado entre empregador e empregado, dispensando a interveniência do sindicato. Já o prazo para as compensações foi reduzido de um ano para seis meses, sendo que, após este prazo, pagamentos ou descontos devem ser efetivados com a possibilidade de novo acordo firmado (Lei 13.467, 2017).

2.4 Férias

A, nos seus artigos 129 e 130 assegura que assiste ao empregado, a cada 12 meses de efetivo exercício, o direito ao gozo de férias remuneradas (Decreto-Lei nº 1.535, 1977). Porém, o período de gozo das férias deve obedecer à proporcionalidade definidas nos incisos I a IV do artigo 130, conforme estabelecido pelo Decreto-lei nº 1.535, de 13.4.1977, a saber:

I - 30 (trinta) dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 (cinco) vezes;

II - 24 (vinte e quatro) dias corridos, quando houver tido de 6 (seis) a 14 (quatorze) faltas;

III - 18 (dezoito) dias corridos, quando houver tido de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas;

IV - 12 (doze) dias corridos, quando houver tido de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas (Decreto-lei n. 1.535, 1977).

Cabe a ressalva de que as faltas devidamente justificadas não serão consideradas para efeito de desconto nos dias a que o empregado tem direito no gozo de suas férias.

Na mesma esteira, o empregado pode, a seu critério, dispor de até um terço do seu período de férias mediante o pagamento do abono pecuniário. Com o advento da reforma trabalhista tais regras seguem inalteradas, porém há pontos relativos às férias que receberam novo regramento.

Entre os aspectos trazido pela reforma trabalhista, tem-se a questão do parcelamento do período de férias devido. Anteriormente era possível gozar as férias em dois períodos de 15 dias, conforme a conveniência do empregador. Pós-reforma, as férias podem ser divididas em até três períodos, conforme estabelecido no parágrafo 1º do artigo 134:

“Desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até três períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias corridos, cada um(Lei 13.467, 2017).

Dos três possíveis períodos, pelo menos um não pode ser inferior a 14 dias, sendo que nenhum dos dois períodos restantes poderá ser inferior a cinco dias.

Outros pontos que merecem a atenção da gestão do trabalho, é que o período de férias, fragmentado ou não, não poderá ser concedido com início dois dias antes de

um feriado ou dia do descanso semanal remunerado do empregado; as férias serão concedidas por ato e conveniência do empregador, o que deve ser notificado, por escrito ao empregado, com antecedência de, no mínimo, dez dias, cabendo a este dar ciência à notificação; nos caso de empregados de uma mesma família, caso não haja prejuízo ao serviço, as férias deverão ser concedidas no mesmo período; sempre que as férias forem concedidas após o prazo de 12 meses do seu período aquisitivo o empregador pagará em dobro a respectiva remuneração (Decreto-Lei n. 5.452, 1943).

2.5 Trabalho intermitente

O trabalho intermitente, ainda que não tivesse regulamentação pré-reforma trabalhista era uma modalidade praticada em diversos ramos de atividade, popularmente conhecido por “bico” ou trabalho *ad hoc*, este último comumente aplicado em atividade técnicas e pontuais sem gerar vínculo empregatício. Por não ter havido regras que o disciplinasse, o trabalho intermitente era uma relação de prestação de serviço com condições acordadas entre as partes.

No âmbito da enfermagem o trabalho intermitente ganha relevância para os casos de substituição em situações de licenças de qualquer natureza, para coberturas de plantões, contudo, deve observar o atual regramento constante na CLT, conforme seguem (Lei 13.467, 2017):

- a) deve ser celebrado contrato formal onde esteja especificada o valor da hora de trabalho, que não poderá ser inferior ao valor da hora proporcional com o salário-mínimo ou da hora paga aos demais empregados que ocupam o mesmo posto de trabalho e exerçam a mesma função, em trabalho intermitente ou não;
- b) na conclusão do período de trabalho contratado o empregado deve receber remuneração, com a inclusão do pagamento de férias acrescida de um terço, proporcionais; 13º salário proporcional, descanso semanal remunerado e adicionais legais a que fizer direito;
- c) O empregado deve ser chamado a colaborar pelo empregador pelo menos três dias corridos antes da data de início da atividade, tendo o empregado 24 horas para manifestar seu aceite;
- d) o período entre contratos do empregado não será considerado tempo à disposição do empregador;
- e) o descumprimento do contrato por uma das partes garante à outra o pagamento de indenização correspondente a 50% do valor da remuneração combinada para o período de trabalho;
- f) é dever do empregador recolher as verbas relativas à contribuição previdenciária e ao FGTS em nome do empregado, durante a vigência do contrato;
- g) no caso de o contrato alcançar 12 meses trabalhados, o empregado terá direito a férias como qualquer outro em regime CLT. Nesse período, o empregado não

poderá ser chamado à atividade de trabalho pelo mesmo empregador, mas tem direito de atender a outros chamados caso assim o deseje.

2.6 Insalubridade

A insalubridade é devida ao empregado exposto em razão do seu posto de trabalho e natureza da função a agentes com potencial risco de causar danos à sua saúde física, emocional ou mental. Seu regramento está contido na Norma Regulamentadora 15 que classifica os níveis de risco em mínimo, médio ou máximo, referências para o cálculo do valor devido ao empregado.

O advento da RT manteve obrigatório apenas os afastamentos de gestantes nos casos de risco máximo, com previsão de exercer atividades nos locais insalubres nos casos de riscos de grau médio ou baixo, exceto se houver recomendação médica de afastamento durante a gestação e lactação.

Neste particular, em julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5938 o Supremo Tribunal Federal – STF decidiu pela inconstitucionalidade da expressão “quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento”, contida nos incisos II e III do art. 394-A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), inseridos pela Lei 13.467/2017.

Nesse sentido, a decisão do STF restabeleceu a vedação do trabalho da gestante e lactante em ambientes insalubres, qualquer que seja o grau de enquadramento (ADI nº 5.938, 2019).

No que concerne ao tema, a Lei 13.467/2017 estabeleceu no § 2.º do art. 394-A que compete a empresa realizar o pagamento do adicional de insalubridade à gestante ou à lactante quando remanejada para exercer atividade em local salubre, compensando o valor respectivo do recolhimento das contribuições incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos pagos ou creditados (Lei 13.467, 2017).

Além do mais, na impossibilidade da gestante ou lactante exercer atividades em local salubre na empresa, ensejará a percepção de salário-maternidade, pois na hipótese será considerada como gravidez de risco, consoante § 3.º do art. 394-A.

2.7 Aviso-Prévio

O aviso-prévio é um instrumento que assiste o direito da parte que não tomou a decisão pela rescisão do contrato de trabalho de ser informada com antecedência para preparar-se para a mudança, podendo ser tanto o empregado quanto o empregador (nos casos de demissão sem justa causa), o que deve ser formalizado por meio do documento “carta de aviso-prévio”.

A norma anterior estabelecia que esse aviso teria a duração de 30 dias ou mais, a depender do tempo de casa do funcionário em processo de desligamento e era válida para todo processo de rescisão, fazendo exceção daqueles por justa causa, cujo desligamento

é imediato.

Com a reforma (Lei 13.467, 2017), considerado o já mencionado acordo trabalhista, no seu contexto o aviso-prévio pode ser acordado até o mínimo de 15 dias dos 30 que a norma anterior estabelecia, se desconsiderar o princípio da proporcionalidade estabelecido pela Lei N.º 12.506/2011, ainda vigente, que define o acréscimo de três dias por ano de serviço, até o máximo de 60 dias, totalizando até 90 dias de aviso-prévio (Lei n. 12.506, 2001).

Nos casos de rescisão contratual por acordo trabalhista o acréscimo de três dias por ano de contrato pode ser somado aos 15 ou 30 dias do aviso prévio pactuado, valendo inclusive para o caso de aviso-prévio indenizado.

2.8 Acordo trabalhista

Toda rescisão contratual está sujeita ao pagamento das chamadas verbas rescisórias, que são devidas ao empregado, que variam de acordo com as circunstâncias do ato rescisório. O contrato de trabalho pode ser rescindido de ambas as partes, podendo resultar em multas indenizatórias quando a rescisão parte do empregador sem justa causa.

Anteriormente à reforma trabalhista, nas situações em que o empregado pede dispensa, não recebe o mesmo valor das verbas rescisórias nos casos em que a decisão de encerrar o contrato tivesse partido do empregador. Isto considerado, era comum empregados que desejavam deixar seus empregos forçarem situações para a demissão sem justa causa. Em muitos casos, buscavam-se um acordo entre as partes para atender as expectativas do empregado e limitar despesas com verbas rescisórias para o empregador, situação não amparada na CLT, porém eram feitas por meio do entendimento entre as partes.

A nova CLT, no seu artigo 484-A regularizou a rescisão contratual mediante acordo entre as partes, o distrato. Desta forma, ganha amparo legal a iniciativa, do empregado ou do empregador, de propor acordo, buscando vantagens financeiras para ambas as partes. Neste caso, os valores não precisam ser negociados, já que sua regulamentação estabelece as diretrizes para o cálculo da verba rescisória, como por exemplo a metade do aviso-prévio indenizado, 20% da multa sobre o FGTS (e não mais 40%) e demais verbas rescisórias em sua totalidade (Lei n. 13.467, 2017).

2.9 Contribuição sindical

Os sindicatos de trabalhadores são organizações formais que representam o interesse de determinada categoria na sua relação de trabalho com os empregadores como a definição de convenções ou acordos coletivos de trabalho entre outros.

Podem ser por categoria ou por um grupo de categorias, como é o caso dos sindicatos que representam servidores públicos de uma determinada pasta dentro da estrutura do estado. Estas organizações constituem-se em pessoas jurídicas de direito privado e sem

fins lucrativos.

Para a concretização dos seus objetivos, os sindicatos têm direito de definir uma mensalidade para o empregado, espontaneamente, filiado ou de recolher a contribuição sindical anual, que consistia no desconto, compulsório, do valor de um dia de trabalho de cada empregado, independente da sua filiação sindical, no mês de março.

Com a nova regra e a consequente alteração do artigo 578 da CLT, a contribuição sindical passou a ser facultativa e o empregado deve, formalmente, manifestar seu aceite em ter descontado do seu salário o equivalente a um dia de trabalho que deve ser recolhido em favor do sindicato que o representa (Lei n. 13.467, 2017).

Descontos indevidos, no caso da não autorização do empregado, pode resultar em ação trabalhista e consequente indenização do empregado.

2.10 Convenções e acordos coletivos de trabalho

Convenções Coletivas de Trabalho (CCT) são tratados firmados entre o sindicato patronal (que representam empregadores de dado segmento) e o sindicato que representa os empregados, pactuando regras para as relações de trabalho entre as partes. Já os Acordos Coletivos de Trabalho (ACT), que têm o mesmo objetivo, podem ser estabelecidos entre uma organização específica ou um grupo delas e o sindicato do dos empregados.

A diferença básica entra CCT e os ACT está em que a primeira considera toda uma categoria de trabalhadores e firma regras baseada na pactuação entre o sindicato patronal e o sindicato dos trabalhadores, já o segundo contempla uma ou mais organizações e pactua regras que devem ser aprovadas pelo conjunto das organizações e o sindicato da categoria.

Portanto, há de se observar que um ACT pode ter regras pactuadas que uma CCT não contemplou na sua pactuação, o que demanda atenção por parte da gestão do trabalho de uma organização.

Neste sentido, antes da RT, na pactuação tanto das CCT como nos AC, a norma legal definia que podiam apresentar regras a serem seguidas, desde que essas não fossem contrárias à lei e que trouxessem vantagens aos trabalhadores.

Já a nova CLT estabelece que as CCT e os ACT passam o poder prescindir a própria norma legal estabelecida por ela nos seguintes pontos: jornada de trabalho, considerados os limites constitucionais; banco de horas; intervalo intrajornada; plano de cargos e salários, e definição dos cargos de confiança; regulamento empresarial; representante dos trabalhadores no local de trabalho; teletrabalho, regime de sobreaviso e trabalho intermitente (Lei n. 13.467, 2017).

No atual contexto definido pela reforma trabalhista, a gestão do trabalho deve considerar as CCT ou ACT pactuados, inclusive zelando para não prescindir dos possíveis aspectos de divergência em relação à CLT que, igualmente, devem ser considerados.

Deve ser observado ainda que as CCT e os ACT não podem apresentar regras

sobre todas as questões relativas à relação de trabalho estabelecida, em especial aquelas relativas à saúde, higiene e segurança do trabalho entre outros.

2.11 Homologação de rescisões contratuais de trabalho

A homologação é um processo formal de revisão e de certificação da rescisão do contrato de trabalho, reconhecendo a decisão como oficial. Historicamente teve como objetivo proteger o empregado dos atos praticados pelo empregador no momento do desligamento e necessitavam ser formalizadas pelo sindicato correspondente à categoria do empregado.

Estavam obrigadas à formalização das rescisões perante o sindicato do empregado aqueles contratos de trabalho com mais de um ano de vigência.

A partir da nova regra, sob o entendimento de desburocratizar o processo de rescisão, a RT tornou a homologação não obrigatória (Lei n. 13.467, 2017). Para os casos de dispensa em massa de empregado, a atual regra recepcionou o art. 477-A do Decreto-Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943, conforme o excerto que segue:

“As dispensas imotivadas individuais, plúrimas ou coletivas equiparam-se para todos os fins, não havendo necessidade de autorização prévia de entidade sindical ou de celebração de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho para sua efetivação” (Decreto-Lei n. 5.452, 1943).

Em que pese os atuais comandos legais, ainda fica reservado ao empregado que suspeitar de erros ou fraudes nos cálculos rescisórios, buscar um advogado ou o próprio sindicato afim de assegurar seus direitos.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações de trabalho no Brasil, representada pela compra e venda da força de trabalho, desde meados da década de 40 do século passado, são reguladas por instrumentos legais reunidos sob a denominação de Consolidação das Leis do Trabalho. Trata-se do Estado como mediador na relação capital x trabalho, assegurando direitos tanto do empregado quanto do empregador.

A RT, inicialmente apontada como necessárias para alguns poucos dispositivos da CLT foi ampliada e, sob a justificativa de maior empregabilidade em combate ao desemprego; a desburocratização entre outros argumentos, promoveu acentuadas mudanças em mais de centenas de artigos.

Neste contexto, no que diz respeito à gestão do trabalho na enfermagem, cabe aos seus gestores, como responsabilidade objetiva, o conhecimento e boa aplicação dos novos e antigos dispositivos. Na qualidade de prepostos na relação de trabalho cabe ainda ao enfermeiro gestor a adequada interpretação dos dispositivos legais como instrumento do seu trabalho e da sua ação política no sentido das suas boas práticas frente às organizações empregadoras e frente aos seus pares.

REFERÊNCIAS

Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.938, 11 de novembro de 2019. (2019). Embargos de Declaração. Ação Direta de Inconstitucionalidade. Reforma Trabalhista. Garantia Contra a Exposição de Gestantes e Lactantes a Atividades Insalubres. Alegação de Obscuridade. Inexistência de Vícios de Fundamentação no Acórdão Embargado. Desprovisamento. Brasília, DF. Recuperado de https://portal.trt3.jus.br/internet/jurisprudencia/repercussao-geral-e-controle-concentrado-adi-adc-e-adpf-stf/downloads/controle-concentrado-adi/Acordao_ED_ADI_5938.pdf.

Decreto-lei nº 1.535, de 15 de abril de 1977. (1977). Altera o Capítulo IV do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a Férias, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1535.htm.

Decreto-lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. (1942). Lei de Introdução às normas do direito brasileiro. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657.htm.

Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. (1943). Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm.

Lei N.º 13.467, de 13 de julho de 2017. (2017). Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm.

Lei nº 12.506, de 11 de outubro de 2011. (2011). Dispõe sobre o aviso prévio e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12506.htm.

Medida provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001. (2001). Altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, para dispor sobre o trabalho a tempo parcial, a suspensão do contrato de trabalho e o programa de qualificação profissional, modifica as Leis nº 4.923, de 23 de dezembro de 1965, 5.889, de 8 de junho de 1973, 6.321, de 14 de abril de 1976, 6.494, de 7 de dezembro de 1977, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 9.601, de 21 de janeiro de 1998, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2001/medidaprovisoria-2164-41-24-agosto-2001-390727-norma-pe.html#:~:text=EMENTA%3A%20Altera%20a%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20das,1976%2C%206.494%2C%20de%207%20de.>

Sanna, M. C. (2007). Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 60 (2), 221-224. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

O ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SUBMETIDOS AO VÍNCULO PRECÁRIO, SEGUNDO A *JOB STRESS SCALE*

Data de aceite: 02/01/2023

Antônio César Ribeiro

Enfermeiro, Doutor em Ciências, Professor Associado II da Faculdade de Enfermagem/UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM – Estrutura, Organização e Gestão do Trabalho em Saúde e Enfermagem [Orientador] <https://orcid.org/0000-0003-1607-3215>

Roseany Patrícia Silva Rocha

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem/UFMT. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFMT <https://orcid.org/0000-0002-2295-5321>

Matheus Ricardo Cruz Souza

Enfermeiro, graduado pelo Instituto Cuiabá de Ensino e Cultura. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM – Estrutura, Organização e Gestão do Trabalho em Saúde e Enfermagem <https://orcid.org/0000-0001-5787-8736>

RESUMO: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com delineamento transversal, que teve por objetivo identificar os níveis de estresse ocupacional relacionado ao vínculo precário entre os trabalhadores de enfermagem de

um Hospital Público Municipal de Cuiabá – Mato Grosso, segundo a *Job Strees Scale*. A amostra da pesquisa somou um total de 161 indivíduos, trabalhadores de enfermagem, submetidos ao vínculo precário, lotados e em exercício junto à Coordenação do Serviço de Enfermagem do hospital em estudo. Os resultados identificaram alta demanda psicológica, alto controle e alto apoio social, quando analisado o conjunto dos indivíduos. Considerando as três dimensões relacionadas à *Job Strees Scale*, não foi observado grau significativo de estresse ocupacional entre os trabalhadores precarizados, evidenciando que a condição de trabalho precário não significou ser fator determinante para o estresse ocupacional. Contudo, é necessário reafirmar a necessidade da reflexão e discussão relativas às questões que envolvam a valorização do trabalhador da saúde no que se refere à despreciação do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Trabalho Precário, Estresse Ocupacional, Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT: This is an epidemiological, descriptive study with a cross-sectional design, which aimed to identify the levels of occupational stress related to precarious

employment among nursing workers at a Municipal Public Hospital in Cuiabá – Mato Grosso, according to the Job Strees Scale. The research sample included a total of 161 individuals, nursing workers, subject to precarious employment, working with the Coordination of the Nursing Service of the hospital under study. The results identified high psychological demand, high control and high social support, when analyzing the group of individuals. Considering the three dimensions related to the Job Strees Scale, no significant degree of occupational stress was observed among precarious workers, showing that precarious work conditions did not mean to be a determining factor for occupational stress. However, it is necessary to reaffirm the need for reflection and discussion on issues involving the valuation of health workers in terms of the deprecariousness of work.

KEYWORDS: Nursing, Precarious Work, Occupational Stress, Occupational Health.

INTRODUÇÃO

Presente desde a emergência do trabalho assalariado, a precarização das relações de vínculo empregatício figura-se no atual cenário mundial como uma condição da contemporaneidade, que, alavancada pela sociedade capitalista, no contexto da globalização da economia e do neoliberalismo, ganha expressão crescente a partir da década dos anos de 1970 (KALLEBERG, 2009; ALVES, 2007; AMORIM, CARVALHO, E SOUZA, 2012; NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004).

Já no Brasil, no âmbito do setor público, a condição de trabalho precário toma forma a partir da Emenda Constitucional 19 (EC-19) (BRASIL, 1998). Nominada *emenda da reforma administrativa*, esta teve como finalidade alterar dispositivos da Constituição Federal referentes à Administração Pública e às relações de trabalho do servidor público com o Estado. Entre as mudanças determinadas, destacam-se aquelas relativas ao regime jurídico único e a modificação das regras sobre a estabilidade no cargo público. A partir desse contexto permitir-se-ia a convivência de múltiplas formas de vínculos, que inclui desde o estatutário (regime jurídico único), passando pelo celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), até os vínculos temporários (contrato por tempo determinado) e terceirizados (BRASIL, 1988; SILVA, 2005).

A partir daí, como condição emergente no âmbito das relações de trabalho no setor público, a precarização do trabalho tem sido referida como o vínculo empregatício que se dá em condições incertas e imprevisíveis, nas quais seus riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, a quem compete, inclusive, regular e zelar pelas relações de trabalho, na perspectiva da proteção social (KALLEBERG, 2009; ALVES, 2007; AMORIM, CARVALHO, E SOUZA, 2012; NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004; BRASIL, 2006; FREITAS, FUGULIN, e FERNANDES, 2006).

Observa-se na literatura certa imprecisão conceitual do termo *trabalho precário*, podendo variar como sendo: uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social nas relações de trabalho; ou, decorrente de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; ou ainda, como associada às condições de trabalho

em determinados setores da economia que geram vulnerabilidades aos trabalhadores quando inseridos no mundo do trabalho nessas condições. O que os diferentes conceitos ou entendimentos guardam em comum é a condição de vulnerabilidade, quer do ponto de vista da garantia do direito à proteção social, quer no sentido da segurança e da estabilidade no trabalho (KALLEBERG, 2009; ALVES, 2007; AMORIM, CARVALHO, E SOUZA, 2012; NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004; BRASIL, 2006).

Atualmente, o contexto político e econômico brasileiro, sobretudo no âmbito do Serviço Público, tem contribuído para que os gestores, na tentativa de reduzir gastos, optem pela redução de recursos humanos ou pela flexibilização das relações de trabalho, incluindo a terceirização, fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas (KALLEBERG, 2009; ALVES, 2007; NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004).

Algumas instituições públicas contam com um quadro de profissionais com diferentes vínculos empregatícios e, conseqüentemente, diferentes remunerações entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, condição que pode interferir diretamente no rendimento destes, trazendo o sentimento de desmotivação, o que compromete a qualidade dos serviços realizados. Nesta condição, o trabalhador não se vê motivado à elaboração de projetos inovadores em suas instituições e nem chegam a procurar cursos ou especializações para seu aprimoramento, tornando-se insatisfeitos e mal remunerados ou sem perspectiva de crescimento (NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004).

No setor público brasileiro, especialmente o de saúde, a condição de trabalho precário assumiu tamanha dimensão que o Ministério da Saúde editou a política de desprecarização das relações de trabalho no SUS, instituindo as *Mesas de Negociação Permanente no SUS* e criando o *Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS* (BRASIL, 2006).

No conjunto das formulações que sustentam a política de desprecarização do trabalho no SUS, a condição de trabalho precário é definida pelos diferentes atores sociais que compõem o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, de acordo com as posições e lugares que estes ocupam no cenário da saúde pública brasileira.

Assim, tem-se a posição assumida pelos representantes do Governo, por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), de que tal condição está

relacionada aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. [defendendo que...] Mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores (Brasil, 2006, p. 13).

Já o segmento representante da classe trabalhadora defende a posição de que, além dos aspectos relacionados à proteção social, esta condição se define como sendo

caracterizada não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (Brasil, 2006, p. 13).

O interesse em desenvolver este estudo esteve particularmente relacionado às condições de vínculo do trabalhador público de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), em Cuiabá, Estado de Mato Grosso. Nesta perspectiva buscou-se analisar as condições laborais da categoria enfermagem, frente às situações de precarização do trabalho e sua relação com o estresse ocupacional.

Assim, assumiu-se como hipótese de que a condição de trabalho precário pode ser potencializadora do estresse ocupacional.

Considerando referencial teórico da Modelo Demanda x Controle (KARASEK, 1979; 1981) como referência, este estudo teve por objetivo, identificar, por meio de um instrumento específico, a existência de indicadores que possam caracterizar a condição de estresse ocupacional entre os trabalhadores de enfermagem submetidos à condição de trabalho precário, em um hospital público municipal em Cuiabá – MT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo/transversal, realizado em um hospital público municipal em Cuiabá - MT¹.

Situado na Capital do Estado, o hospital tem capacidade para 330 leitos e responde como referência ao atendimento ao trauma na Região Metropolitana da Capital.

A população do estudo foi constituída pelos trabalhadores de enfermagem lotados e em exercício junto ao Serviço de Enfermagem do hospital, num total de 314 profissionais.

Como critério de inclusão foram considerados aqueles indivíduos, pertencentes à categoria profissional enfermagem, contratados temporariamente, sem a devida proteção social. Foram excluídos os indivíduos que se encontravam em licença ou férias durante o período da coleta de dados, realizada entre abril e junho de 2013. Assim, considerando a *natureza do vínculo*, a partir do conceito de trabalho precário, definido pela Política Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006), da população total foram elegíveis 161 indivíduos, representado 51,27% da população geral.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento contendo questões fechadas, constituído por duas partes. A primeira contemplou as variáveis sociodemográficas e profissionais e foi aplicada por meio de entrevista realizada pelos pesquisadores, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A segunda, aplicada imediatamente após a primeira, continha a *job stress scale* e foi respondida por

¹ Estudo recorte de uma pesquisa intitulada “Estudo do Estresse Ocupacional entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Público Municipal em Cuiabá - MT, segundo a Job Stress Scale, na perspectiva da gestão do trabalho no SUS”.

autopreenchimento, mediante orientação.

O termo estresse é oriundo da física e engenharia e foi aplicado na área da saúde primeiramente por Hans Selye (1926), definindo o estresse como “um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação”, e ainda de acordo com o mesmo autor, estressor pode ser definido como “todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional” (CARVALHO; SERAFIM, 2002, p. 05).

A *Job Stress Scale* é um instrumento validado e adaptado para a língua portuguesa (Alves *et. al.*, 2004) e composta por 17 questões que se subdividem em três dimensões: demanda psicológica; controle (obtido pela conjugação do discernimento intelectual e autoridade sobre as decisões); e apoio social (Silva e Yamada, 2008), a partir das quais podem ser identificadas condições prognosticadoras do estresse ocupacional.

As **demandas psicológicas** podem ser de natureza qualitativa, tais como os conflitos entre demandas contraditórias ou quantitativas, motivadas por pressões relacionadas ao tempo e velocidade na realização do trabalho; o **controle** pode ser medido por meio da possibilidade do trabalhador utilizar suas capacidades cognitivas na realização do seu trabalho e pela autoridade que este assume no encaminhamento das suas atribuições, como tomada de decisão para a escolha de como agir a partir das suas competências; já o **apoio social** pode ser medido a partir da associação dos níveis de interação social no interior da equipe de trabalho quer numa relação entre iguais ou com os superiores hierárquicos (Alves *et. al.*, 2004).

A *Job Scale Stress* atribui escores diferenciados que variam de um a quatro, que vão representar a **alta** ou **baixa demanda**, **alto** ou **baixo controle** e o **alto** ou **baixo apoio social**, conforme sintetizado no Quadro 1.

DIMENSÕES		VARIAÇÃO	MÉDIA		
Demanda Psicológica		5 a 20	BAIXO	12,5	ALTO
Controle:	Discernimento Intelectual	4 a 16	BAIXO	10,0	ALTO
	Autoridade sobre decisões	2 a 8	BAIXO	5,0	ALTO
Apoio Social		6 a 24	BAIXO	15,0	ALTO

Quadro 1 – Escores da Escala de Estresse no Trabalho, de acordo com suas dimensões.

Os dados foram analisados considerando a distribuição e frequência das características das variáveis sociodemográficas e profissionais; a média dos escores e a relação demanda x controle e apoio social, segundo Karasek (1979; 1981).

Em todas as etapas do estudo foram considerados os dispositivos da Resolução CNS nº 466/2012 e o projeto matricial foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal de Mato Grosso, CAAE: 13536113.6.0000.5541, que

foi aprovado por meio do Parecer CEP HUJM/UFMT N.º 212.545, de 13/03/2013.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme apresentado na Tabela 1, os trabalhadores elegíveis, segundo o critério de inclusão ($n = 161$), majoritariamente foram do sexo feminino, sendo 136 (84,5%). Do total, 80 (49,7%), declararam viver sem um companheiro ou companheira, contra 81 (50,3%) de declarações daqueles que vivem na condição de casados ou em união estável.

As idades variaram de 21 a 59 anos, com maior concentração das faixas etárias situadas entre 36 a 45 anos, sendo 62 (38,4%), seguidos pelas faixas etárias de 25 a 35 anos, 45 (27,9%) e 46 a 55 anos, com 35 (21,7%), o que mostrou tratar-se de um grupo profissionalmente velho do ponto de vista previdenciário, considerando que o mesmo é constituído, majoritariamente, por mulheres.

Ainda considerando a variável sexo, 130 (80,7%) declararam ter filhos, que somado à variável estado civil, onde 80 (49,7%) declararam viver sem a presença de um companheiro (a), notou-se considerável número de mulheres trabalhadoras de enfermagem que criam seus filhos sozinhas. Ainda nesta direção, observou-se que 81 (50,3%) dos indivíduos se autodeclararam chefes de família.

Relativos aos hábitos de vida e condições de saúde apurados por meio das variáveis tabagismo, uso de bebida alcóolica, ser diabético e/ou hipertenso, verificou-se que entre os indivíduos apenas 18 (11,2%) fumam regularmente; que 89 (55,3%) declararam que nunca fizeram uso de bebida alcóolica, 13 (8,1%) o fazem regularmente e 59 (36,6%) raramente. Não houve declarações de diagnóstico de diabetes e relativo à hipertensão, 18 (11,2%) declararam tal condição, com uso regular de medicação anti-hipertensiva.

Dos indivíduos, a partir do Critério Brasil de Classificação Econômica (ABEP, 2007), 63 (39,1%) ficaram classificados no nível B2, seguidos por 55 (34,2%) no nível C e 37 (23,0%) no nível B1.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS INDIVÍDUOS	N ($n = 161$)	%
Sexo:		
Masculino	25	15.5
Feminino	136	84.5
Estado Civil:		
Solteiro	60	37.3
Casado	61	37.9
Viúvo	4	2.5
União Estável	20	12.4
Separado Judicialmente	16	9.9

Faixa Etária:		
Menos de 25 anos	13	8,1
25 a 35 anos	45	27,9
36 a 45 anos	62	38,4
46 a 55 anos	35	21,7
Mais de 55 Anos	6	3,6
Tem filhos?		
Sim	130	80,7
Não	31	19,3
Quem é Chefe de Família?		
Você	81	50,3
Esposo/Esposa	53	32,9
Pai/Mãe	24	14,9
Outros	3	1,9
Tabagista?		
Sim	18	11,2
Não	143	88,8
Faz uso de bebida alcóolica?		
Nunca	89	55,3
Regularmente	13	8,1
Raramente	59	36,6
É diabético?		
Sim	0	0,0
Não	161	100,0
É hipertenso?		
Sim	18	11,2
Não	143	88,8
Classificação Econômica (CRITÉRIO BRASIL 2007):		
A1	1	0,6
A2	4	2,5
B1	37	23,0
B2	63	39,1
C	55	34,2
D	1	0,6

Tabela 1 – Dados do perfil sociodemográfico e de saúde, tomados por autodeclaração, do conjunto dos trabalhadores de enfermagem submetidos ao vínculo precário em um Hospital Público Municipal. – Cuiabá-MT, 2013.

A tabela 2 apresenta as características profissionais dos indivíduos onde, 109 (67,7%) são técnicos de enfermagem e 52 (32,3%) enfermeiros. O tempo de serviço na instituição variou de 21 anos a menos de um mês de trabalho, sendo assim distribuído: menos de dois anos 85 (52,9%), de dois a cinco anos, 47 (29,2%), de seis a dez anos, 22 (13,7%) e mais de dez anos 7 (4,2%).

Tais características demonstraram que os contratos de trabalho que deveriam ser apenas para o suprimento de vagas em caráter temporário, por se tratar de um serviço essencial e de relevância pública, estão sendo renovados por longos períodos, o que indica a naturalização da prática do trabalho temporário no setor público de saúde.

Como condição dos trabalhadores submetidos ao vínculo precário, 100% destes estão submetidos à jornada semanal de trabalho é de 40 horas semanais o que difere

daqueles outros que tiveram acesso ao cargo por meio de concurso público que devem à instituição 30 horas semanais.

Já relativo à natureza da função, entre os trabalhadores submetidos ao contrato temporário, 158 (98,1%) declararam que atuam diretamente na assistência e quanto ao número de vínculos empregatícios mantido, 69 (42,9%) declararam ter apenas o vínculo com a instituição pesquisada, contra 87 (54,0%) de declarações de dois vínculos e 5 (3,1%) de mais de dois vínculos.

Considerando o nível de escolaridade, comparativamente com o cargo ocupado, observou-se que 36 (22,3%) estão entre os que já possuem curso superior ou estão cursando. Entre estes se observa ainda que 18 (11,2%) buscaram outra área para sua formação superior, o que pode evidenciar insatisfação com a área de saúde/enfermagem. Do total dos indivíduos, 44 (37,3%) declararam que ainda estão estudando.

DADOS PROFISSIONAIS DOS INDIVÍDUOS	N (n = 161)	%
Cargo:		
Enfermeiro	52	32,3
Técnico de Enfermagem	109	67,7
Tempo de Serviço:		
Menos de 2 anos	85	52,9
2 a 5 anos	47	29,2
6 a 10 anos	22	13,7
11 a 15 anos	5	3,0
16 a 20 anos	2	1,2
Carga Horária Semanal:		
30 horas	0	0,0
40 horas	161	100,0
Função Exercida:		
Nível Superior	52	32,3
Nível Médio	109	67,7
Natureza da Função:		
Assistencial	158	98,1
Administrativa	3	1,9
Número de Vínculos Empregatício:		
Único	69	42,9
Dois	87	54,0
Três	4	2,5
Mais de três	1	0,6
Escolaridade:		
Ensino Médio Completo	73	45,3
Superior Incompleto em Enfermagem	16	9,9
Superior Completo em Enfermagem	54	33,5
Superior Incompleto em Outra Área	12	7,5
Superior Completo em Outra Área	6	3,7
Estudo Atualmente:		
Sim	44	27,3
Não	117	72,7

Tabela 2 – Dados do perfil profissional, tomados por autodeclaração, do conjunto dos trabalhadores de enfermagem submetidos ao vínculo precário em um Hospital Público Municipal. – Cuiabá-MT, 2013.

Respondendo à questão central do estudo, que buscou identificar a média dos escores relacionados ao estresse ocupacional, segundo a *job stress scale*, entre trabalhadores submetidos ao vínculo precário, observou-se que, no geral, as dimensões *Demanda Psicológica* 135 (83,7%); *Controle* 136 (84,3%); e *Apoio Social* 157 (97,4%), mantiveram-se nos níveis considerados acima da média (Quadro 2).

DIMENSÕES		MÉDIA (n = 161)	
Demanda Psicológica		14,68	
Controle:	Discernimento Intelectual	12,28	16,95
	Autoridade sobre decisões	4,67	
Apoio Social		19,88	

Quadro 2 – Síntese da média dos escores entre os indivíduos, trabalhadores de enfermagem, submetidos ao vínculo precário, conforme as dimensões analisadas, em um Hospital Público Municipal. Cuiabá – MT, 2013.

A condição dos indivíduos apontada pelos resultados, considerando o esquema do modelo Demanda x Controle de Karasek (1979; 1981), conforme esquematizado na Figura 1, mostra que o ponto de intersecção da relação está no quadrante indicativo do *trabalho ativo*.

Neste sentido, ainda que os trabalhadores submetidos ao vínculo precário convivam com altas demandas psicológicas, por possuírem alto grau de controle sobre suas decisões, eles podem decidir como melhor encaminhar as diferentes situações de trabalho o que é considerado pouco danoso do ponto de vista do estresse ocupacional (THEORELL, 1996).

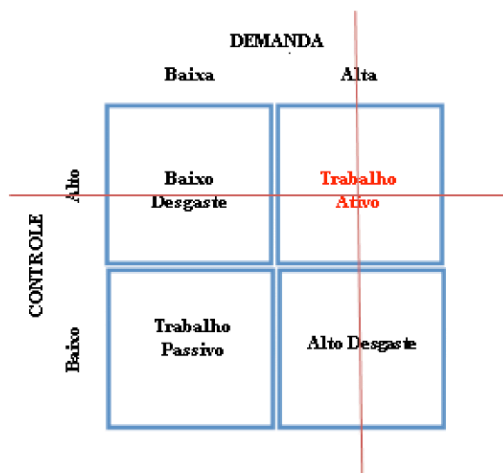


Figura 1 – Relação Demanda x Controle segundo Karasek (1979; 1981) encontrada ente os indivíduos, trabalhadores de enfermagem, submetidos ao vínculo precário em um Hospital Público Municipal. Cuiabá – MT. 2013.

Já relativo ao apoio social, como mais um dos prognosticadores das condições de ser e estar no trabalho, evidenciou-se a média de 19,88, o que caracteriza a existência de um ambiente de mútuo apoio, entre trabalhadores que se encontram nas mesmas condições relativo ao vínculo empregatício.

As reações dos trabalhadores ao estresse são influenciadas direta e inversamente pelo nível de apoio social. Dessa forma, o aumento do nível de apoio social pode possibilitar a moderação no contexto dos efeitos deletérios que podem existir no ambiente de trabalho, configurando como fator de proteção ao risco de adoecimento motivado pelo estresse ocupacional. Essa relação pode ser benéfica, porém depende da qualidade do clima organizacional em seu cotidiano, para que esta se configure (PIETRUKOWICZ, 2001; MARTINEZ, 2002).

Isto posto, considerando a hipótese motivadora do presente estudo, observou-se que a condição de trabalho precário entre os indivíduos não foi considerada fator determinante para o estresse ocupacional. Para uma melhor análise dos achados necessários se faz do uso de ferramentas estatísticas que possa possibilitar melhores conclusões.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou não haver níveis significativos, segundo a *Job Stress Scale*, de estresse ocupacional entre trabalhadores de enfermagem submetidos ao vínculo/trabalho precário, já que a frequência dos escores se situaram acima da média.

Além desses achados, evidenciou-se ainda no esquema dos quadrantes para análise da relação Demanda x Controle a existência do trabalho ativo, dado pela conjugação das altas demandas psicológicas com o alto controle sobre o trabalho. Segundo esses dados, pode-se concluir que, diferentemente da hipótese inicial, a condição de trabalho precário não constitui fator determinante para o estresse ocupacional entre esses indivíduos.

Resta considerar ainda que, as questões que envolvem a valorização do trabalhador da saúde no que diz respeito à desprecarização do trabalho, leva-se em conta o tipo de vínculo que proporcione e garanta todos os direitos previstos em lei, além da garantia de jornadas de trabalho que condizem e levem em conta a natureza, características e circunstâncias do trabalho. Certamente condições de trabalho mais adequadas e a garantia do pleno emprego favoreceria menor rotatividade e o estabelecimento de vínculos mais estáveis entre os indivíduos e, conseqüentemente, o melhor apoio social entre estes.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. de M.; CHOR, D.; *et. al.* Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164 -71, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão e da Regulação do trabalho em saúde. **Programa Nacional da Desprecariza SUS. perguntas e respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do trabalho no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 32p.

AMORIM, L.K.A, et al. O trabalhador sem vínculo previdenciário e a vivência cirúrgica: uma contribuição da enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n. 2, p. 319 -327, 2012 Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14931/pdf>. >. Acesso: 15 agosto 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p.1, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **MEC**: Brasília (DF), p. 292, 1988.

FREITAS, G.F; FUGULIN, F.M.T; FERNANDES, M.F.P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.3, p. 434-8, 2006.

KALLEBERG AL. Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v.24, n.69, p.21-30, 2009.

KARASEK, R.A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v.24, p. 285-308,1979.

KARASEK, R.A; et al. Job decision latitude, job demands, and carque diovascular disease: a prospective study of Swedish men. **American Journal of Public Health**, v. 71, n.7, p. 694-705, 1981.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador.2002**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-07112006-210400/>>. Acesso em: 27 agosto 2013.

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública, 2004. Rede Observa RH. <Disponível em: www.observarh.org.br>. Acesso em: 02 agosto 2013.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://portaleses.cict.fiocruz.br/trasf.php?Ing=pt&script=thes_thesislist&id=FIOCRUZENSP>. Acesso em 27 agosto 2013.

SILVA, M.M. A reforma administrativa e a Emenda Constitucional. 2005. Disponível em: <<http://www.direitopositivo.com.br/modules.php?name=Artigos&file=display&jid=168>>. Acesso em: 27 agosto 2013.

SILVA, L. G. da; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Revista Ciência Cuidado e Saúde. Maringá**, v. 07, n. 01, p. 98-105, 2008 Jan/ Mar.

FRANCO T, DRUCK G, SELIGMANN-SILVA E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev. bras. saúde ocup. [online]. 2010, vol.35, n.122, pp. 229-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200006&script=sci_arttext.

O ENFERMEIRO E O CUIDADO AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 02/01/2023

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará - UFC
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Wildilene Leite Carvalho

Universidade Federal do Maranhão -
UFMA
<https://orcid.org/0000-0002-8847-1493>

David Sodré

Hospital Universitário do Maranhão -
HUUFMA
<https://orcid.org/0000-0002-4211-0991>

Agrimara Naria Santos Cavalcante

<https://orcid.org/0000-0002-3778-449X>
Centro Universitário UNICEUMA

Cristiane Costa Moraes de Oliveira

Hospital Universitário do Maranhão -
HUUFMA
<https://orcid.org.br/0000-0002-8143-5350>

Livia Cristina Frias da Silva Menezes

Universidade Federal do Maranhão -
UFMA
<https://orcid.org/0000-0001-5910-5518>

Andressa Maria de Sousa Moura

Universidade Estadual do Piauí - UESPI
<https://orcid.org/0000-0002-0363-8128>

Maria Márcia Pereira Silva

Universidade Estácio de São Luis
<https://orcid.org/0000-0002-3383-2124>

Beatriz Duailibe Alves

Faculdade Santa Terezinha- CEST
<https://orcid.org/0000-0002-9629-3383>

Paula Belix Tavares

Universidade Federal do Maranhão -
UFMA
<https://orcid.org/0000-0002-6955-3389>

Jhonny Marlon Campos Sousa

Hospital Universitário do Maranhão- HU/
UFMA
<https://orcid.org/0000-0003-0492-7201>

Rafaela Soares Targino

Universidade Estadual do Maranhão -
UEMA
<http://lattes.cnpq.br/6617618538582279>

Maria Almira Bulcão Loureiro

Universidade Federal do Maranhão -
UFMA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3234-2833>

RESUMO: A elevada prevalência do diabetes encontra-se associadas a diversos fatores, como aumento da urbanização,

mudança da transição epidemiológica e nutricional, estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes. O objetivo do estudo foi descrever as principais ações educativas adotadas pelos enfermeiros para o cuidado dos pacientes com pé diabético na Atenção Primária. Estudo de Revisão Integrativa da Literatura realizada a partir da questão norteadora: Quais as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros na prevenção e cuidados de ulceração do pé diabético? A coleta dos artigos ocorreu na biblioteca eletrônica BVS, utilizando as bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE. Foram incluídos artigos escritos em língua portuguesa publicados nos últimos cinco anos (2017-2022) em revistas científicas, excluindo-se dissertações, teses e artigos repetidos ou que não se enquadravam diretamente na temática escolhida. Para o cuidado da Enfermagem, há diversas tecnologias que proporcionam a promoção da saúde dos pacientes com Diabetes Mellitus no processo de cuidar como uso de tecnologia educativa que organiza de forma sistemática o conhecimento científico para permitir o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal. O enfermeiro deve orientar o paciente a ser realizar consultas regulares, enfatizar o exame do pé pelo paciente diabético, além de observar os fatores de risco, sinais de doença arterial periférica, alterações na pele, uso de calçados inadequados, presença de edema nos membros inferiores, alterações na perfusão periférica, sinais de isquemia e neuropatia. Os dados encontrados nesse estudo permitiram concluir que as publicações investigadas são unânimes em considerar que enfermeiro como profissional para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do pé diabético, promovendo ações educativas para evitar danos que esta doença pode causar e assim promover mudanças nos hábitos de vida e consequentemente na redução de complicações do pé diabético.

PALAVRAS-CHAVE: Pé diabético. Enfermeiro. Cuidados.

ABSTRACT: The high prevalence of diabetes is associated with several factors, such as increased urbanization, changes in the epidemiological and nutritional transition, sedentary lifestyle, overweight, population growth and aging, and also the increased survival of individuals with diabetes. The aim of the study was to describe the main educational actions adopted by nurses for the care of patients with diabetic foot in Primary Care. This is a study of Integrative Literature Review based on the guiding question: What are the educational practices performed by nurses in the prevention and care of diabetic foot ulceration? Articles were collected from the VHL electronic library, using the LILACS, BDNF, MEDLINE databases. Articles written in Portuguese language published in the last five years (2017-2022) in scientific journals were included, excluding dissertations, theses and repeated articles or those that did not fit directly into the chosen theme. For Nursing care, there are several technologies that provide health promotion for patients with Diabetes Mellitus in the care process as the use of educational technology that organizes in a systematic way the scientific knowledge to allow planning, execution, control and monitoring involving the entire formal and informal educational process. The nurse must guide the patient to have regular consultations, emphasize the examination of the foot by the diabetic patient, in addition to observing the risk factors, signs of peripheral arterial disease, skin changes, use of inadequate footwear, presence of edema in the lower limbs, changes in peripheral perfusion, signs of ischemia and neuropathy. The data found in this study allowed us to conclude that the investigated publications are unanimous in

considering the nurse as a professional to perform the prevention and early diagnosis of the diabetic foot, promoting educational actions to avoid damages that this disease can cause and thus promote changes in lifestyle habits and consequently in the reduction of diabetic foot complications.

KEYWORDS: Diabetic foot. Nurse. Care.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é um problema crescente de saúde pública mundial, independente da evolução da doença. Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) fez uma estimativa de que 8,8% da população mundial com idade entre 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivem com diabetes. E com as tendências de altas atuais, o número de pessoas com diabetes pode ser superior a 628,6 milhões em 2045 e aproximadamente 9% dos casos vivem em países em desenvolvimento, nos quais deve aumentar ainda mais nas próximas décadas (GUARIGUATA et al., 2013).

A elevada prevalência do diabetes encontra-se associadas a diversos fatores, como aumento da urbanização, mudança da transição epidemiológica e nutricional, estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (BRASIL, 2019).

Tem-se como complicações da DM, a neuropatia, retinopatia, cegueira, pé diabético, amputações e nefropatia (FLOR, CAAMPOS, 2017). Em situação de gravidade, a ulceração e a amputação de extremidades ocorrem em decorrência das complicações do Pé Diabético, causando maior impacto socioeconômico e com maior frequência ainda população (BRASIL, 2013; SCHIMID et al., 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a incidência anual de úlceras nos pés é em torno de 2% nas pessoas com DM e 25% apresentam risco em desenvolvê-las ao longo da vida, sendo que 20% das internações dos pacientes com DM são provocadas por lesões nos membros inferiores e 40% a 70% ocorrem por causa complicações do Pé Diabético com total de amputações não traumáticas de Membros Inferiores (MMII) na população geral, além de que 85% das amputações são precedidas pelas ulcerações, tendo com principais fatores de risco a neuropatia periférica, as deformidades no pé e os traumatismos (BRASIL, 2016).

O pé diabético ocorre pela infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus da doença vascular periférica nos MMII (NUNES et al., 2006). É uma das causas mais comuns de invalidez, já que por causa da possível amputação do membro afetado induz a diminuição da qualidade de vida do diabético. A úlcera ocorre no dorso, dedos ou bordas do pé e, geralmente, está associada ao uso de calçados inadequados (PARISI, 2005), e é mais frequente em homens devido ao mau controle das complicações crônicas (MILECH, 2004). As causas frequentes de úlcera diabética são: biomecânica alterada; pé com sensibilidade diminuída;

insuficiência arterial; incapacidade do autocuidado; e deficiência quanto às orientações aos cuidados preventivos.

As complicações ocasionadas pelo pé diabético podem ser evitadas com uso de ações simples como promoção do autocuidado e da identificação dos sinais precoces para evitar maior risco e danos com a ulceração do pé diabético (VAN et., 2020). No âmbito de assistência à saúde, os profissionais de saúde são fundamentais no cuidado ao paciente com essas complicações. Podem realizar atividades de prevenção como, também realizar o tratamento do pé diabético. Nesse contexto, os enfermeiros são os profissionais responsáveis que acompanham diretamente os pacientes com diabetes, realizando o aconselhamento por meio de educação em saúde, promovendo o autocuidado, a prevenção de lesões, incentivando a adesão ao tratamento. Além disso, tradicionalmente, os pacientes com ulceração no pé buscam primeiramente o enfermeiro e são os primeiros que orientam os cuidados para prevenção de lesões (GONZÁLEZ-DE LA, VERDÚ-SORIANO, 2020).

Por isso, é fundamental que, durante a consulta de Enfermagem com pacientes com DM, os enfermeiros tenham maior preparo com conhecimentos e habilidades suficientes não só para avaliar sinais e sintomas com para realizar o exame clínico dos pés (LIRA et al., 2020), buscando identificar com precisão alterações dermatológicas, musculoesqueléticas, vasculares e neurológicas (LUCOVEIS et al., 2018), e portanto, desenvolvendo estratégias de promoção do autocuidado, prevenção e tratamento de ulcerações diabéticas (ABDULLAH, AL-SENANY, AL-OTHEIMIN, 2017).

O enfermeiro deve estimulá-lo, orientá-lo a ter uma postura pró-ativa e mais saudável. Nesse caso, o paciente com diabetes deve estar consciente de que ao assumir tal postura deve também mudar de hábitos de vida, que exige a capacidade de transformar informação em ação (BRASIL, 2006).

O paciente com Pé diabético deve ainda entender que a contribuição de dos cuidados dos enfermeiros é importante em seu tratamento, uma vez que esses profissionais são aptos e capacitados para atuar junto ao paciente, orientando-o corretamente sobre sua patologia e acompanhando-o no decorrer de seu tratamento (SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA, 2013).

O objetivo do estudo foi descrever as principais ações educativas adotadas pelos enfermeiros para o cuidado dos pacientes com pé diabético na Atenção Primária.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), cuja metodologia consiste na organização, catalogação e síntese dos resultados apresentados nos materiais selecionados para análise, facilitando a interpretação (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para a elaboração da pesquisa foram adotadas as seguintes etapas: identificação do

tema, construção do problema da pesquisa, elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, criação do instrumento para coleta de dados relevantes dos artigos encontrados, avaliação e análise dos artigos selecionados na pesquisa, interpretação e discussão dos resultados obtidos e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A realização da revisão partiu do seguinte questionamento: Quais as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros na prevenção e cuidados de ulceração do pé diabético?

A coleta dos artigos ocorreu na biblioteca eletrônica BVS, utilizando as bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BDEF (Base de Dados de Enfermagem), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), nos meses de julho a agosto de 2022. Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores em português: pé diabético, práticas educativas, prevenção e enfermeiro, utilizando os conectores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos escritos em língua portuguesa publicados nos últimos cinco anos (2017-2022) em revistas científicas, excluindo-se dissertações, teses e artigos repetidos ou que não se enquadravam diretamente na temática escolhida

A busca inicial dos artigos nas bases de dados, com os descritores supracitados, localizou 411 artigos. Em seguida, realizou-se uma análise dos títulos, na qual foram excluídos 334 artigos, pois não apresentavam termos referentes ao objetivo dessa revisão, restando 67 artigos. Logo após, partiu-se para a análise do resumo dos 67 artigos selecionados, sendo eliminados 69, por não cumprirem com o objetivo do estudo. No final, apenas sete (07) artigos foram incluídos por cumprirem com todos os critérios de elegibilidade. (Figura 1)

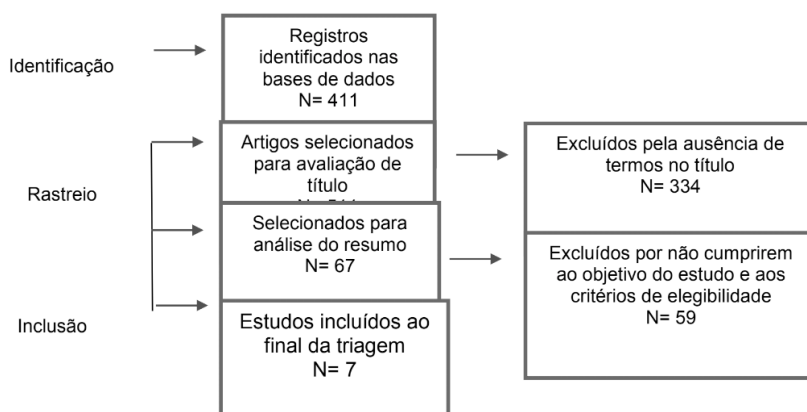


Figura 1: Fluxograma do processo de revisão dos artigos.

Fonte: Realizada pela autora.

Realizou-se a leitura de todos os artigos na íntegra. Em seguida, elaborou-se um quadro contendo: número para identificação do artigo: autor, título do artigo, ano de publicação, base de dado e tipo de metodologia. Para a avaliação dos estudos utilizou-se a Análise Textual Qualitativa, a qual se desenvolve mediante um processo de fragmentação do material lido (MORAES e GALIAZZI, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados sete (7) artigos. O ano com maior número de publicação foi 2020 com três artigos, a base de dados mais utilizada foi a BDEF e a maioria dos artigos eram de campo.

AUTOR	TÍTULOS	ANO	BASE	METODOLOGIA
Dias et al.,	Visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do pé diabético amputado	2017	BDEF	estudo qualitativo, descritivo
RIBEIRO, NUNES	Pé Diabético: Conhecimento e Adesão Às Medidas Preventivas	2018	BDEF	Revisão Integrativa
Arruda et al.,	Conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com o pé diabético	2019	BDEF	Estudo quantitativo, descritivo, transversal
Daly et al.,	Improved foot management of people with diabetes by primary healthcare nurses in Auckland, New Zealand.	2020	MEDLINE	Estudo randomizado
Schumer et al.,	Preliminary Experience with Conservative Sharp Wound Debridement by Nurses in the Outpatient Management of Diabetic Foot Ulcers: Safety, Efficacy, and Economic Analysis.	2020	MEDLINE	Estudo prospectivo
Silva et al.,	Grau de risco do pé diabético na atenção primária à saúde	2020	LILACS	Estudo transversal
Félis et al.,	Validação de instrumento para investigação do conhecimento de enfermeiros sobre pé diabético	2021	LILACS	Estudo metodológico

Práticas educativas utilizadas pelos os enfermeiros na prevenção do pé diabético na Atenção Primária

O processo de educação em saúde aos pacientes com DM e/ou com pé diabético permite melhor conhecimento e habilidades para o melhor manejar os sintomas e a qualidade de vida por proporcionar prática de exercícios físicos, reeducação alimentar, terapêuticas e outras atividades realizadas pelo paciente para um eficaz controle metabólico e maior sobrevida com custos mais acessíveis (FUNNELL et al., 2011). Para o cuidado da Enfermagem, há diversas tecnologias que proporcionam a promoção da saúde dos pacientes com Diabetes Mellitus no processo de cuidar como uso de tecnologia educativa

que organiza de forma sistemática o conhecimento científico para permitir o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal (PÉREZ et al., 2013).

As ações de educação em saúde são essenciais na escolha por uma concepção pedagógica capaz de desenvolver no paciente a possibilidade crítica e a construção de novos conhecimentos. Nessa perspectiva, as atividades educativas do enfermeiro devem ter liderança, comunicação e valorizar as diversidades e iniciativas de todos os envolvidos, empenhando-se para potencializar a força humana de todos, principalmente dos pacientes (NIETSCHÉ, 2000). Nos últimos anos, a utilização de ações estratégicas educacionais voltadas para a prevenção das doenças tem evoluído, sobretudo pelos os profissionais da Atenção Primária. Com a evolução das estratégias de educação em saúde, os enfermeiros utilizam evidências científicas desenvolvendo ações sobre os cuidados com os pés entre pacientes com diabetes (KISHORE, UPADHYAY, 2015).

Atuação efetiva do enfermeiro no cuidado ao paciente com Pé diabético é de suma importância. Santos et al., (2011) colocam que o acompanhamento do enfermeiro da Atenção Primária durante o tratamento do paciente melhora a prevenção de complicações e possíveis amputações.

Segundo Carvalho e Martins (2010), o enfermeiro desempenha função importante nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo um agente cuidador e/ou educador, no processo de promoção, prevenção e recuperação do paciente. Melo et al., (2011) também reforçam a importância do enfermeiro no apoio educativo ao paciente com pé diabético, tendo em vista as necessidades individuais e o risco de ulcerações e amputações. Nesse sentido, o enfermeiro deve orientar o paciente a ser realizar consultas regulares, enfatizar o exame do pé pelo paciente diabético, além da observar os fatores de risco, sinais de doença arterial periférica, alterações na pele, uso de calçados inadequados, presença de edema nos membros inferiores, alterações na perfusão periférica, sinais de isquemia e neuropatia.

Adicione-se ainda que o enfermeiro ao atuar junto aos pacientes, deve prestar orientações claras quanto à fisiopatologia da doença e o seu caráter assintomático, sendo essencial orientar os pacientes que ainda não apresentam sinal ou sintomas da doença (CAIAFA et al., 2011).

São muitas as contribuições da enfermagem para a sociedade, a saber, a diminuição de amputações e óbitos devido a complicações causadas pela diabetes mellitus, onde são trabalhadas ações de prevenção em educação no autocuidado. A atenção prestada por enfermeiros capacitados, auxiliam no diagnóstico precoce e profilaxia, evitando o surgimento e agravos causados pelo pé diabético, beneficiando pacientes e familiares a terem uma melhor qualidade de vida. A enfermagem trabalha de forma integral no cuidado àquele que necessita de reabilitação em uma atenção especial, sendo esse atendimento qualificado, atento à patologia e aos possíveis agravantes de seus pacientes. Fatores

esses que vêm a contribuir na prevenção do pé diabético e outros agravos da doença (SANTOS et al., 2011).

A enfermagem pode contribuir com a sociedade, diminuindo o número de amputações e óbitos causados pelas complicações do diabetes mellitus, através de ações preventivas principalmente na educação ao autocuidado. Segundo Silva et al. (2013). O Diagnóstico precoce e profilaxia adequadas prestadas por enfermeiros capacitados, inibem o surgimento ou agravamento do pé diabético, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.” A função básica da enfermagem pode resumir-se ao cuidado. O cuidado tem como objeto a integralidade com aquele ser que, no momento, encontra-se debilitado e fragilizado. O enfermeiro deve oferecer uma assistência de qualidade, observando os agravantes à saúde dos seus pacientes e acompanhando o controle da patologia. Estes fatores contribuem como ações importantes para prevenir o surgimento do pé diabético e outras complicações da doença (POLICARPO et al., 2014).

CONCLUSÃO

Os dados encontrados nesse estudo permitiram concluir que as publicações investigadas são unânimes em considerar que enfermeiro como profissional para realizar a prevenção e o diagnóstico precoce do pé diabético, promovendo ações educativas para evitar danos que esta doença pode causar e assim promover mudanças nos hábitos de vida e conseqüentemente na redução de complicações do pé diabético. É necessário fazer busca por novos conhecimentos científicos para o desenvolvimento de estratégias e ações no atendimento de enfermagem com cuidado humanizado, proporcionando melhor relacionamento entre o enfermeiro e pacientes.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH WH, AL-SENANY S, AL-OTHEIMIN HK. Capacity building for nurses' knowledge and practice regarding prevention of diabetic foot complications. *International Journal of Nursing Science*. 2017; 7(1):1-15.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. n 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. SBD – **Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Clannad, 2019. 419p.

CAIAFA, Jackson Silveira *et al.* Atenção integral ao portador de pé diabético. **Rev. J Vasc Bras.**, Vol. 10, n. 4, p. 1-32, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4s2/a01v10n4s2.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CARVALHO; Renata Di Pietro; CARVALHO, Carolina Di Pietro; MARTINS, Dulce Aparecida. 2010. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. **Cogitare Enferm.**, vol. 1, n. 15, jan./mar. p. 106-109, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17180/11315>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FLOR LS, CAMPOS MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol** 2017; 20:16-29.

FUNNELL MM, BROWN TL, CHILDS BP, HAAS LB, HOSEY GM, JENSEN B, et al. National standards for diabetes self management education. *Diabetes Care* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 15];34 (Suppl 1): S97-S104.

GONZÁLEZ-DE LA TH, VERDÚ-SORIANO J. Wound Nursing Now: leading the prevention, care and research on diabetic foot. *Enferm Clin*. 2020; 30(2):69-71. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.02.014>

GUARIGUATA L, WHITING DR, HAMBLETON I, BEAGLEY J, LINNENKAMP U, SHAW JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(2): 137-49.

KISHORE S, UPADHYAY AD, VPJ. Awareness of foot care among patients with diabetes attending a tertiary care hospital. *Natl Med J India*. 2015 May/June;28(3):122-5.

LIRA JAC, OLIVEIRA BMA, SOARES DR, BENÍCIO CDAV, NOGUEIRA LT. Risk evaluation of foot ulceration in people with Diabetes Mellitus in Primary Care. *REME - Rev Min Enferm*. 2020; 24: e-1327.

LUCOVEIS MLS, GAMBA MA, PAULA MAB, MORITA ABPS. Degree of risk for foot ulcer due to diabetes: nursing assessment. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(6): 3041-7.

MELO, Elizabeth Mesquita *et al.* Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. **Rev. Enf. Pref.** Coimbra, vol.3, n. 5, p. 37-44, dez. 2011.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R.C; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008ç

- MILECH A. PÉ DIABÉTICO. IN: OLIVEIRA JEP, MILECH A, organizadores. Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 7-14.
- MORAES, R; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.
- NIETSCHE EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.
- NUNES PAM, RESENDE KF, CASTRO AA, PITTA GBB, FIGUEIREDO LFP, MIRANDA F JÚNIOR. Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabético internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. **J Vasc Bras**. 2006;5(2):123-30
- PARISI MCR. Úlceras no Pé Diabético. In: Jorge AS, Dantas SRPE, organizadores. Abordagem multidisciplinar do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 279-86.
- PÉREZ RODRÍGUEZ MC, GODOY S, MAZZO A, NOGUEIRA PC, TREVIZAN MA, MENDES IAC. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. **Enferm glob** [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 17];12(29):43-52.
- POLICARPO, Natalia de Sá et al. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p.36-42, set. 2014.
- SANTOS, Gardênia Ingrid L. S. M.; CAPIRUNGA; Jéssica B. M.; ALMEIDA, Olívia S. C. Pé diabético: condutas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 2013. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/revistas>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- SANTOS, Isabel C. R. Vieira *et al*. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, n. 12, p. 684-691, out./dez. 2011.
- SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. AMPUTAÇÕES POR PÉ DIABÉTICO E FATORES SOCIAIS: IMPLICAÇÕES PARA CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMAGEM. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p.684-691, dez. 2011.
- SCHMID, Helena; NEUMANN, Cristina; BRUGNARA, Laura. O diabetes melito e a desnervação dos membros inferiores: a visão do diabetólogo. **J. Vasc. BR.**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 37-48, 2003.
- SILVA, Joselma Pereira da et al. O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DO PÉ DIABÉTICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** Facipe, Recife, v. 1, n. 2, p.59-69, nov. 2013.
- VAN NETTEN J, APELQVIST J, LIPSKY BA, BUS SA, HINCHLIFFE RJ, SCHAPER NC. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. **Diabetes Metab Res Rev**. 2020; 36(S1):e3270.

CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE O DESCARTE DE MEDICAMENTOS NÃO UTILIZADOS E VENCIDOS

Data de aceite: 02/01/2023

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: As práticas de descarte de medicamentos vencidos e não utilizados pela população variam entre os países, entretanto o descarte correto é negligenciado especificamente nos países em desenvolvimento. O estudo tem o objetivo de apresentar o protocolo de revisão sistemática desenhado para analisar o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos. O relato desta revisão sistemática cumprirá com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist. O protocolo da revisão sistemática será submetido para registro no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO). A revisão sistemática cumprirá criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que

compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, o que proporcionará um exame crítico dos achados. Para análise dos estudos selecionados, será utilizada a pergunta norteadora da pesquisa: “Qual o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos?”. Será realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, BVS, CINAHL, Biblioteca Cochrane e Web of Science. A estratégia de pesquisa combinará termos de indexação e os descritores “Unused medicines”, “disposal practices” e “medicine disposal pattern”. Serão incluídos estudos publicados no período de 2013 a 2023, sem restrição de idioma. Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos observacionais e experimentais; estudos realizados no período de 2013 a 2023; estudos que mensuraram o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos. Os critérios de exclusão são: artigos duplicados; revisão narrativa ou sistemática e meta-análise; relatos de casos; série de casos e estudos experimentais envolvendo animais. Dois revisores extrairão dados dos estudos selecionados independentemente.

Espera-se que os resultados do estudo auxiliem na proposição de políticas públicas e protocolos efetivos direcionados a promover a conscientização e fortalecer o programa de gerenciamento de resíduos farmacêuticos no nível da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamentos não utilizados, práticas de descarte e padrão de descarte de medicamentos.

KNOWLEDGE AND PRACTICES REGARDING THE DISPOSAL OF UNUSED AND EXPIRED MEDICINES

ABSTRACT: Disposal practices of unused and expired medications by the population vary among countries, however correct disposal is neglected specifically in developing countries. The study aims to present the systematic review protocol designed to analyze the level of knowledge and practices regarding the disposal of unused and expired medications. The reporting of this systematic review will comply with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist. The systematic review protocol will be submitted for registration in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO). The systematic review will carefully follow six steps: selection of guiding question; definition of the characteristics of the primary research sample; selection of the research sample; analysis of the findings of the articles included in the review; interpretation of results; and reporting of the review, which will provide a critical examination of the findings. For the analysis of the selected studies, the guiding research question will be used: "What is the level of knowledge and practices regarding the disposal of unused and expired medications?". A search of MEDLINE, VHL, CINAHL, Cochrane Library, and Web of Science electronic databases will be conducted. The search strategy will combine index terms and the descriptors "Unused medicines", "disposal practices" and "medicine disposal pattern". Studies published from 2013 to 2023 will be included, without language restriction. The following inclusion criteria will be adopted: observational and experimental studies; studies conducted in the period from 2013 to 2023; studies that measured the level of knowledge and practices on the disposal of unused and expired medicines. Exclusion criteria are: duplicate articles; narrative or systematic review and meta-analysis; case reports; case series and experimental studies involving animals. Two reviewers will extract data from the selected studies independently. The results of the study are expected to assist in proposing effective public policies and protocols directed at promoting awareness and strengthening the pharmaceutical waste management program at the societal level.

KEYWORDS: Unused medicines, disposal practices, medicine disposal pattern.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da prevalência das doenças crônicas nas últimas décadas houve o aumento do uso de medicamentos, em que a polifarmácia está presente na maioria das vezes. Entretanto, uma parte dos pacientes não consomem seus medicamentos na sua totalidade e os que não são utilizados são armazenados nas residências^{1,2}.

Soma-se a isso o advento da prescrição irracional de medicamento, que chega a 50% na prática clínica. Tal fato resulta no armazenamento redundante de medicamentos,

causando mais danos aos pacientes e ao meio ambiente, visto que o descarte seguro de tais medicamentos é pouco praticado nas sociedades^{3,4}.

A Organização Mundial da Saúde também revelou que, como os pacientes não usam seus medicamentos regularmente, seus amigos e familiares estão frequentemente em contato com tais medicamentos e podem utilizá-los em momentos de necessidade sem consulta profissional⁴. Pelo exposto, tem-se que o descarte incorreto dos medicamentos é um problema de saúde pública e que requer atenção do poder público. Assim, o objetivo desse trabalho é relatar o protocolo de revisão sistemática que tem o intuito de investigar o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos.

MÉTODOS

O estudo será realizado através de uma revisão sistemática da literatura, que consiste em um método de pesquisa utilizado com frequência na prática baseada em evidência, cujo objetivo é reunir e sintetizar resultados anteriores, a fim de elaborar uma explicação abrangente de um fenômeno específico. Ressalta-se a organização e a interpretação no atendimento do objetivo da investigação⁵.

O relato desta revisão sistemática cumprirá com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA Checklist⁶. O protocolo da revisão sistemática será submetido para registro no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO).

A revisão sistemática cumprirá criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, o que proporcionará um exame crítico dos achados.

Para análise dos estudos selecionados, será utilizada a pergunta norteadora da pesquisa: “Qual o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos?”.

Métodos de pesquisa para identificação de estudos

Busca eletrônica

Será realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, BVS, CINAHL, Biblioteca Cochrane e Web of Science. A estratégia de pesquisa combinará termos de indexação e os descritores “Unused medicines”, “disposal practices” e “medicine disposal pattern”. Serão incluídos estudos publicados no período de 2013 a 2023, sem restrição de idioma.

Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos observacionais e experimentais; estudos realizados no período de 2013 a 2023; estudos que mensuraram o nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos. Os critérios de exclusão são: artigos duplicados; revisão narrativa ou sistemática e meta-análise; relatos de casos; série de casos e estudos experimentais envolvendo animais.

Pesquisa em outras fontes

As referências bibliográficas dos estudos selecionados serão verificadas para encontrar estudos adicionais não identificados na busca eletrônica e que atendem aos critérios de inclusão. Além disso, uma pesquisa bibliográfica cinza será realizada para localizar artigos elegíveis não recuperados das bases de dados utilizadas.

Coleta e análise de dados

Seleção de estudos

Os estudos serão selecionados em duas etapas seguindo os critérios de elegibilidade. Primeiramente, os estudos serão selecionados pela leitura de títulos e resumos. A segunda etapa ou etapa de análise textual será realizada por último, de acordo com os critérios de elegibilidade. Todas as etapas serão realizadas de forma independente por dois revisores. Após a comparação dos resultados, qualquer caso de discrepância será resolvido pela análise de um terceiro revisor.

Extração e gerenciamento de dados

Dois revisores extrairão dados dos estudos selecionados independentemente. As discrepâncias serão resolvidas pela análise de um terceiro revisor. Os dados especificados abaixo serão extraídos por ambos os revisores e documentados.

- 1) Características da publicação: título, periódico, autor, ano, país, tipo de publicação e conflito de interesse.
- 2) Participantes do estudo: número de participantes do estudo e suas características sociodemográficas.
- 3) Instrumento utilizado para mensuração da variável de interesse.
- 4) Qualidade dos estudos: a qualidade metodológica dos estudos de coorte e caso-controle será analisada através da Escala de Newcastle-Ottawa⁷.

Síntese de dados

Meta-análise será inicialmente planejada, mas foi considerada inadequada por causa da heterogeneidade dos estudos identificados previamente. Portanto, os resultados serão apresentados em forma de tabela juntamente com uma síntese narrativa de acordo com as variáveis coletadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os resultados do estudo auxiliem na proposição de políticas públicas e protocolos efetivos direcionados a promover a conscientização e fortalecer o programa de gerenciamento de resíduos farmacêuticos no nível da sociedade.

Os resultados gerados serão submetidos a publicação em revista científica indexada, possibilitando que a população e profissionais de saúde possam ter conhecimento do nível de conhecimento e as práticas sobre o descarte de medicamentos não utilizados e vencidos de acordo com a literatura nacional e internacional. Auxiliar-se-á na identificação de estratégias e uso das mesmas pelos gestores para garantia de uma melhor segurança no descartes dos medicamentos não utilizados.

REFERÊNCIAS

1. Seehusen DA, Edwards J. Patient practices and beliefs concerning disposal of medications. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(6):542–547. doi: 10.3122/jabfm.19.6.542 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Ruhoy IS, Daughton CG. Beyond the medicine cabinet: an analysis of where and why medications accumulate. *Environ Int.* 2008;34(8):1157–1169. doi: 10.1016/j.envint.2008.05.002 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Bashaar M, Thawani V, Hassali MA, Saleem F. Disposal practices of unused and expired pharmaceuticals among general public in Kabul. *BMC Public Health.* 2017;17(1):45. doi: 10.1186/s12889-016-3975-z [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. World Health Organization. The world medicines situation 2004. [cited 2021 December 21]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>. [Google Scholar]
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it? **Einstein** [Internet]. 2010[cited 2018 Mar 06]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* [Internet] 2009 [cited June 14 2016];151(4):264-9. A
7. G.A. Wea. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Available in: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. 2000.

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.

A

Acolhimento 1, 2, 3, 18, 22, 153

Autismo 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

B

Bioética 32, 33

C

Calidad 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14

Câncer do colo do útero 15

Capacitação 28, 50, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 68, 70, 75, 115, 154, 157

Competências de comunicação 41, 42, 47

D

Delirium 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Doença de Crohn 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 142, 143, 144, 145

E

Emergência 50, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 86, 89, 91, 99, 130, 183

Enfermagem 1, 2, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 30, 31, 33, 36, 40, 41, 46, 47, 48, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 101, 103, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 180, 181, 182, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 209

Enfermeiro 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 28, 29, 31, 37, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 56, 57, 58, 59, 60, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 87, 88, 92, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 128, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 146, 147, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 180, 182, 189, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 209

Enfermeiros 2, 24, 31, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 62, 64, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 89, 93, 101, 111, 114, 115, 116, 128, 131, 137, 138, 141, 144, 154, 161, 166, 168, 188, 195, 197, 198, 199, 200, 201

Equipe de saúde 2, 62

Equipe interdisciplinar de saúde 1

Eutanásia 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

F

Família 2, 17, 18, 19, 29, 30, 32, 35, 37, 47, 87, 109, 110, 112, 113, 115, 116, 135, 146, 147, 148, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 176, 187, 188

Fatores de risco 23, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 150, 152, 195, 196, 200

H

Hospitalización 5, 6, 7, 8, 12

I

Idoso 92, 94, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 149

Idosos 55, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 211

L

Lesão por pressão 106, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 116

Lesões 18, 19, 20, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 78, 83, 84, 88, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 139, 140, 196, 197

O

Ostomia 126, 132, 133, 134, 136

P

Paciente 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 78, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 100, 109, 111, 112, 113, 126, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 152, 153, 156, 194, 195, 197, 199, 200, 209

Pandemia 15, 16, 17, 27, 28, 42, 161

Pandemia Covid-19 117, 119

Período pós-operatório 92, 93, 97

Pessoa em situação crítica 41, 42, 43, 46

Pré hospitalar 74

Prevenção 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 29, 49, 50, 63, 89, 92, 94, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 132, 135, 137, 139, 140, 154, 160, 164, 168, 195, 197, 198, 199, 200, 201

Proceso 6, 7, 8, 9, 10, 12

Q

Queimaduras 55, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91

Quimioterapia 1, 2, 3

R

Raquimedular 48, 49, 50, 51, 54, 58, 60, 87

RCP 54, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

S

Saúde da mulher 15, 16, 17, 21, 24, 25

Sedação paliativa 31, 32, 33

Servicio 5, 6, 13

Suicídio assistido 31, 32, 33

T

Transtorno 95, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158

Trauma 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 82, 83, 96, 185

U

Unidade de queimados 82, 90, 91


Urgência 40, 42, 43, 50, 54, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2023



FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM:

Autonomia e processo de cuidar 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



 Atena
Editora

Ano 2023