

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

3



Marcus Fernando
da Silva Praxedes
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2023

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

3



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

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

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-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

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

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

Enfermagem: autonomia e processo de cuidar 3

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	<p>Enfermagem: autonomia e processo de cuidar 3 / 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 978-65-258-1310-3 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.103231205</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 o volume do livro “Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar 3”. 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 ações voltadas à autonomia no processo de cuidar.

São apresentados os seguintes capítulos: Atuação das enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento no Rio Grande do Sul; A vivência de mulheres que sofreram aborto espontâneo; Enfrentamento de mães abrigadas na casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP) do município de Imperatriz - MA: intervenções de enfermagem; Mortalidade em mulheres em idade reprodutiva no ciclo gravídico-puerperal associada à COVID-19 no estado do Maranhão entre 2020-2021; Assistência de enfermagem durante o processo de morrer: percepção dos graduandos de enfermagem; O doente terminal em fase agônica; A prevenção da dermatite das mãos nos profissionais de saúde um desafio para a saúde ocupacional; O papel do enfermeiro na composição do serviço especializado de segurança e medicina do trabalho; Autonomia do profissional de enfermagem durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma percepção dos enfermeiros; Comunicação efetiva entre os profissionais da saúde em uma unidade hospitalar privada de Goiás; Ética em emergências de saúde pública de importância internacional; Pela valorização da enfermagem: a experiência do fórum da enfermagem maranhense na crise da COVID-19; Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem em um pronto socorro do interior do estado de São Paulo; Prática supervisionada em enfermagem: um desafio da academia; Sistema de utilidades e acompanhamento de pacientes pela enfermagem (SUPER); Um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem sobre a atuação do agente comunitário de saúde; Percepções e vivências dos Serviços de Atenção Domiciliar: critérios de elegibilidade, admissão e desligamento dos usuários, Intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma maior autonomia no processo de cuidar do profissional de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1 1**ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO RIO GRANDE DO SUL**

Francieli Ártico
Márcia Dornelles Machado Mariot
Lúcia Fabiane da Silva Luz
Suélen Almeida Skalski
Débora Feijó da Silva
Dayane de Aguiar Cicolella
Fátima Helena Cecchetto
Yasna Patricia Aguilera Godoy

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312051>

CAPÍTULO 2 13**A VIVÊNCIA DE MULHERES QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO**

Pâmella Thaís de Paiva Nunes
Leila Batista Ribeiro
Natalia Coelho da Silva
Yanne Gonçalves Bruno Silveira
Alberto César da Silva Lopes
Fernanda Gabriele Fernandes Martins
Ludmila Bezerra Dourado
Norene Heloisa de Sousa Castro
Rayssa Pires da Silva
Tarcísio Souza Faria
Amanda Vasconcelos Florêncio
Sarah Peres Aredes de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312052>

CAPÍTULO 3 27**ENFRENTAMENTO DE MÃES ABRIGADAS NA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP) DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ - MA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Janaina Miranda Bezerra
Ariadne Siqueira de Araújo Gordon
Naille Enivane Rodrigues Saraiva
Roberta de Araújo e Silva
Walessa Moreira Linhares de Sousa
Janildes Maria Silva Gomes
Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira
Ismália Cassandra Costa Maia Dias
Marcia Caroline Nascimento Sá Ewerton Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312053>

CAPÍTULO 4 37**MORTALIDADE EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL ASSOCIADA À COVID-19 NO ESTADO DO**

MARANHÃO ENTRE 2020-2021

Macleya Gomes Silva
 João Pereira Cunha Neto
 Waldeise Pereira
 Amanda Coutinho de Souza
 Mábía Milhomem Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312054>

CAPÍTULO 548**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE MORRER:
PERCEPÇÃO DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM**

Carina Inácio De Oliveira
 Adilson Lopes Cardoso
 Elaine Cirstina Navarro
 Ednaldo Alexandre Zandoná
 Carolaine Sousa Novaes
 Marcela Cristina Castro Doro
 Larissa Matias Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312055>

CAPÍTULO 665**O DOENTE TERMINAL EM FASE AGÓNICA**

Carlos Pires Magalhães
 Maria Isabel Monteiro Pinto
 João Ricardo Miranda da Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312056>

CAPÍTULO 776**A PREVENÇÃO DA DERMATITE DAS MÃOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
UM DESAFIO PARA A SAUDE OCUPACIONAL**

Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312057>

CAPÍTULO 893**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**

Rosa Helena Kreutz Alves
 Rozemy Magda Vieira Gonçalves
 Elizabete Rosane Palharini Yoneda Kahl
 Angélica Kreling
 Andreia Tanara de Carvalho
 Patrícia Godoy Fanton
 Lucas Mariano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312058>

CAPÍTULO 9101**AUTONOMIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO**

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Lorena Silveira Cardoso
 Jaqueline da Silva de Oliveira
 Nilza Cassimiro Ferreira
 Thais Barcelos Mota Queiroga
 Cindy Medici Toscano Rozetti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1032312059>

CAPÍTULO 10..... 112**COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PRIVADA DE GOIÁS**

Alexandre Lopes de Bastos
 Beatriz Sousa Brito
 Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles
 Marcos André de Matos
 Tatiana Souza Rodrigues
 Leomara Santos de Vasconcelos
 Alberto César da Silva Lopes
 Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo
 Lorena Brito Evangelista
 Diana Ferreira Pacheco
 Pâmella Thaís de Paiva Nunes
 Rayssa Pires da Silva
 Leila Batista Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120510>

CAPÍTULO 11 127**ÉTICA EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL**

Valdjane Nogueira Noleto Nobre
 Pamela Nery do Lago
 Renata Castro Mendes
 Mariana Regina Pinto Pereira
 Karine Letícia de Araújo Costa
 Laiana Otto da Costa
 Juliana Grazielle Lobato Alexandre
 Mariângela Ferraz Rodrigues Araújo
 Tami Silva Nunes
 Larissa Andreline Maia Arcelino
 Rosiana Lima Prado
 Darlan dos Santos Damásio Silva
 Heloisa da Silva Brito
 Michelly Angelina Lazzari da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120511>

CAPÍTULO 12..... 136**PELA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM DA**

ENFERMAGEM MARANHENSE, NA CRISE DA COVID-19

Silvia Cristina Viana Silva Lima
 Nair Portela Silva Coutinho
 Rosilda Silva Dias
 José Carlos Araújo Júnior
 Lucimary Santos Pinto
 Ana Léa Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120512>

CAPÍTULO 13..... 141**SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM PRONTO SOCORRO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Elen Cristiane Doná de Oliveira
 Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva
 Giseli da Silva Toquetto Gomes
 Maria Simão Gianotti
 Glaucia Luciana Bettio
 Fernando Fabrizzi
 Renato Costenaro
 Maria de Fátima Vieira de Souza Gonçalves
 Flaviane Cristina de Brito Guzzo Soliane
 Sabrina Ramires Sakamoto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120513>

CAPÍTULO 14..... 153**PRÁTICA SUPERVISIONADA EM ENFERMAGEM: UM DESAFIO DA ACADEMIA**

José Wilson Lima Furtado Júnior
 Cindy Beverly Sena Rodrigues
 Claudenice Alfaia da Costa
 Adriana Mourão Souza
 Luan da Costa Marcelino
 Bianca Jardim Vilhena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120514>

CAPÍTULO 15..... 155**SISTEMA DE UTILIDADES E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PELA ENFERMAGEM (SUPER)**

Heloisa Helena Müller
 Adriel Naiber Willis Fuentes
 Olívia Orneles Pereira
 Lemuel José da Silva
 Giselle Aparecida de Arruda Mello Martins
 Gisele Barreto de Deus
 Ana Carolina Megda Alves
 Júlia Madiuto Grégio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120515>

CAPÍTULO 16..... 168**UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Franciele Sayonara Portilho Fernandes

Marcela Bárbara Pereira

Morena Maria Dias Rocha

Valquíria Fernandes Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120516>**CAPÍTULO 17..... 173****PERCEÇÕES E VIVÊNCIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE, ADMISSÃO E DESLIGAMENTO DOS USUÁRIOS**

Carmem Rita Sampaio de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120517>**CAPÍTULO 18..... 185****INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS**

Rachel Cristina Cardoso Pereira

Joyce Costa Melgaço de Faria

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10323120518>**SOBRE O ORGANIZADOR..... 196****ÍNDICE REMISSIVO..... 197**

CAPÍTULO 1

ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO RIO GRANDE DO SUL

Data de aceite: 02/05/2023

Francieli Ártico

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/9278672522033433>

Márcia Dornelles Machado Mariot

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/0102443455714158>

Lúcia Fabiane da Silva Luz

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/3022832520886900>

Suélen Almeida Skalski

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/3871192073564549>

Débora Feijó da Silva

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/8095479798471721>

Dayane de Aguiar Cicolella

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/2409743386933944>

Fátima Helena Cecchetto

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/9460096774723369>

Yasna Patricia Aguilera Godoy

Centro Universitário Cesuca
Cachoeirinha - RS
<http://lattes.cnpq.br/9575028708938953>

RESUMO: **Introdução:** a enfermeira obstétrica é a profissional de ampla importância na vida das mulheres e dos recém-nascidos, com respaldo legal científico e político segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para atuar na assistência do pré-parto, parto e nascimento, prestando assistência integral e identificando agravos como as distocias obstétricas. A inserção da enfermeira obstetra na assistência decorre da necessidade de transformação do sistema de saúde fortemente intervencionista e centrado no médico para um modelo de cuidado multiprofissional com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado, reduzindo intervenções desnecessárias. **Objetivo:** analisar a atuação das enfermeiras obstetras na assistência ao pré-parto

e nascimento no Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, que foi realizado por meio de questionário semiestruturado através de uma ferramenta virtual denominada Google Docs. e divulgado através das mídias sociais. Este estudo seguiu os aspectos éticos dentro das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Científicas do Conselho Nacional de Saúde (466/2012). **Resultados e Discussão:** Observou-se que 64,1% das Enfermeiras obstetras atuam na coordenação. O planejamento do serviço de assistência é realizado por 85,9%. As boas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para assistência ao trabalho de parto são reconhecidas por 100% das enfermeiras. O partograma é preenchido por 40,6%. 25,0% realizam aplicação de anestesia local para episiotomia. Os métodos não farmacológicos são explicados as pacientes por 93,8% das enfermeiras obstetras. As enfermeiras que identificam as distócias obstétricas e tomam providências necessárias até a chegada do médico apresentaram significativamente menor tempo de atuação na unidade obstétrica e menor média de idade do que as que não identificam. **Conclusões:** conclui-se, que as enfermeiras obstetras ainda enfrentam dificuldades na assistência ao parto e nascimento no Rio Grande do Sul e que, portanto, sua atuação ainda necessita ser fortalecida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Tocologia; Autonomia Profissional.

PERFORMANCE OF THE MIDWIFES IN LABOR AND BIRTH CARE IN RIO GRANDE DO SUL

ABSTRACT: Introduction: the obstetric nurse is the professional of wide importance in the lives of women and newborns, with scientific and political legal support according to the Federal Council of Nursing (COFEN), to act in the care of pre-delivery, childbirth and birth, providing comprehensive care and identifying diseases such as obstetric dystocia. The insertion of the obstetric nurse in care stems from the need to transform the strongly interventionist and physician-centered health system into a multidisciplinary care model with the aim of improving the quality of care, reducing unnecessary interventions. **Objective:** to analyze the performance of obstetric nurses in pre-partum and birth care in Rio Grande do Sul. **Methodology:** this is a quantitative, exploratory and descriptive study, which was carried out through a semi-structured questionnaire through a virtual tool called Google Docs. and disseminated through social media. This study followed the ethical aspects within the Guidelines and Regulatory Standards of Scientific Research of the National Health Council (466/2012). **Results and Discussion:** It was observed that 64.1% of obstetric nurses work in coordination. The planning of the assistance service is carried out by 85.9%. The good practices recommended by the Ministry of Health for labor assistance are recognized by 100% of nurses. The partogram is completed by 40.6%. 25.0% perform application of local anesthesia for episiotomy. Non-pharmacological methods are explained to patients by 93.8% of obstetric nurses. The nurses who identify the obstetric dystocia and take the necessary measures until the arrival of the doctor had significantly shorter working time in the obstetric unit and lower average age than those who do not identify. **Conclusions:** it is concluded that obstetric nurses still face difficulties in childbirth and birth care in Rio Grande do Sul and that, therefore, their performance still needs to be strengthened.

KEYWORDS: Women's Health; Obstetric Nursing; Humanized birth; Tocology; Professional

1 | INTRODUÇÃO

A enfermeira obstetra é responsável por cuidar e atender as mulheres, a analisar e identificar situações que podem interferir na vida da mãe e da criança durante o parto e nascimento, com base em evidências científicas e na garantia de direitos. Reforçando, dessa forma, que o parto é um evento fisiológico que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Conforme a lei do exercício profissional, a enfermeira obstetra está apta a realizar parto normal sem distócia, mas quando ocorre algum tipo de emergência que necessite de intervenções cirúrgicas, o enfermeiro precisa acionar o médico para realizar este procedimento de emergência (COFEN, 1986; COFEN, 2015).

O modelo assistencial vigente no SUS ainda continua centrado no médico, mesmo diante de pesquisas que apontam a importância de uma assistência pautada em um modelo multiprofissional. Dentre as possíveis repercussões deste modelo, essencialmente médico, é o uso de intervenções desnecessárias e pouca participação das pacientes nos processos decisórios do tratamento. A preferência da mulher sobre a via de parto, por exemplo, é reduzida e sua vontade não é considerada, sendo muito comum a indicação da via de nascimento conforme o julgamento apenas da equipe médico assistencial. Cabendo destacar, até mesmo, a hipótese de a cesárea ter se tornado um bem de consumo.

Segundo dados fornecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) possui 294 inscrições ativas com especialidade em Obstetrícia (cursos comuns e residência) (COFEN, 2021). Com o objetivo de ampliar o número de enfermeiras obstétricas diplomadas, em 2013, o Ministério da Saúde se vinculou com a Universidade Federal de Minas Gerais para a formação de 900 enfermeiras obstétricas distribuídas em todo o país. Na primeira das três edições previstas para esta formação, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENFUFGRS integrou a lista de 18 instituições federais de ensino superior de diferentes estados da federação. Desta maneira, em 2016, a EENFUFGRS formou 12 profissionais oriundas de diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul de 1966 a 2019 a EENFUFGRS formou 146 enfermeiras obstétricas em 11 cursos, em meio a lutas por ampliação do espaço de atuação e melhoria da atenção à saúde da população (RIFFEL, 2020).

Consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado, em que os riscos ligados ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções, reduzindo um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (SENS, 2019). A opinião da gestante não é considerada, sendo muito comum a indicação da via de nascimento conforme o julgamento apenas da equipe médico assistencial. Cabendo destacar, até mesmo, a hipótese de a cesárea ter se tornado um bem de consumo.

Consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado, em que os riscos ligados ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções, reduzindo um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (SENS, 2019).

A inserção da enfermeira obstetra decorre da necessidade de transformação do sistema de saúde, com um modelo de cuidado multiprofissional, para melhorar a qualidade do cuidado e planejamento familiar, assim obter um melhor resultado na redução das intervenções desnecessárias no trabalho de parto de baixo risco (BRASIL, 2017).

A enfermeira promove modelo de assistência, centrado na mulher, garante a presença do acompanhante conforme previsto em lei, oferece práticas não farmacológicas para aliviar a dor, orienta melhor posição para o parto, preserva a integridade perineal no momento da expulsão do feto, auxilia no contato pele a pele mãe e recém-nascido. No pós-parto apoia a mãe no aleitamento, explica os cuidados necessários que devem ser tomados com o seu corpo e os cuidados com o recém-nascido, avalia as condições de saúde da mãe e do bebê (COFEN, 2017).

Esse estudo se justifica pela importância do conhecimento das práticas profissionais das enfermeiras obstétricas, em decorrência de seu possível impacto na vida reprodutiva das mulheres submetidas ao parto e nascimento. Além do mais, fundamenta-se na necessidade de melhorias da assistência obstétrica. Nesse sentido, surge o objetivo do estudo: o analisar a atuação das enfermeiras obstetras na assistência ao pré-parto, parto e puerpério no Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi realizado através do Google Docs., um conjunto de ferramentas disponibilizada pelo Google, com ele podemos editar textos, planilhas eletrônicas, confeccionar formulários online, editar apresentações de slides e editar desenhos. O envio da pesquisa ocorreu por meio da internet, com a utilização de aplicativos de comunicação para fins de divulgação.

A partir do número de 294 registros de enfermeiras obstétricas no COREN-RS procedeu-se a realização do cálculo amostral deste estudo. O referido cálculo foi realizado com auxílio do Software WinPepi, adotando-se os parâmetros de 90% de confiança e 10% de margem de erro e resultou em uma amostra de 62 enfermeiras obstetras. Participaram do estudo as enfermeiras obstétricas que trabalham em Centros obstétricos de hospitais do Rio Grande do Sul e excluídas as que estavam em cargos administrativos ou afastadas da assistência por mais de seis meses.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada a partir de um formulário elaborado com auxílio da ferramenta virtual Google Docs (Apêndice B). A partir deste

questionário, as enfermeiras foram questionadas sobre sua formação, tempo de atuação na área obstétrica, de que forma elas têm atuado e quais as atribuições dentro do centro obstétrico com relação ao trabalho de parto e nascimento. Foram coletadas informações referentes ao cotidiano assistencial profissional das enfermeiras.

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do programa estatístico chamado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Realizou-se as medidas de tendência central e variabilidade, além de frequências absolutas e relativas, o nível de significância adotado para o estudo foi de 5% e intervalo de confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

A comparação entre as medianas foi realizada pelo teste de Mann-Whitney e entre as médias pelo teste *t-student*. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos e legais, garantindo a confidencialidade dos dados e do participante, respeitando às Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Científicas do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 64 enfermeiras obstétricas, com média de idade de 35,5 anos ($\pm 6,4$). As medianas do tempo de formação foram de 9,5 anos (Percentis 25-75: 5-12), do tempo de atuação profissional foi de 7 anos (Percentis 25-75: 4-12) e do tempo de atuação na unidade obstétrica foi de 6 anos (Percentis 25-75: 2-9).

Nas unidades de Centro Obstétrico do Rio Grande do Sul, 55 (85,9%) das enfermeiras obstétricas realizam o planejamento dos serviços de assistência de enfermagem. Já a organização dos serviços de assistência de enfermagem na área obstétrica é realizada por 58 (90,60%) das enfermeiras obstétricas entrevistadas. Apenas 41 (64,1%) realizam a coordenação dos serviços de assistência de enfermagem e 49 (76,6%) avaliam os serviços de assistência. A participação das enfermeiras obstétricas em consultorias foi de apenas 20 (31,3%) e nas auditorias somente 6 (9,4%) participam. A emissão de pareceres sobre matérias de enfermagem obstétrica tem a participação de 15 (23,4%) das enfermeiras obstétricas.

Na tabela 1, 32 (50,0%) das enfermeiras realizam consulta de enfermagem obstétrica, 43 (67,2%) realizam prescrição de assistência de enfermagem, 58 (90,6%) realizam cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exija maior conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. 57 (89,1%) identificam as distócias obstétricas e tomam providências

necessárias, até a chegada do médico, 57 (89,1%) acompanham a evolução do trabalho de parto, e 50 (78,1%) prestam assistência à parturiente e ao parto normal sem distocia, conforme tabela 1.

Itens	n	%
Você realiza consulta de enfermagem obstétrica?	32	50,0
Você realiza prescrição de assistência de enfermagem obstétrica?	43	67,2
Você realiza cuidados de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exija maior conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas?	58	90,6
Você identifica as distócias obstétricas e toma providências necessárias, até a chegada do médico?	57	89,1
Você acompanha a evolução do trabalho de parto?	57	89,1
Você presta assistência à parturiente e ao parto normal sem distócia?	50	78,1

Tabela 1 – Dados sobre Consulta de Enfermagem

Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

Na tabela 2, apenas 2 (3,1%) das enfermeiras obstétricas emitem laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento com o código 35.080.01.9-parto normal sem distocia, já a avaliação clínica das pacientes é realizada por 57 (89,1%), apenas 32 (50,0%) conduzem parto com autonomia, em contrapartida 64 (100%) conhecem as boas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para assistência ao trabalho de parto e 61 (95,3%) utilizam/implementam essas boas práticas no seu cotidiano, conforme tabela 2.

Itens	n	%
Você emite laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o parto normal sem distocia?	2	3,1
Você faz a avaliação clínica das pacientes?	57	89,1
Você conduz o parto com autonomia?	32	50,0
Você conhece as boas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para assistência ao trabalho de parto?	64	100
Você utiliza/implementa essas boas práticas no seu cotidiano?	61	95,3

Tabela 2 – Dados sobre Laudos e Avaliações

Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

Os métodos não farmacológicos são bem utilizados pelas enfermeiras obstetras, 62 (96,9%) utilizam a bola suíça durante a assistência a parturiente, 40 (62,5%) utilizam o cavalinho, 61 (95,3%) utilizam o banho de aspersão, 61 (95,3%) utilizam a massagem, 43(67,2%) utilizam a aromaterapia e 53 (82,8%) utilizam a musicoterapia. A explicação sobre como funcionam os métodos não farmacológicos são realizados por 60 (93,8%) das

enfermeiras obstétricas. A importância da deambulação durante o processo parturitivo e a variedade de posições é realizada as parturientes por 62 (96,9%) das enfermeiras, 62 (96,9%) encorajam a mulher a movimentar-se no trabalho de parto e 39 (60,9%) das enfermeiras obstétricas entrevistadas realizou curso explicando como deve ser ofertado a deambulação a parturiente no trabalho de parto.

Das 64 enfermeiras obstetras entrevistadas, 44 (68,8%) já realizaram algum curso explicando como deve ser ofertado a variedade de posições a parturiente no trabalho de parto, 4 (6,3%) delas ainda entende que a mobilidade pode atrapalhar no trabalho de parto, o preenchimento do partograma ao prestar assistência é realizado por apenas 26 (40,6%), 41 (64,1%) realizam exame de toque no seu cotidiano, 46 (71,9%) prestam assistência ao parto durante todas as fases, 13 (20,3%) realizam episiorrafia, quando necessária, apenas 16 (25,0%) realizam aplicação de anestesia local, quando realiza a episiotomia, 25 (39,1%) realizam sutura de laceração quando necessário, contudo 64 (100%) das enfermeiras obstetras utilizam a técnica do contato pele-a-pele com a mãe e incentivam o aleitamento materno, conforme tabela 4.

Itens	n	%
Você já fez algum curso explicando como deve ser ofertado a variedade de posições a parturiente no trabalho de parto?	44	68,8
Você acha que a mobilidade pode atrapalhar no trabalho de parto?	4	6,3
Você preenche o partograma ao prestar assistência?	26	40,6
No seu cotidiano de trabalho você realiza exame de toque?	41	64,1
Você presta assistência ao parto durante todas as fases?	46	71,9
Você realiza episiorrafia, quando necessária?	13	20,3
Você realiza aplicação de anestesia local, quando realiza a episiotomia?	16	25,0
Você realiza sutura de laceração quando necessário?	25	39,1
Você utiliza a técnica do contato pele-a-pele com a mãe?	64	100
Você incentiva o aleitamento materno?	64	100

Tabela 3 – Dados sobre Processo Parturitivo

Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

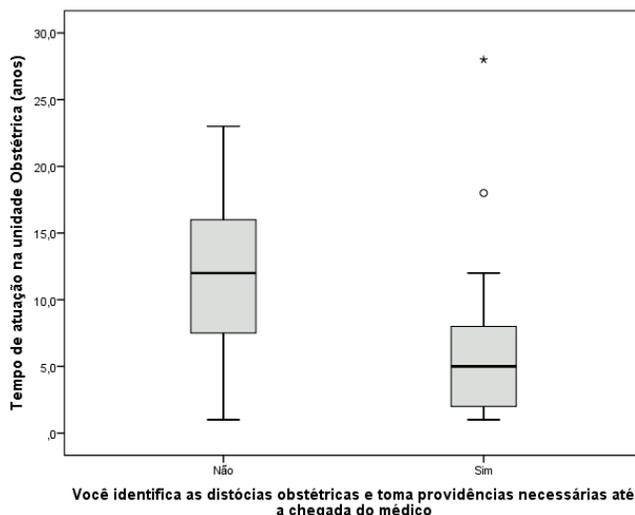
Quanto as condutas e procedimentos pós-parto, 64 (100%) monitoram a perda sanguínea para evitar hemorragias nas puérperas, 59 (92,2%) consideram importante manter a puérpera aquecida para evitar uma hipotensão, 63 (98,4%) avalia o tônus uterino no pós-parto e 62 (96,9%) avaliam o tônus uterino na recuperação, 63 (98,4%) avaliam coloração, integridade da pele e mucosas, respiração e choro do RN, 55 (85,9%) avaliam expressão láctea, 63 (98,4%) avaliam tipo de mamilos e pega do RN, 64 (100%) auxiliam a mãe a amamentar o RN e 61(95,3%) orientam a puérpera sobre cuidados com o RN em casa, conforme tabela 4.

Itens	n	%
Você monitora a perda sanguínea para evitar hemorragias na puérpera?	64	100
Você considera importante manter a puérpera aquecida para evitar uma hipotensão?	59	92,2
Você avalia o tônus uterino no pós-parto?	63	98,4
Você avalia o tônus uterino na recuperação?	62	96,9
Você avalia coloração, integridade da pele e mucosas do RN?	63	98,4
Você avalia respiração e choro do RN?	63	98,4
Você avalia expressão láctea?	55	85,9
Você avalia tipo de mamilos?	63	98,4
Você avalia a pega do RN?	63	98,4
Você auxilia a mãe a amamentar o RN?	64	100
Você orienta a puérpera sobre cuidados com o RN em casa?	61	95,3

Tabela 4 – Dados sobre Conduitas e Procedimentos pós-parto

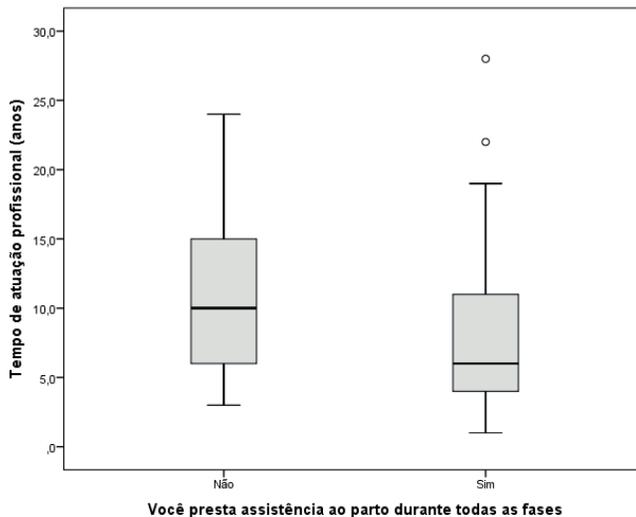
Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

As enfermeiras que identificam as distócias obstétricas e tomam providências necessárias até a chegada do médico apresentaram significativamente menor tempo de atuação na unidade obstétrica ($p=0,028$) (Figura 1).



Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

As enfermeiras que prestam assistência ao parto durante todas as fases apresentaram significativamente menor tempo de atuação profissional, quando comparadas às que não prestam assistência ($p=0,026$), conforme apresenta a Figura 2.



Fonte: (ÁRTICO, F, 2021)

DISCUSSÃO

O respaldo legal que garantem a atuação das enfermeiras obstétricas no Brasil é baseado nas várias legislações, desde a Constituição Federal de 1988, a Lei do exercício profissional de 1986, as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e as Resoluções e Portarias do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2020). No presente estudo 78,1% prestam assistência à parturiente e ao parto normal sem distocia. Ademais, as enfermeiras que aplicam anestesia local quando realizam a episiotomia e as enfermeiras que realizam sutura de laceração quando necessário apresentaram significativamente menor média de idade.

São evidentes os benefícios dos métodos não farmacológicos uma vez que, além do alívio da dor, estes métodos promovem relaxamento, reduzem a ansiedade, aumentam os vínculos entre a gestante e seu/sua acompanhante e reduzem o risco de exposição desnecessária aos fármacos (DIAS, 2018). Todos os métodos não farmacológicos são bem utilizados pelas enfermeiras obstetras, quase todas utilizam a bola suíça, o banho de aspersão e a musicoterapia durante a assistência a parturiente, mais da metade utilizam o cavalinho, a massagem e a aromaterapia. A explicação sobre como funcionam os métodos não farmacológicos são realizados por 93,8% das enfermeiras obstétricas.

A importância da deambulação durante o processo parturitivo e a variedade de posições é realizada as parturientes por quase a totalidade das enfermeiras, 96,9% encorajam a mulher a movimentar-se no trabalho de parto e 60,9% das enfermeiras obstétricas entrevistadas realizou curso explicando como deve ser ofertado a deambulação

a parturiente no trabalho de parto. A deambulação é um meio simples, no entanto, efetivo no processo de parturição. Dentre seus principais benefícios estão; diminuição da dor; redução do tempo de parto; redução de intervenções médicas; redução do tempo da dilatação do colo e humanização do parto (SILVA, 2017).

A organização mundial de saúde recomenda o uso do partograma durante o trabalho de parto com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal (BRASIL, 2017). O preenchimento do partograma ao prestar assistência é realizado por menos da metade das enfermeiras obstétricas, cabendo ressaltar que a sua aplicação eficaz minimiza intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, favorecendo uma melhor assistência a parturiente. No presente estudo, 71,9% das enfermeiras obstetras prestam assistência ao parto durante todas as fases do trabalho de parto.

Das entrevistadas 64,1% realizam exame de toque no seu cotidiano, uma prevalência considerada baixa se for levado em consideração a importância do exame no monitoramento do trabalho de parto, uma vez que o exame é realizado para estimar a progressão do processo de parto e nascimento, avaliando as alterações da cérvix confirmando o estado das membranas amnióticas, identificando a posição e possível descida do feto (AMORIM, 2018).

Conforme Resolução COFEN N° 0477/2015, o enfermeiro obstetra e a obstetrix podem realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local. No presente estudo, 20,3% realizam episiorrafia e 39,1% realizam sutura de laceração quando necessário, demonstrando estarem de acordo com as suas atribuições segundo o COFEN.

Todas as enfermeiras obstetras utilizam a técnica do contato pele-a-pele com a mãe e incentivam o aleitamento materno, fato este, que indica que estão alinhadas as recomendações sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS, 2010).

O Ministério da Saúde orienta sobre os cuidados imediatos após o parto, todas as enfermeiras monitoram a perda sanguínea para evitar hemorragias nas puérperas, perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz e causar instabilidade hemodinâmica. Neste estudo, a grande maioria das enfermeiras consideram importante manter a puérpera aquecida para evitar uma hipotensão. De acordo com a literatura, é recomendada a verificação do tônus uterino a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas em todas as puérperas, iniciando imediatamente após a saída da placenta, independentemente, do local onde a puérpera esteja, a grande maioria das enfermeiras avaliam o tônus uterino no pós-parto e o tônus uterino na recuperação (BRASIL, 2018).

Conforme protocolo multiprofissional da UFTM, o exame físico obstétrico minucioso

da paciente engloba o aspecto geral do RN a fim de determinar as condições clínicas (STACCIARINI, 2021). No presente estudo, quase a totalidade das enfermeiras avaliam coloração, integridade da pele e mucosas, respiração e choro do RN, avaliam tipo de mamilos e pega do RN, avaliam expressão láctea. Todas relataram auxiliar a mãe a amamentar o RN e quase todas orientam a puérpera sobre cuidados com o RN em casa.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou compreender a vivência da enfermeira obstétrica em todos os cenários, admissão, pré-parto, parto e pós-parto imediato. Demonstrou a importância que o trabalho da enfermeira obstetra tem na vida do binômio mãe-bebê, que perpassa por diferentes nuances, prestando assistência antes, durante e após o trabalho de parto e parto.

Evidenciou que a enfermeira obstetra é a profissional capaz de acompanhar a mulher com escuta qualificada, atendimento humanizado e sem intervenções desnecessárias ao parto, conforme recomendação da OMS, focando a sua atenção nas reais necessidades da mãe e do bebê. Ainda assim, observa-se pouca autonomia da enfermeira obstétrica para desempenhar suas atividades, elas encontram obstáculos para o desenvolvimento de sua prática assistencial, tanto pela equipe multiprofissional em que estão inseridas quanto pelas organizações em que atuam, pela confiança e embasamento no saber teórico e prático.

Destacamos como ponto forte do estudo o ineditismo ao avaliar a atuação das enfermeiras obstetras no Rio Grande do Sul e como limitações a dificuldade de contato com algumas enfermeiras do interior do estado. Por fim, conclui-se que as enfermeiras obstetras ainda enfrentam dificuldades na assistência ao parto e nascimento no Rio Grande do Sul e que, portanto, sua atuação ainda necessita ser fortalecida. Acredita-se que conseguimos colaborar para enaltecer a importância desta profissão para a saúde das mulheres e dos bebês, assim como, dar visibilidade as repercussões da importância deste profissional. Espera-se a partir do presente estudo contribuir para modificação deste cenário e, por conseguinte, com a melhoria da assistência materno infantil.

REFERÊNCIAS

AMORIM, R. P. de. *et al.* Manual de habilidades profissionais. 2018. **Atenção à saúde da mulher e da gestante**. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-GINECOLOGIA-E-OBSTETR%C3%8DCIA.pdf>. Acesso em: 17. nov. 2021.

BACHINI, N. *et al.* Os métodos quantitativos, por cientistas sociais brasileiros: entrevistas com **Nelson do Valle Silva e Jerônimo Muniz**. Sociedade e Estado 2018, v. 33, n. 1, pp. 251-279. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301010>. Acesso em: 31 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°2.436. 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17. nov. 2021.

COFEN. **Enfermagem em Números**. 2021. Vera Almeida. Gabinete da Presidência do COREN-RS. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2021.

COFEN. **Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

COFEN. Ministério da Saúde pública **diretrizes para parto normal no Brasil**. 2017. Coren. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/ministerio-da-saude-publica-diretrizes-para-parto-normal-no-brasil_10523.html. Acesso em: 13 abr. 2021.

DIAS, E. G. *et al*. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enfermagem em foco**, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MATOS, T. A. *et al*. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010, v. 63, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>. Acesso em: 30 mai. 2021.

RIFFEL, M. J. *et al*. Enfermagem obstétrica: trajetória e constituição em sete décadas da Escola de Enfermagem da UFRGS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200701&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2021.

SENS, M. M. *et al*. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface comunicação, saúde, educação**. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 mai. 2021.

SILVA, A. M. *et al*. Os Benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. **Rev Científica de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/227>. Acesso em: 17 nov. 2021.

STACCIARINI, T. S. G. *et al*. Protocolo Multiprofissional. Recepção e atendimento ao recém-nascido com boa vitalidade. **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, Hospital de Clínicas. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolos-assistenciais/Primeiros_cuidados_no_RNfinal.pdf. Acesso em 17. nov. 2021.

CAPÍTULO 2

A VIVÊNCIA DE MULHERES QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO

Data de submissão: 21/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Pâmella Thaís de Paiva Nunes

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/8867632925389521>

Leila Batista Ribeiro

Enfermeira, Professora, Centro
Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Natalia Coelho da Silva

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0734371573403438>

Yanne Gonçalves Bruno Silveira

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6390904886657704>

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

Fernanda Gabriele Fernandes Martins

Enfermeira, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6439353983841840>

Ludmila Bezerra Dourado

Enfermeira, Hospital Regional Dr Mario
Dourado Sobrinho
Irece-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4576571638836041>

Norene Heloisa de Sousa Castro

Enfermeira, Ânima Centro Hospitalar
Anápolis-GO
<https://lattes.cnpq.br/0014244546152745>

Rayssa Pires da Silva

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0677780957293194>

Tarcísio Souza Faria

Enfermeiro, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

Amanda Vasconcelos Florêncio

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0057257123328872>

Sarah Peres Aredes de Moraes

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/9841960307602678>

RESUMO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e método fenomenológico intitulado: A vivência de mulheres que sofreram aborto espontâneo. O objetivo do mesmo é desvelar as dificuldades e sentimentos vivenciados por mulheres após o aborto espontâneo em uma Maternidade na cidade de Anápolis – Go. O aborto é a perda espontânea de uma gestação pré-viável, refere-se a um feto com peso < 500 g ou em idade gestacional (IG) < 20 semanas. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista gravada em MP3, onde se utilizou questionários de perguntas norteadoras. Foram resguardados o sigilo, a confiabilidade e fidedignidade dos dados coletados. A análise deu-se inicialmente pela transcrição dos dados seguindo-se da categorização dos resultados. Os mesmos estão apresentados da seguinte forma: 1. Dificuldades relacionadas à perda do filho; 2. Sentimentos diversos provocados após a perda do filho. O Caminhar metodológico permitiu descrever a essência do fenômeno desvelado pelas mulheres após vivenciar o aborto espontâneo. Após a conclusão das entrevistas, os relatos foram analisados e revelaram-se os sentimentos de dificuldades, tristeza, dor, medo, sofrimento, desespero e culpa. Notou-se que a assistência prestada por parte dos profissionais, em especial pela enfermagem, resumiu-se apenas às atividades técnicas, não visou um atendimento individualizado e humanizado. Espera-se que este estudo venha contribuir e estimular pesquisas para a implantação de serviços especializados com integralidade de ações, que vise ampliar, implementar e qualificar os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sentimentos; Aborto espontâneo; puerpério.

THE EXPERIENCE OF WOMEN WHO SUFFERED SPONTANEOUS ABORTION

ABSTRACT: This is a study with a qualitative approach and phenomenological method entitled: The experience of women who have suffered a miscarriage. Its purpose is to reveal the difficulties and feelings experienced by women after miscarriage in a maternity hospital in the city of Anápolis - Go. Miscarriage is the spontaneous loss of a pre-viable pregnancy, refers to a fetus weighing < 500 g or gestational age (GA) < 20 weeks. Data collection took place through an interview recorded in MP3, where questionnaires with guiding questions were used. Secrecy, reliability and trustworthiness of the collected data were safeguarded. The analysis initially took place by transcribing the data, followed by the categorization of the results. They are presented as follows: 1. Difficulties related to the loss of the child; 2. Different feelings provoked after the loss of the child. The methodological path allowed describing the essence of the phenomenon unveiled by women after experiencing a miscarriage. After completing the interviews, the reports were analyzed and feelings of difficulties, sadness, pain, fear, suffering, despair and guilt were revealed. It was noted that the assistance provided by professionals, especially by nursing, was limited to technical activities only, not aimed at individualized and humanized care. It is hoped that this study will contribute and stimulate research for the implementation of specialized services with comprehensive actions, aimed at expanding, implementing and qualifying health services.

KEYWORDS: Experience; Spontaneous abortion; feelings

1 | INTRODUÇÃO

O aborto é a negação da vida, ou seja, uma antecipação da morte. O abortamento

espontâneo é uma intercorrência comum na gestação, embora sua importância seja minimizada culturalmente. Os dados sugerem a existência de um processo de luto de difícil elaboração, acompanhado por reações depressivas e uma busca incessante de novas gestações. Esse processo traz reflexões tristes e complexas sobre o luto, podendo intercorrer em tristeza profunda e depressão. (SANTOS et al, 2021)

O abortamento é a expulsão do feto pesando menos de 500 g ou com menos 20 semanas de gestação. (BRASIL, 2011) Aborto espontâneo ocorre como uma interrupção natural da gravidez antes das 20 semanas. Normalmente, cerca de 10 a 25% de todas as gestações são interrompidas de forma espontânea nos três primeiros meses de gravidez. Segundo Menezes et al (2020) a interrupção gestacional pode ser espontânea (natural) ou voluntária (quando a gestante decide pela interrupção da gestação), porém a sociedade faz bastantes julgamentos acerca da última citada, fato que faz com que as gestantes tendam a omitir essa informação e agir como se fosse um aborto espontâneo, por medo de não receber assistência médica adequada.

A maternidade tem sido na sociedade, a característica primordial do conceito de mulher. Ser mãe é a realização plena do feminino. Como é tradicional da própria mulher esse modelo na nossa cultura, que uma mulher que não consegue, ou que abdica da maternidade é vista como pessoa incompleta, digna de compaixão, ou desnaturada por agir contra seus instintos.

A mulher que tem a gravidez interrompida espontaneamente busca justificativa e, muitas vezes, se responsabiliza pelo ocorrido. A dificuldade de lidar com a perda, por vezes, é tão intensa que, em muitos momentos, a dor e a tristeza são negadas e o luto acaba não podendo ser elaborado. (NONNENMACHER, 2019). Nesta perspectiva, questiona-se: Que sentimentos são vivenciados por mulheres que sofreram aborto espontâneo?

O referido estudo tornou-se relevante, pois o tema escolhido agregou conhecimentos e experiências ao enfermeiro em campo, contribuindo para uma assistência de enfermagem humanizada que prestará suporte emocional a pacientes que sofreram aborto espontâneo, minimizando os riscos subsequentes e a promover o bem estar de uma mulher que sofreu o aborto espontâneo.

2 | OBJETIVO

Desvelar as dificuldades e sentimentos vivenciados por mulheres após o aborto espontâneo em uma Maternidade na cidade de Anápolis – Go.

3 | REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia

Aproximadamente 80% das trissomias 21 terminam em abortamento. Qualquer doença materna grave, traumatismo ou intoxicação, além de inúmeras infecções, pode levar ao abortamento. O maior risco de abortamento ocorre em mulheres ≥ 35 anos, mas esse risco se eleva consideravelmente se a mulher tiver ≥ 45 e o homem ≥ 40 anos. Em média 70 % das concepções não atingem a viabilidade. Entretanto, 50 % ocorrem antes da falha menstrual (aborto subclínico) e 10 a 15% das diagnosticadas terminam no 1º trimestre (aborto clínico). (MACHADO, 2014)

A interrupção da gravidez é um problema mais comum do que se possa imaginar. Especialistas como (ginecologistas e obstetras) estimam que o aborto espontâneo atinja cerca de 15% a 20% das gestações até a 22ª semanas de gestação (ROBERTO, 2013). Os números de internação pós-aborto são elevados, causando um problema de saúde pública no Brasil. No país, são 250 mil internações por ano para o tratamento de complicações pós-abortamento, internações que geram um custo de 30 milhões de reais. (RIBEIRO; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2017)

3.2 Fatores de risco

Idade avançada, múltiplos abortamentos provocados, abortamento espontâneo prévio, nova gestação 3 a 6 meses após o parto, uso de drogas lícitas ou ilícitas, cafeína em excesso, procedimentos que envolvam a administração de gás anestésico, medicações como, por exemplo, uso de misoprostol. (ARAUJO *et al*, 2014). Uma revisão com 44 artigos que levantaram os possíveis prognósticos que podem levar ao abortamento, trouxe que esses dados foram em sua maioria abordados entre os anos de 2008 a 2011 e em seguida de 2012 a 2015, e com um pouco menos entre os anos de 2016 a 2018, demonstrando que ao longo do tempo essa preocupação vem ficando de lado. Pode-se perceber que 25 artigos (56,8%) versaram sobre fatores de risco não genéticos(sociodemográficos que envolve idade materna > 35 anos , menor escolaridade, multiparidade, menarca precoce, e menor renda familiar, e estado de saúde (hipertensão, cardiopatias, sobrepeso e obesidade), citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose, vaginose bacteriana) e 19 (43,2%) sobre fatores de risco genéticos (polimorfismos gênicos, fatores de crescimento endotelial vascular, citocinas, alte-rações cromossômicas, doenças cardíacas congênitas e receptores para vitamina D. (OLIVEIRA MTS *et al*, 2020)

3.3 Tratamento

De acordo com Zugaib (2015) o tratamento vai depende do tipo de abortamento, na ameaça de aborto por exemplo, recomenda se repouso, não há necessidade de internação, fazer uso de espasmódicos para cólica e abstinência sexual. Em aborto inevitável/incompleto,

utiliza misoprostol via vaginal, até a eliminação do produto conceptual, ou cerclagem ou Aspiração Manual Uterina. No abortamento Infectado, o tratamento é clínico e cirúrgico, deve tratar hipovolemia, infecção através de antibioticoterapia de amplo espectro, como ampicilina, gentamicina, metronidazol, ou clíndamicina administradas por via parenteral.

Em abortamento habitual, realizar-se avaliação cromossômica do produto conceptual e a pesquisa de condições associadas ao diagnóstico, com o intuito de mudar o prognóstico das gestações futuras. Na última década alguns países e também o Brasil, têm se adotado a aspiração a vácuo, elétrica ou manual, como alternativa à curetagem para o esvaziamento uterino em casos de abortamento no primeiro trimestre da gestação. Em ambas as situações, este procedimento comprovou ser seguro e eficaz, com a primazia de utilizar instrumental de fácil manuseio e apresentar técnica simplificada. (ZUGAIB, 2015)

O autor cita ainda que os diversos serviços que têm utilizado a aspiração manual a vácuo (AMV), têm como vantagens a satisfação e aceitabilidade do método pelas pacientes e profissionais, o uso de analgésicos ou anestésicos locais em substituição aos anestésicos gerais, que reduz a permanência hospitalar ligada à maior agilidade no atendimento e precocidade da alta e conseqüentemente a redução da morbimortalidade materna e dos custos hospitalares, tornando o emprego da técnica viável em unidades de saúde de menor complexidade.

3.4 Aspectos biopsicosociais do aborto

A “Síndrome pós-aborto” denominada pelas siglas inglesas “PAS” (“Post-Abortion-Syndrom”) é bem conhecida entre os profissionais da saúde mental, bem como entre os obstetras e sacerdotes. Designa o quadro patológico que compreende um complexo de sintomas fisiológicos, psicológicos e espirituais, desencadeados depois da realização de um aborto procurado (voluntário). Esse processo emocional afeta não somente as mulheres que tiveram aborto espontâneo, mas também as que decidiram interromper a gestação. (SANTOS et al. 2021)

Em estudo transversal de LIMA *et al*, (2020), aonde avaliou-se a assistência hospitalar em frente ao aborto, pode-se concluir que quanto maior o desamparo da saúde em relação a essas mulheres, maior será o sofrimento psicológico em meio a situação. O referido estudo também enumerou a sintomatologia depressiva em mulheres com abortamento, como sendo os principais sintomas: insônia, fadiga, anorexia ou fome intensa, menor interesse nas atividades diárias, humor deprimido, sentimento de inutilidade, culpa, diminuição da concentração, agitação ou relato psicomotor, recorrentes pensamentos de morte e ou diagnóstico de depressão maior.

Constata-se muitas vezes que o apoio emocional do parceiro é um fator preditor positivo quanto ao ao efeito do luto perinatal, pois se trata de um momento delicado e de extrema tristeza. Diante disso, o a relação conjugal faz com que a mulher se m seguras e amparadas, fato que se dá também com um bom suporte social, nomeadamente conjugal.

(MARTINS et al, 2022)

O efeito de moderação do tipo de abortamento ao nível da sintomatologia traumática no primeiro mês pós-abortamento foi constatado, tendo-se apurado que as pessoas que experienciaram uma situação de abortamento eletivo e manifestavam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal demonstravam menores índices de sintomatologia traumática.

Partindo da constatação que a maioria dos estudos quantitativos considera o abortamento espontâneo preditor de tristeza, ansiedade e depressão.

Através dos estudos é possível dizer que o processo de abortamento é doloroso e complexo, onde envolve conflitos físicos e psicológicos, gerando incertezas sobre o futuro, podendo causar medo de uma nova tentativa de gestação. (SANTOS et al. 2021)

O aborto por si só interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, independentemente do desejo pela gestação e pelo filho, faz com que a mulher se depare com a possibilidade da maternidade, despertando diferentes sentimentos e fantasias. A crença de que a mulher que não gera filhos saudáveis foge ao padrão cultural imposto, uma vez que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, já que, biologicamente, a mulher possui uma “função” maternal que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho.

É essencial que essas mulheres recebam apoio emocional, principalmente dos profissionais de saúde, mesmo diante de seus próprios limites, fato que não pode influenciar nos cuidados a serem prestados. O aborto está associado a altas taxas de ambas as reações emocionais e os transtornos psiquiátricos podem estar presentes após o abortamento juntamente com outros indicadores que elevam os riscos. (SANTOS et al. 2021)

É necessário enxergar os questionamentos em relação ao aborto, para que os profissionais de saúde e outros envolvidos na rede de atenção à saúde da mulher possam desenvolver políticas e estratégias em frente a essa temática, diminuindo as fragilidades encontradas para que possam ser úteis nesse processo tão doloroso. (LIMA et al. 2020)

4 | METODOLOGIA

Este estudo utilizou-se da abordagem qualitativa e método fenomenológico seguindo os pressupostos de Merleau-Ponty (1973).

4.1 Coleta de dados

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), bem como a aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pela participante da pesquisa.

A presente pesquisa foi conduzida obedecendo às recomendações da Resolução CNS nº 510/16, a respeito dos critérios de pesquisa com seres humanos, da confiabilidade,

confidencialidade, fidedignidade e sigilo em relação aos sujeitos da pesquisa, bem como a veracidade e a validade dos dados coletados.

Os dados coletados foram transcritos seguindo a fidedignidade dos relatos, a confidencialidade e o sigilo necessários à pesquisa; bem como a garantia do anonimato das informantes.

Às informantes foi garantido suporte psicológico caso ocorresse a necessidade do mesmo, desde que esta necessidade tenha sido desencadeada pela pesquisa. O atendimento foi por equipe especializada do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) do Centro Universitário do Planalto - UNIPLAN.

E por fim, às participantes do estudo tiveram liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo moral ou financeiro.

A Maternidade se localiza em Anápolis-GO, foi inaugurada na década de 1960, presta atendimento às mulheres de menor poder aquisitivo na cidade e entorno. É conveniada ao Sistema Único de Saúde SUS, realiza por mês uma média de 160 partos.

As participantes da pesquisa foram mulheres que sofreram aborto espontâneo, ocorrido até a 22ª semana de gestação, e se encontravam hospitalizadas na referida Maternidade, foram abordadas e convidadas a participar da pesquisa, onde as mesmas receberam todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhes foram assegurados o anonimato de seus nomes, sendo que a mesmas foram mantidas no mais rigoroso sigilo; bem como a omissão total de quaisquer informações que permitisse identificá-las. As mesmas não receberam nenhum ônus para participar da pesquisa. Foi realizada a explicação detalhada do estudo, onde apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a assinatura dos mesmos. Foi realizado um agendamento prévio, levando em consideração os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- Mulheres acima de 18 anos de idade, independente de cor, raça, religião, opção sexual, estado civil, fator sócio econômico e cultural;
- Mulheres após concordarem com a pesquisa e assinar o (TCLE);
- Mulheres que estejam em pleno gozo de sua saúde física e psicoemocional;
- Mulheres que passaram por aborto espontâneo em até a 22ª semana de gestação;
- Mulheres até três meses após ter passado pelo aborto espontâneo;
- Mulheres independentes de ser primigesta ou multípara.

Critérios de exclusão:

- Mulheres com período maior que 3 meses do aborto
- Mulheres em estado de saúde física e mentalmente comprometida;

- Mulheres que passaram por abortamento espontâneo com período maior que 22ª semana de gestação;
- Mulheres que o aborto tenha sido provocado.

Sendo assim este estudo contou com o número de 9 mulheres participantes que foram convidadas a participar da pesquisa, mulheres hospitalizadas na Maternidade, que vivenciaram o aborto espontâneo, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, A abordagem das participantes ocorreu em dois momentos, primeiro na maternidade e depois em um local preestabelecido pelas mesmas. A entrevista se deu por meio de perguntas norteadoras gravada em celular em formato MP3, com duração de 1 hora aproximadamente, que foi realizada em data, horário e local conforme sua disponibilidade.

Antes da assinatura do TCLE, o mesmo foi lido e explicado detalhadamente às participantes do estudo, para que posteriormente pudessem assiná-lo.

4.2 Análise de dados

Consistiu em três momentos, que não deveram ser vistos como passos ou seqüências, e sim como momentos: a descrição, a redução e a compreensão, esta ultima necessariamente aponta para uma interpretação. (MERLEAU-PONTY, 1973)

O método de análise foi desenvolvido em três momentos: a descrição; redução e compreensão.

Após a análise individual de cada descrição o pesquisador busca as convergências ou os invariantes, o aspecto comum que permaneceu em todas as descrições. É uma análise chamada de idiográfica e consiste em transformação das proposições do sujeito. (MERLEAU-PONTY, 1973)

5 | RESULTADOS E DISCUSÃO

Os resultados encontrados foram originados das entrevistas realizadas com 09 participantes, com idade entre 19 a 39 anos e com período pós-aborto variando entre os dias 10/08 a 20/10/2022.

Os resultados e discursões para fundamentação científica da pesquisa se deu a partir de achados relevantes, após transcrição na íntegra, leitura exaustiva das entrevistas e análise do contexto em que se propôs o estudo, foi possível identificar e agrupar 2 categorias e 4 subcategorias, conforme a seguir:

1. Dificuldades relacionadas à perda do filho.
2. Sentimentos diversos.
 - 1.1. Tristeza;
 - 2.2. Dor;
 - 2.3. Medo;

2.4. Sofrimento, desespero e culpa.

5.1 Dificuldades relacionadas à perda do filho

As participantes deste estudo relataram as dificuldades enfrentadas diante da perda de seus filhos. Os sonhos e expectativas não alcançados são presentes nas descrições das mesmas:

[...] a gente fica triste, né? Fica um pouco triste, porque ontem mesmo eu ali na sala do pré-parto, vendo ali as meninas, tinha ali duas companheiras, com os seus bebês, né? Todas ali estavam assim empolgadas, né? [...] (E1)

Pra mim está sendo muito difícil, porque é um desejo que eu tinha muito grande de ter um filho.(E5)

É muito ruim sabe, não é fácil não, ainda venho de uma cidade longe, sozinha, você não conhece ninguém [...](E8)

[...] é difícil, a gente fica com tanta expectativa, pra na hora a gente vai fazer o ultrassom para escutar o coração, cadê o coração, né? Já ta em óbito já o feto, é difícil [...] você querer uma coisa assim tanto, tanto, e parece que tira assim, igual um sopro de você. (E9)

Fatores que influenciam a decisão de ter um filho não dispensam a programação e o desejo de uma gestação. Desejar e planejar um filho são aspectos importantes que permeiam os sentimentos de aceitação em tornar-se mãe.

Vale ressaltar que após um processo doloroso de aborto, as mulheres se sentem fracassadas, pois acabam se comparando com outras gestantes que estavam grávidas no mesmo período que elas e conseguiram ter seus filhos nas mãos. Esse sentimento gere uma crise na identidade dessas mulheres, pois é marcado por uma ruptura/crise na vida delas. (LIMA e FORTIM, 2015). Algumas mulheres ficam tristes e preocupadas, devido ao profundo sentimento de perda do filho, com a expressão de um desejo de tentar uma nova gravidez de forma imediata. A interrupção da gravidez é vista pelas mulheres como um momento difícil, no qual se sentem fragilizadas, frustradas e tristes. (BITELBRON *et al*, 2015)

5.2 Sentimentos diversos

Nesta categoria as participantes revelaram sentimentos de tristeza, dor e medo relacionados a perda dos seus filhos, conforme a seguir:

5.2.1 Tristeza

Nesta subcategoria as entrevistadas descreveram a vivência do pós-aborto como um momento de muita tristeza, lágrimas e sonhos desfeitos, conforme mencionados a seguir:

É um... pouco triste, né? Que no começo eu não estava querendo ter mais um segundo filho, estava pensando mais no estudo, né? [...] (E4)

[...] eu não tenho mais nem lágrimas pra chorar, uma tristeza enorme dentro de mim [...] Assim que fiz o exame e o bebê estava morto, eu voltei pra casa chorando muito, muito mesmo, ao ponto de tentar tirar minha vida [...] (E5)

[...] mais que a gente não passa por outro aborto, por outra tristeza, que é muito ruim, nossa eu chorei, eu acho que eu não tenho nem forças mais pra chorar, já chorei demais [...] (E9)

De acordo com Lima e Fortim (2015), a gestante passa por um evento traumático, é possível compreender o uso da escrita como tentativa contínua de elaboração da experiência vivida, tentar por si só compreender e organizar a experiência de um modo que seja possível e um modo de dar visibilidade a algo invisível. Essa interação entre mãe e bebê contribui para o desenvolvimento do comportamento de apego na mãe. Portanto, sentimentos de tristeza, angústia se fazem presença, podendo trazer um intenso sofrimento a mãe diante de um aborto.

Segundo Lima e Fortim, (2015) a experiência de morte do feto traz à tona sentimentos acerca do luto, como incompreensão, dor e revolta, pois deveria ser um momento de muitas felicidades e na realidade se torna um processo lento, doloroso, negação e falta de esperança.

5.2.2 Dor

As mulheres entrevistadas relataram sobre o momento da perda, como inesperado para elas, como uma vivência de muito sofrimento, de dor inexplicável, de incapacidade para seguir com a gestação. Como exemplo, considerem-se os relatos:

O pós aborto é o mais difícil, né? Por que você entra na maternidade com a esperança que vai sair com um filho, e não, sai com... praticamente com um caixão, é uma dor inexplicável [...] (E3)

Ah... muito difícil, muito doloroso, muito complicado, é uma sensação muito ruim, é uma sensação de perda, é muito difícil, ainda mais quando você está lá fazendo a ultrassom que o médico fala pra você que seu filho está em óbito, né? Então é muito difícil, é uma dor muito terrível inexplicável. (E7)

Ah...muito difícil, muito doloroso, muito complicado, é uma sensação muito ruim, é uma sensação de perda, é muito difícil, ainda mais quando você tá lá fazendo a ultrassom que o médico fala pra você que seu filho tá em óbito né? Então é muito difícil, é uma dor muito terrível inexplicável. (E7)

Conforme LIMA e FORTIM,(2015) traz que a experiência do aborto é como se fosse uma perda de si mesma, um amor idealizado, pois a única coisa que elas têm é o que viveram em si mesmas, durante a gravidez, a lembrança da própria memória, fato que as pessoas conhecem apenas pelo relato delas, fato que se torna muito mais doloroso do que a perda de um filho, que pôde conhecer e conviver, pois tem-se lembranças reais a quais podem se apegar e não retirar da memória. Entretanto, é importante que se discuta constantemente sobre o tema aborto, ressaltando a importância da atuação da equipe

de enfermagem junto a essas pacientes, como facilitadores da elaboração do luto, nesse momento crítico de suas vidas.

Os autores citam ainda que, a existência destas reações independe da idade em que ocorreu a perda gestacional, da quantidade de filhos existentes, embora entre mulheres que sofreram os dois tipos de aborto (precoce e tardia), haja referência a sentimentos mais intensos associados às perdas tardias, porém sabe-se da subjetividade da dor de cada paciente.

Os relatos nesta subcategoria são referentes aos sentimentos de dores entre as entrevistadas, são sentimentos que variam de pessoa para pessoa, observa-se que quanto mais tempo à mãe passa em contato com o conceito, maior o vínculo, fazendo com que o luto seja mais difícil de ser elaborado.

5.2.3 Medo

O fenômeno aqui desvelado apresenta um sentimento relacionado ao que virá; medo das novas gestações, de recomeçar e de enfrentar o que está por vir, conforme a seguir:

Primeiro eu estou com muito medo, medo de acontecer novamente, porque essa noite passada eu nem dormi, passava altas coisas na minha cabeça, tipo, qual nome eu iria dar? (E5)

[...] Nossa... tem hora que eu fico pensando, será que vai valer a pena, agora eu tentar de novo e acontecer de novo e eu sofrer de novo? Porque eu tenho esse medo, de acontecer de novo [...] (E5)

Em Geral as mulheres que passam por um momento tão difícil como esse precisam de alguma forma externar seus sentimentos para desafogar suas mágoas e trocar experiências com outras mulheres, como por exemplo a escrita, por meio de blogs. (LIMA e FORTIM, 2015)

Cabe ressaltar que para as entrevistadas o desejo de tentar uma nova gravidez era grande, porém, o medo de passarem pela situação de abortamento era recorrente, tanto para elas como para seus maridos, nota-se que mesmo diante do apoio as entrevistadas se sentem fragilizadas e desmotivadas para encarar uma nova gestação. (BITELBRON *et al*, 2015)

Nessa subcategoria ressalta-se a insegurança das entrevistadas no que se refere ao medo de tentar uma nova gravidez e acontecer um aborto consecutivo, medo de passar por uma situação de transtorno, observa-se que isso traz muito desconforto, frustração e desânimo à essas mulheres, ao ponto de pensar em abrir mão de um grande sonho, que seria o de ser mãe.

5.2.4 Sofrimento, desespero e culpa

Os relatos das mulheres que vivenciaram a situação do aborto espontâneo compreenderam uma variada gama de experiências, que se traduzem por sentimentos

manifestados como sofrimento, desespero e culpa. A seguir os relatos:

[...] Fica assim... que é muito sofrido, mais mesmo diante deste sofrimento eu estou disposta à enfrentar tudo de novo entendeu? [...] (E1)

[...] então assim é um... é um desespero [...] (E3)

O que a gente sente é culpa né? Porquê? O que que causou? Não tem uma explicação, não tem um porquê [...] (E3)

Segundo Santos et al, (2021) mulheres que passam por essa experiência dolorosa, sofrem tanto psicologicamente quanto fisicamente, pois além das inércias que são obrigadas a enfrentar, o trauma também acontece no corpo, aonde relatam dores, presença de muito sangue e recuperação traumática.

O aborto espontâneo produz na mulher tanto perda física como emocional. Além do feto ela vê seus sonhos e esperanças desaparecerem. Se trata de um misto de sentimentos negativos, podendo progredir para depressão, se agravando quando veem outras mulheres que conseguiram continuar com a gestação e que estão com seus filhos nos braços. (LIMA e FORTIM, 2015). A passagem pela situação de abortamento marca a trajetória de uma mulher. A maioria dos sentimentos presentes é de angústia, medo, inquietação, ansiedade, constrangimento, indiferença, nervosismo, solidão, dor e culpa, (BITELBRON *et al*, 2015) não diferente aos relatos aqui descritos.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou desvelar-se a vivência de mulheres após aborto espontâneo até a 22ª semana de gestação. Observou-se na fala das entrevistadas relatos de sentimentos como: dificuldades, tristeza, dor, medo, sofrimento, desespero e culpa. Fica evidenciado que as mulheres não compreendem ao certo o que casou o aborto, contribuindo para um questionamento incessante e unânime.

Além dos sentimentos citados pelas entrevistadas, elas relataram ainda, dificuldades encontradas em relação ao procedimento de curetagem realizado pelas instituições públicas da cidade, do descaso, o tempo de espera com o embrião em óbito em seu ventre, da falta de leito e inclusive anestesistas para a realização dos procedimentos mais complexos, fazendo com que algumas mulheres demonstrassem medo em relação ao risco de infecção.

Uma das maiores dificuldades observadas durante as entrevistas foi não encontrar com frequência mulheres com o perfil da pesquisa, pois elas eram encaminhadas para outra instituição, por conta da unidade autorizada não ter anestesista, sendo cedido de outro hospital, atendendo somente casos muito necessários.

Notou-se que a assistência prestada por parte dos profissionais, em especial pela enfermagem, resumiu-se apenas às atividades técnicas, não visando um atendimento individualizado e humanizado, por meio de cuidados, orientações e palestras educativas à mulher que sofre o aborto espontâneo, reduzindo seus medos e tensões, buscando um

equilíbrio biopsicoemocional.

E por fim, espera-se que este estudo venha contribuir e estimular raras pesquisas e para a implantação de serviços especializados com integralidade de ações, que vise ampliar, implementar e qualificar os serviços de saúde, a fim de que atenda a mulher que traz consigo a dor, tanto fisiológica quanto existencial nesta fase ímpar de sua vida.

A par destas constatações surge a necessidade de uma reflexão maior sobre o acolhimento e acompanhamento a estas pacientes pela enfermagem.

O enfermeiro tem um papel importante na condução destes cuidados na obstetrícia. Não só dizer que “compreende” ou “que sente muito”, mas se colocar no lugar, ser agente formador, se propor a ouvir e a responder os questionamentos, são fundamentais para minimizar a culpa destas mulheres, bem como a ansiedade e o medo do que está por vir.

O desempenho técnico só pode ser completo quando as ações mecânicas são fundamentadas em profundas reflexões do saber e do sentir-se como o outro.

Assim, este estudo vem propor novas pesquisas que possibilitem desvelar e evidenciar os motivos que impedem o enfermeiro e equipe a desenvolverem uma práxis de acolhimento e acompanhamento destas mulheres. Não diferente do que se propõe, também há necessidade de que as políticas públicas para a saúde da mulher sejam mais incisivas tanto para a implementação das ações, como para supervisão da assistência prestada às gestantes e mulheres que vivenciam o aborto espontâneo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, et al. *Enfermagem na prática materno-neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BITELBRON, et al. *Maternidade Interrompida: Vivências de Mulheres que Passaram pelo Processo de Aborto Espontâneo*. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1755/1659>. Acesso em: 05/12/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento*. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 14/12/2022.

LIMA, S. C.; FORTIM, I. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos, 2015. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 1147-1154, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlpf/a/7yTK9V54t7FrypNfg7wZMnd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

LIMA, K. J. et al. *Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará*, 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, e210005, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010297>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MARTINS, M. V. et al. *Efeitos da satisfação conjugal e da utilidade de rituais na vivência do luto no abortamento*, 2022. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 27, e79956, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ScWHCZs4qRL6db58RyK85sM/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2023.

MENEZES, G. et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Revista Caderno de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, e00197918, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>. Acesso em: 17 fev. 2023.

MERLEAU-PONTY, M. *Ciências do homem e fenomenologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1973.

NONNENMACHER, Daniele. Abortamento: Depressão e percepção das mulheres quanto às reações do parto em duas capitais brasileiras. 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-27092013-143636/pt-br.php>. Acesso em: 04 jan. 2023.

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 20, n. 4, p. 437-448, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbsmi/a/tX8xjD4L48d5wRfPnfY6RkF/?lang=en>. Acesso em: 17 fev. 2023.

RIBEIRO, Camila Lima; ALBUQUERQUE, Francisca de Oliveira; SOUZA, Adriano Rodrigues de. Interações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. 2017. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/584/365>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ROBERTO, N. Ginecologista G1 de Itapetinga e Região, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/itapetinga-regiao/noticia/2013/05/aborto>. Acesso em: 28 jan. 2023.

SANTOS, Rafael de Castro et al. Sentimentos de mulheres advindos da experiência em um processo de abortamento. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cent/a/f8MMZktGzD6nw38gcqGKHqv/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia básica*. 1ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

CAPÍTULO 3

ENFRENTAMENTO DE MÃES ABRIGADAS NA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP) DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ - MA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Data de submissão: 01/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Janaina Miranda Bezerra

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
Imperatriz– MA
<https://orcid.org/0000-0002-4799-963>

Ariadne Siqueira de Araújo Gordon

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
Imperatriz– MA
<https://orcid.org/0000-0003-2270-2110>

Naille Enivane Rodrigues Saraiva

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
<https://orcid.org/0009-0000-3773-3396>

Roberta de Araújo e Silva

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
<https://orcid.org/0000-0003-2133-0677>

Walessa Moreira Linhares de Sousa

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
<https://orcid.org/0000-0001-7295-7563>

Janildes Maria Silva Gomes

Secretaria de Saúde do Município de
Imperatriz-Ma.
<https://orcid.org/0000-0003-3961-1733>

Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
Imperatriz– MA
<https://orcid.org/0000-0001-6535-5396>

Ismália Cassandra Costa Maia Dias

Universidade Federal do Maranhão –
UFMA. Docente. Centro de Ciências de
Saúde Sociais e Tecnologia (CCSST -
Bom Jesus)
Imperatriz– MA
<https://orcid.org/0000-0002-9203-0869>

RESUMO: Introdução: A hospitalização de um bebê altera o equilíbrio de uma família, que necessita se reorganizar em torno da recuperação do recém-nascido. A mãe normalmente é o membro familiar que acompanha o bebê no hospital. **Objetivo:** identificar sentimentos e enfrentamentos das mães durante a internação do seu filho na unidade de terapia intensiva neonatal. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, realizada no mês de maio de 2019, com 14 mães abrigadas na casa da gestante, bebê e puérpera do município de Imperatriz – MA. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente, transcritas à análise de conteúdo. **Resultados:** da análise, emergiram três categorias: a percepção da mãe em relação à internação do seu filho na UTIN; A percepção da mãe em relação à ausência da família e A percepção da mãe em relação à equipe de enfermagem. **Conclusão:** as participantes demonstraram enfrentar sentimentos e dificuldades durante o processo de internação do filho, sofrendo com a ausência da família, mas tendo o apoio da equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Gestante, Puérpera; Mãe

ABSTRACT: Introduction: Hospitalization of a baby alters the balance of a family, which needs to reorganize around the recovery of the newborn. The mother is usually the family member who accompanies the baby in the hospital. Objective: to identify feelings and confrontations of mothers during the hospitalization of their child in the neonatal intensive care unit. Methodology: qualitative research, carried out in May 2019, with 14 mothers sheltered at the pregnant woman 's home, baby and puerpera from the municipality of Imperatriz - MA. Data were collected through semi-structured interviews, later transcribed to content analysis. Results: three categories emerged from the analysis: the mother's perception regarding her child's hospitalization in the NICU; The perception of the mother in relation to the absence of the family and The perception of the mother in relation to the nursing team. Conclusion: the participants demonstrated to face feelings and difficulties during the process of hospitalization of the child, suffering with the absence of the family, but having the support of the nursing team **KEYWORDS:** Nursing, Pregnant woman, Puerper; Mom

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Maldonado (2002), o período que envolve o nascimento de um bebê é marcado por mudanças tanto psicológicas como sociais para a mãe e também para a família, visto que, no sistema familiar, o que acontece a um de seus membros repercute nos demais. Portanto a chegada de um novo membro modifica o equilíbrio de todo sistema

familiar.

Durante todo o período de gestação pode acontecer uma série de conflitos que devem refletir no período do nascimento de um bebê. Como, por exemplo, o medo da morte e de possíveis sequelas, tanto para a mãe quanto para a criança em decorrência do parto. Tendem a ser potencializados quando o nascimento acontece prematuramente. Mas, o desejo de ser mãe e formar uma família pode falar mais forte. (PRATA; BARROS, 2012).

Quando existe separação de mãe e bebê logo após o nascimento pode gerar reações diferentes e imprevisíveis, produzindo um choque emocional, e com isso desenvolver um conflito interno, e que em alguns casos é comum a não aceitação dessa separação, que pode se estender até ao pensamento de medo de que o bebê possa vir a óbito, já que foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (REICHERT; COLLET, 2007).

A mulher durante a gestação passa por momentos que ela tem diversos sentimentos em relação ao bebê, que é um ser que ela ainda não conhece, mas pode senti-lo dentro dela. Ela fica imaginando como será esse bebê e também tem algumas dúvidas em relação ao cuidado com ele, tem medo de fazer algo de errado e prejudicá-lo. (MELO et al., 2016).

Quando esse nascimento acontece antes do esperado pode ocorrer o impacto de novas emoções, principalmente diante da demanda de internação em Unidade Intensiva de Tratamento (UTI). Assim, conforme Costa, Arantes e Brito (2010), “a família vivencia uma experiência regida pelo sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu bebê”.

A separação do recém-nascido da mãe geralmente ocasiona sentimentos de tristeza, medo, estresse, fragilidade e insegurança no que diz respeito à vida do bebê. Algumas vezes, a mãe se culpa pelo sofrimento do filho, ao precisar deixá-lo sozinho. (CARVALHO; ARAÚJO; COSTA, 2009)

Segundo Molina et al., (2015), a internação hospitalar de um filho recém-nascido pode assumir um papel de desestruturação familiar, principalmente quando a criança é transferida para a UTI. Nesses casos, os pais deixam seus afazeres domésticos, alteram sua rotina profissional e adiam planos e compromissos para permanecerem na presença do filho.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma unidade de cuidado peri - hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha gestantes e puérperas que necessitam de vigilância mais frequente de suas condições de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade, mas não exigem hospitalização, e que apresentem dificuldade de deslocamento frequente em decorrência da distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento.

O enfermeiro necessita estar atento para diagnosticar as necessidades da família e da criança hospitalizada, que pode estar se sentindo vulnerável e precisando de informações que esclareçam suas dúvidas para que se sinta fortalecida, integrando todos os recursos humanos do hospital para prover o cuidado, de acordo com as políticas da

unidade. Para que essa perspectiva se concretize o enfermeiro deve utilizar os cuidados centrados na família, sendo esta uma filosofia de assistência que inclui a criança e sua família durante a hospitalização. Decorre dos valores e crenças pessoais e profissionais, dos elementos que compõem as equipes de saúde e administrativa através dos recursos disponíveis (ALMEIDA e SABATÉS, 2013).

Portanto, percebe-se que os profissionais de saúde não mais podem admitir a criança for a do contexto familiar, uma vez que a mãe faz parte da atenção à criança, sendo essa também objeto de cuidado. No processo de internação pediátrica é preciso valorizar o vínculo criança-mãe, bem como esclarecer, orientar e proporcionar segurança ao binômio, auxiliando a mãe diante de conflitos, medos e aumento de responsabilidade resultados da internação. Logo, existe a necessidade que o enfermeiro envolva atividade assistencial que abranja não apenas o cuidado à criança hospitalizada, mas também seu universo social e familiar. (DRESCH et. al 2015. p. 204)

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. De acordo com POLIT; BEK & HUNGLER (2011), essa é escolha ocorre, uma vez que se baseia na abordagem interpretativa da realidade que é observada, com o intuito de se entrar no mundo subjetivo individual para conhecer melhor os significados que as pessoas podem construir com base na experiência que vivem.

O local da pesquisa foi na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do Município de Imperatriz – MA, que se configura como um local destinado às mães que já receberam alta hospitalar, mas que seus filhos ficaram internados na UTIN. Aceitaram participar do estudo 14 puerperas, as quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mesmas atendiam os critérios de inclusão estabelecidos: estar abrigada e com o filho internado na UTIN; Os critérios de exclusão foram a mãe apresentar alguma deficiência mental que impeça a participação na entrevista.

As entrevistas foram realizadas, conforme a disponibilidade das participantes em uma sala disponível no local, com duração média de 10 minutos. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. As entrevistas foram divididas em partes: primeira contemplava os dados sócios demográficos: idade, estado civil, número de filhos, ocupação e escolaridade, na segunda a questão norteadora: A percepção da mãe em relação à internação do seu filho na UTIN; A percepção da mãe em relação à ausência da família e a percepção da mãe em relação à equipe de enfermagem.

O término da coleta se deu por saturação dos dados coletados segundo Fontanela et al. (2011), ou seja, quando não foi mais possível adquirir elementos novos para contribuir ao estudo. Para análise, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que

consistiu na invenção de categorias, as quais obedeceram ao aparecimento de recorrência de conteúdos nas falas e sua intensidade, o que as tornaram relevantes, ou seja, o núcleo de sentidos que compõem uma comunicação.

Diante disso, as mães eram abordadas na Casa da Gestante, sendo feito a elas um convite para uma entrevista com a pesquisadora, primeira autora desse estudo, a qual explicou sobre a pesquisa, tirando todas as dúvidas que surgiam na abordagem. Feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as mães que aceitaram participar assinaram o mesmo, preenchendo seus dados.

As respostas foram analisadas por meio de uma frequência simples, e os da questão norteadora foram analisados pelo método de análise temática, que consiste em analisar de uma forma agrupamento de técnicas, dividido em partes: pre – análise, para compreender a leitura do material; exploração de dados, para categorizar as categorias, em seguida os resultados obtidos. Para preservar a identidade das participantes do estudo, optou-se por denominá-las utilizando-se a inicial “M”, para referenciar à entrevista, seguida por um número arábico, em correspondência à sequência de inclusão das mesmas pesquisas (M1, M2... M14).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão, por meio da Plataforma Brasil, sob número de CAAE: 06775918.1.0000.5087, respeitando à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, com parecer APROVADO – número 3.255.461.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Diante da realidade dos sujeitos, para uma melhor compreensão, faz-se necessária a apresentação de alguns aspectos das mães que participaram da pesquisa e que tem seus bebês internados. Das 14 (100%) puérperas participantes da pesquisa, no que diz respeito à situação conjugal, e 7 (50%) declararam que eram solteiras, 4 (29%) das entrevistadas eram casadas e 3 (21%) tinham união estável. Em relação à escolaridade, 7 (50%) puérperas tinham nível de ensino fundamental; 6 (42%) ensino médio; 1 (8%) ensino superior.

No tocante à história obstétrica das participantes, foi verificado que 12 (79%) eram primíparas, enquanto 2 (21%) era múltiparas. No período gestacional 14 (100%) relataram que tiveram o parto antecipado por alguma complicação. Quanto ao parto, foi registrado que 14 (100%) puérperas tiveram parto cesariano.

1. A PERCEPÇÃO DA MÃE EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO DO SEU FILHO NA UTIN.

O ser mãe é um momento especial, peculiar e esperado por grande parte das mulheres e o processo de gestação e parto ocasionam importantes reestruturações que

modificam o papel social da mulher. (PERLIN; OLIVEIRA E GOMES, 2011)

Durante esse acompanhamento, depararam-se com uma rotina institucional própria, com regras e obrigações, à qual necessitavam se adaptar em prol do bebê (Dantas et al., 2015; Duarte et al., 2013). Um aspecto destacado nas falas das mães, sobre a rotina na casa da gestante, foi sua característica monótona e repetitiva, como representado nas seguintes falas:

"[...] Assim...dificuldade porque é ruim levantar cedo, todo dia tá lá, só que eu tenho que fazer isso por ela, ficar do lado dela, da carinho pra ela, pra vê se ela se recupera mais rápido. Eu não to ligando assim pras dificuldades não." (M10)

" -Ah, é difícil.... É tipo o resguardo, não existe mais resguardo não, acaba tudo ali. Tenho que lavar roupa, e eu tanto em casa não ia ter que fazer isso, eu ia ficar deitada, sinto muito dor de cabeça. Sobre a questão do leite, amamentação, eu sinto febre, eu tenho febre de noite. A anestesia fez muito mal pra mim, foi muito forte, frio, a cabeça dói demais." (M3)

Além da rotina, há a falta de organização e estrutura física para abrigar essa população. As mães relataram sentirem-se presas, comparando a casa da gestante a uma prisão, este sentimento relaciona-se pela necessidade e responsabilidade em ter que permanecer para cuidar de seus filhos, somados a uma estrutura física inadequada as necessidades das mães.

Portanto nota-se que a situação de abrigo das mães e algumas das situações constrangedoras. A lotação dos alojamentos também é algo constante, revelando desconforto, além de levar ao medo de não ter onde ficar para poder acompanhar o bebê enfermo. Esse medo é expresso na fala de M9 "penso em alugar um quatinho pra ter mais privacidade, já que aqui não tem, pois tem mulheres de todo jeito..."

2. A PERCEPÇÃO DA MÃE EM RELAÇÃO À AUSÊNCIA DA FAMÍLIA

O acompanhamento da mãe ao recém-nascido enfermo afasta-a do convívio familiar e dos outros filhos, o que leva a preocupação, sofrimento e até mesmo ao sentimento de negligenciar o filho que está em casa para cuidar do bebê hospitalizado (SOUZA et al., 2009; SPIR et al., 2011). Portanto, o sofrimento e sentimento das mães devido estar longe da família podem ser percebidos na fala as quais priorizam o bebê internado, devido ao estado de saúde.

As análises evidenciaram as mudanças na reorganização familiar, que geraram sofrimento por estar longe da família. As falas a seguir ilustram esse fato:

"Tá um pouquinho ruim... Tá ruim, porque a gente não tem costume de ficar longe, ai tem que se adaptar por aqui mesmo." (M3)

"Péssimo, assim, ruim. Porque a família é um pedaço da gente. Sem o pai, os irmãos." (M7)

Passar dias e até mesmo meses, em um ambiente hospitalar, não é algo fácil para essas mulheres, que, no dia a dia, vivem a angústia da busca de cura para o bebê, o

isolamento social e familiar. Nesse cenário que as mães se encontram, a tristeza, a solidão e a saudade dos entes queridos estão presentes (SANTOS et al., 2013). A falta da presença da família como apoio afetivo foi apontado pelas mães neste estudo, nas seguintes falas:

“Ah, é só tristeza mesmo, só saudade de casa. Se tivesse todo mundo junto dava mais motivação.” (M6)

“[...] deixa eu vê como que falo... Por causa desse momento, é ruim... porque se eles tivessem perto seria melhor.” (M7)

Podemos perceber nessas falas, que fica evidente a necessidade da presença da família como apoio emocional às mães, diminuindo o sofrimento desse momento, possibilitando-lhes estar mais disponível psicologicamente e afetivamente a seu bebê.

3. A PERCEPÇÃO DA MÃE EM RELAÇÃO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

As mães acompanham seu filho durante todo o período de internação do seu filho, com isso, acaba convivendo diariamente com os profissionais de saúde, ficando até mais próximos do que dos familiares e amigos. Assim, a relação dos profissionais com as mães foi um tema para ser discutido.

Portando, vale ressaltar, que de acordo com estudos, a interação positiva e empática entre a equipe de saúde e a mãe acaba constituindo algo fortalecedor, assim, diminui dúvidas, ansiedades e o sofrimento delas (Cartaxo et al., 2014; Oliveira et al. 2013; Santos et al., 2013). Contudo, mesmo com existência de políticas como a PHN e a de Educação Permanente (EP), ainda é possível identificar despreparo da equipe de saúde, no que diz respeito aos aspectos subjetivo dos usuários e além disso, nos cuidados que englobam a família, e não apenas o cliente (REIS, et. al, 2013).

Contudo, diante das falas das participantes, emergiram sentimentos sobre a relação destas com os profissionais de saúde que foram: i) como a equipe de Enfermagem ajuda durante esse processo e ii) sobre o relacionamento com a equipe de Enfermagem.

De como a equipe de Enfermagem ajuda durante esse processo, temos como exemplo:

“Ah, eles são bem prestativos quando a gente precisa. Eles ajudam, conversam, consultam.” (M1)

“Ela tá ajudando bem, já me deram conselho bastante, pra mim”. Que assim que eu cheguei aqui eu estava desesperada, porque eu “sube” do meu filho, dessas coisas, que tá acontecendo com meu filho, e eu dizia que não tinha apoio de ninguém. Ai elas me dava apoio, conselhos, dizia que ia dar tudo certo, que logo, logo meu filho ia sair. [...]’ (M5)

“Ah, tem algumas enfermeiras que ajudam muito, agora tem outras que não tem paciência. Outras são chatas, legal, mas “tudim” ajuda.” (M9)

Alguns comportamentos de membros da equipe serem percebidos como ofensivos, pode perceber que os sentimentos ambivalentes em relação a esses profissionais estão presentes, ou seja, sofrem com as ofensas e, ao mesmo tempo, sentem-se agradecidas

por estarem cuidando do seu filho.

“É bem, né ruim não, elas me tratam bem... Falam coisas boas pra mim, e é assim, é bom, né ruim não.”(M6)

“Ah, são bom, algumas enfermeiras eu falo mais, mas tem umas duas lá que eu gosto mais de falar.”(M8)

“É um relacionamento bom, mas às vezes da pra perceber que elas estão sem paciência e acabam tratando mal.”(M11)

Ocampos, (2013), Oliveira, Quirino e Rodrigues (2012) e Spir et al. (2011), realizaram estudos, com o mesmo tipo de sujeitos, foram levantados aspectos negativos na relação com a equipe, como falta de atenção, descaso e desprezo, além do sentimento de invisibilidade, muitas vezes, as mães não eram comunicadas sobre os procedimentos que eram realizados no seu filho. Assim, foi possível observar comportamentos de alguns profissionais, como:

“Falar sobre a melhora mais ligeiro, pra operar e a gente levar pra casa.” (M5)

“Ah, tem algumas enfermeiras que ajudam muito, agora tem outras que não tem paciência. Outras são chatas, legal, mas tudim ajuda.” (M9)

Portando, segundo dados apresentados, pode-se perceber que é preciso ter uma melhor atenção para essas mães no que concerne à humanização e cuidados que atenda às necessidades existentes.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo propôs apresentar os sentimentos e enfrentamentos que as mães passam durante a hospitalização do seu filho na UTIN, e com isso, concluir que pode alterar os sentimentos da mãe e muitas vezes influenciar nas expectativas que a mesma tinha para o futuro após a alta.

Após descobrir a gestação várias mudanças começam a surgir na mulher ao assumir o papel de mãe convivem com uma mistura de sentimentos, desejos e expectativas. E ao se deparar com uma necessidade de internação do filho na UTI acaba sofrendo grande frustração, levando a confusão desses sentimentos, sendo que muitas compreendem a necessidade de hospitalização, mas acabam se culpando ou até inventam barreiras para não alimentar sentimentos de amor e carinho pelo filho, que pode até mesmo ser associado ao medo de perda pelo trauma sofrido.

Em relação à família, este estudo evidencia as mudanças ocorridas em seu sistema, com a internação do bebê e ausência da mãe em casa. O sofrimento de todos é evidenciado e a falta da presença e afeto dos entes queridos é sentida pelas mães como desprazer e tristeza. Portanto pode-se conjecturar que a presença da família no hospital como apoio à mãe e ao bebê e o investimento em ações que a contemplem são fundamentais na vivência humanizada e na saúde mental dos familiares, repercutindo na saúde física e mental dos

recém-nascidos.

Portanto, supõem-se que os achados deste estudo venham contemplar os profissionais de enfermagem com novos conhecimentos, que os ajudarão: na padronização de suas ações de cuidado das mães que estão com o seu bebê internado, e em momentos de reflexão, para que estimulem as mães a permanecerem acompanhando seus bebês na unidade por maior tempo possível; não apenas com visitas momentâneas, mas com participação ativa geradora de autonomia nos cuidados, para com seu filho, de uma forma que não seja tão impactante em relação aos sentimentos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A., SABATÉ, A. L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri: Manole, p. 421, 2013.

Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. **Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)**, em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde [acesso 2019 jul 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gma/2013/prt1020_29_05_2013.html

Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representa o social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2009 set/out;62 (5):734-8

Cartaxo, L. S., Torquato, J. A., Agra, G., Fernandes, M. A., Plate, I. C., & Freire, M. E. (2014). **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal**. *Revista de Enfermagem UERJ*, 22(4), 551-7. Recuperado de [http://www. facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf)

COSTA, Maria Cristina Guimarães da; ARANTES, Mariana Quites; BRITO, Michely Dayane Campos. **A UTI Neonatal sob a  tica das mães**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 698-704, dez. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: . Acesso em: 23 Jul. 2019. doi:10.5216/ree.v12i4.7130.

DRESCH, A.; LACERDA, D. P.; ANTUNES JÚNIOR, J. A. V. **Design Science Research: Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e Tecnologia**. Porto Alegre/RS: Bookman Editora, 2015. 204 p.

Fontanella, B. J., Luchesi, B. M., Saidel, M. G., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G.. **Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar satura o teórica**. *Caderno de Saúde Pública*, 27(2), 389- 394, 2011.

Maldonado, M. T. **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério** (16a ed. 2002). SãoPaulo, SP: Saraiva.

Melo RA, Araújo AKC, Bezerra CS, Santos NM, Marques WF, Fernandes FEC. **Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade intensiva neonatal**. *Id on Line Rev Multidisc Psic*. 2016;10(32):88-103.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; FONSECA, Elieth Lessa; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sônia Silva. **Percepção da familiar sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.** *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2015, 43(3):30-8.

Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAP. **Family life experience in the process of birth and hospitalization of a child in a neovatal ICU.** *Esc Anna Nery Ver Enferm* [Internet].

Ocampo, M. P. **El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados.** *Aquichán*, 13(1), 69-80, 2013. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aquii/v13n1/v13n1a07.pdf>

Perlin, DA, Oliveira SM, Gomes GC. **A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe.** *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):458- 64

Polit DF, Beck CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PRATA, A. K. A. V; BARROS, I. P. M. **Expectativas e Experiências da Maternidade na Gestaçã o a Termo e na Gestaçã o Pré-termo: estudo Comparativo com Auxílio de Técnica Projetiva.** *Aletheia.* Canoas, n. 38-39, dez 2012.

Santos, L. M., Oliveira, I. L., Santana, R.C., Oliveira, V. M., & Goes, E. S. (2013). **Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 13(2), 73-81.

Reichert APS, Lins RNP, *Collet* N. **Humanização do cuidado da UTI neonatal.** *Rev Eletrônica Enferm.* [internet] 2007 [citado 2008 Jun 20]; 9(1): [cerca de 14 p.].

MORTALIDADE EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL ASSOCIADA À COVID-19 NO ESTADO DO MARANHÃO ENTRE 2020-2021

Data de submissão: 02/04/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Macleya Gomes Silva

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
São Luís, Maranhão.
<http://lattes.cnpq.br/3824905380302757>.

João Pereira Cunha Neto

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
São Luís, Maranhão.
<http://lattes.cnpq.br/7039497477950593>.

Waldeise Pereira

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
São Luís, Maranhão.
<http://lattes.cnpq.br/3162368396198672>.

Amanda Coutinho de Souza

Consultora técnica em Vigilância em Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Brasília, Distrito Federal.
<http://lattes.cnpq.br/6329710537371545>.

Mábia Milhomem Bastos

Consultora técnica na Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, Ministério da Saúde.
Brasília, Distrito Federal.
<http://lattes.cnpq.br/2858491668011690>.

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico da mortalidade em mulheres em idade fértil (MIF) e materna associada à COVID-19 no estado do Maranhão, entre 2020 e 2021. Para tal, foi realizado um estudo descritivo dos óbitos em mulheres, MIF e maternas, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, em 2020 e 2021. Foram considerados os códigos de CID-10 associados à COVID-19. Os dados foram categorizados de acordo com a faixa etária, raça/cor, estado civil e escolaridade das mulheres. As análises foram realizadas em linguagem R. De maneira geral, a maior parte dos óbitos ocorreu em mulheres com mais de 60 anos (73%) e negras (70,9%). 39% das mulheres eram casadas ou com união estável e apenas 7,3% das que morreram por COVID-19 possuíam 12 anos ou mais de escolaridade. Com relação ao óbito de MIF em decorrência da COVID-19, a maior parte das mulheres tinham entre 40-49 anos (54,3%). Quanto à raça/cor, eram majoritariamente negras (73%). 42,4% eram mulheres casadas ou com união estável e 12,1% possuíam 12 anos ou mais de escolaridade. Dos óbitos maternos, 69% ocorreram em mulheres negras e 46,5%

em pacientes entre 30-39 anos. Apenas 17% possuíam 12 anos ou mais de escolaridade e 45% destas eram mães solteiras. A COVID-19 repercutiu negativamente na fecundidade e natalidade no Maranhão, dada a elevada ocorrência de óbitos em mulheres em idade fértil associadas a este agravo nos anos de 2020 e 2021.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Maranhão; mortalidade; mulheres em Idade Fértil.

MORTALITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE ON PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE ASSOCIATED WITH COVID-19 IN THE STATE OF MARANHÃO BETWEEN 2020 AND 2021

ABSTRACT: This study aimed to describe the epidemiological profile of mortality in women of childbearing age (WCA) and maternal mortality associated with COVID-19 in Maranhão state between 2020 and 2021. For this, a descriptive study of deaths in women, WCA, and maternal was conducted and recorded in the Mortality Information System (MIS) of the State Department of Health of Maranhão in 2020 and 2021. CID-10 codes associated with COVID-19 were considered. Data were categorized according to age, race/color, marital status, and schooling degree. Analyses were performed in R language. Most deaths occurred in women over 60 years (73%) and black (70.9%). 39% of the women were married or in a stable union, and only 7.3% of those who died from COVID-19 had 12 years or more of schooling. Of WCA deaths due to COVID-19, most women were between 40-49 years old (54.3%). As for race/color, they were mainly black (73%). 42.4% were married women or in a stable union, and 12.1% had 12 years or more of schooling. Of maternal deaths, 69% occurred in black women and 46.5% in patients aged 30-39. Only 17% had 12 years or more of schooling, and 45% were single mothers. COVID-19 harms the fertility and birth rate in Maranhão, given the high occurrence of deaths in women of childbearing age associated with this condition in the years 2020 and 2021.

KEYWORDS: COVID-19; Maranhão; mortality; women of reproductive age.

1 | INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. Na sua forma mais grave, é caracterizada como uma síndrome respiratória (SRAG). Devido à sua alta transmissibilidade, afetou vários países e territórios e, por isso, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado de pandemia (DA SILVA *et al.*, 2021)

A COVID-19 trouxe peculiaridades relevantes no Maranhão quanto a ocorrência dos óbitos de forma diferenciada entre mulheres e mulheres em idade fértil (MIF) no ciclo gravídico puerperal. Estas são consideradas grupo de risco por possuírem fisiologia alterada, o que as deixa mais vulneráveis às infecções, por estarem com as funções imunológicas e mecânicas comprometidas. Logo, quando infectadas pelo vírus da COVID-19, apresentam mortalidade elevada em relação as mulheres fora desse ciclo (CLODE E AREIA, 2020; COUTINHO *et al.*, 2020).

No Estado e seus municípios, foram observadas diferentes estratégias em ações e serviços de saúde com intuito de conter a disseminação do vírus e, conseqüentemente, a morbimortalidade. Isto evidencia a grandeza e diversidade da rede de atenção à Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e, concomitantemente, os efeitos da assistência médico-hospitalar e suas conseqüências na saúde da gestante, puérpera e neonato (COUTINHO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Dado o quadro epidemiológico da COVID-19 na população feminina maranhense, faz-se necessário compreender os aspectos da pandemia no que se refere a mortalidade.

A análise da situação de saúde tem como intuito subsidiar políticas públicas adequadas e eficazes a cada população, conforme sua especificidade. Visto que o ciclo gravídico-puerperal em MIF com COVID-19 é um fator de risco de morte em decorrência de complicações, como ruptura de membranas, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão e outros fatores preexistentes, e evidencia a qualidade da assistência obstétrica (SILVA *et al.*, 2021; SOUSA E AMORIM, 2021), o objetivo desse trabalho foi analisar o perfil epidemiológico da mortalidade em mulheres, MIF e maternas associada à COVID-19 nas regiões de saúde e municípios do Estado, nos anos de 2020 e 2021.

2 | METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo descritivo, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), incluindo todos os óbitos de mulheres com 10 anos de idade ou mais e de MIF, que compreende a faixa etária de 10 a 49 anos, no estado do Maranhão, entre os anos de 2020 e 2021.

Para os referidos anos, foram considerados os óbitos femininos com causas básicas atribuída à COVID-19, registrados no SIM com os seguintes códigos de CID-10: B34.2 (SRAG por SARS-CoV-2), seguido ou não de U07.1 (COVID-19 confirmada), U07.2 (COVID-19 suspeita) e U04.9 (SRAG).

Foram considerados também os registros de óbito por mortalidade materna atribuída à COVID-19, com a causa básica de óbito apontada com seguintes códigos de CID-10 para COVID-19: O98.5 + U07.1 (COVID-19 confirmada), O98.5 + U07.2 (COVID-19 suspeita), O98.5 + U09.9 (condição de saúde posterior à COVID-19), O99.8 + U10.9 (síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica de 10 a 19 anos), O98.5 + U92.1 (reincidência de COVID-19) (BRASIL, 2022a).

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade feminina e em MIF associado à COVID-19, foi utilizado, no numerador, o número de óbitos de mulheres e MIF residentes, segundo códigos de CID-10 para COVID-19, e no denominador, a população total de mulheres e de MIF residentes, multiplicado por 100 mil habitantes. Foram usadas as estimativas populacionais por municípios e Regiões de Saúde do estado do Maranhão por sexo e idade e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

(REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008; BRASIL, 2022b).

Para a descrição do perfil epidemiológico da mortalidade feminina no Maranhão entre os anos de 2020 e 2021, foram realizadas distribuições proporcionais, segundo os grupos etários para população feminina em geral (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80+ e ignorado), para a população de MIF e materna (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49), raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado), estado civil (solteira, casada, viúva, separada/divorciada, ignorado), escolaridade em anos (nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 e mais anos, ignorado) e distribuição espacial por coeficiente de mortalidade feminina e em MIF por município. As análises deste boletim foram realizadas em linguagem R.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Maranhão, nos anos de 2020 e 2021, foram notificados 5.933 óbitos em mulheres por COVID-19. Destes, 797 óbitos ocorreram em MIF (13,4%) e, entre os óbitos em MIF, 71 foram óbitos maternos (8,9%).

A distribuição proporcional das características dos óbitos femininos está apresentada na Tabela 1. É possível observar a maior parte dos óbitos ocorreu em mulheres com mais de 60 anos (73%) e negras (70,9%). 39% das mulheres eram casadas ou com união estável e apenas 7,3% das que morreram por COVID-19 possuíam 12 anos ou mais de escolaridade.

Com relação à mortalidade em MIF em decorrência de COVID-19, a maior parte das mulheres se encontravam entre 40-49 anos (54,3%). Quanto à raça/cor, eram majoritariamente negras (73%). 42,4% eram mulheres casadas ou com união estável e 12,1% possuíam 12 anos ou mais de escolaridade.

Entre os óbitos maternos por COVID-19, 69% ocorreram em mulheres negras e 46,5% em pacientes entre 30-39 anos. Apenas 17% possuíam 12 anos ou mais de escolaridade e 45% destas eram mães solteiras (Tabela 2)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022c), 56% dos óbitos maternos associados à COVID-19 no Brasil em 2020 ocorreram em mulheres com 30 anos ou mais. 65% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, com 13% destas com 12 anos ou mais de escolaridade e 48,6% eram solteiras.

O ano de 2021 encerrou com 3.386 óbitos em mulheres residentes no Maranhão associados à COVID-19, o que representa um aumento de 32,9% (diferença de 839 óbitos) quando comparado com o número de óbitos registrados em 2020 no SIM (2.547 óbitos). Conforme se observa na Figura 01, os óbitos em mulheres associados à COVID-19 alcançaram valores máximos nos meses de maio a agosto de 2020 (75,2%, n=1.916) e nos meses fevereiro a julho de 2021 (86,6%, n=2.931), considerando que o pico da “onda” ocorreu em março de 2021 (n= 769). A região de Saúde de São Luís apresentou maior percentual de óbitos em mulheres associados com a COVID-19 no respectivo período

(25,9%).

Características de óbitos em mulheres		
Grupos etários (anos)	n	%
10 - 14 anos	10	0,17
15 - 19 anos	23	0,39
20 - 29 anos	100	1,69
30 - 39 anos	234	3,94
40 - 49 anos	435	7,33
50 - 59 anos	794	13,38
60 - 69 anos	1307	22,03
70 - 79 anos	1452	24,47
80 - 89 anos	1166	19,65
90+ anos	391	6,59
Ignorado	21	0,35
Estado civil		
Solteiro	1355	22,84
Casado	1999	33,69
Viúvo	1654	27,88
Separada/divorciada	280	4,72
União Estável	313	5,28
Ignorado	332	5,6
Escolaridade		
Nenhuma	1514	25,52
1 a 3 anos	782	13,18
4 a 7 anos	940	15,84
8 a 11 anos	63	1,06
12 anos ou mais	435	7,33
Ignorado	2199	37,06
Raça/Cor		
Branca	1551	26,14
Preta	558	9,41
Amarela	24	0,4
Parda	3654	61,59
Indígena	36	0,61
Ignorado	110	1,85

Tabela 1. Características dos óbitos em mulheres, mulheres em idade fértil (MIF) e maternos associado à COVID-19 no estado do Maranhão, entre 2020 e 2021

Fonte: ConectaSUS/SIM/SESMA (2022).

Características de óbitos em MIF			Características de óbitos maternos	
Grupos etários (anos)	n	%	n	%
10_14 anos	10	1,25	1	1,41
15_19 anos	23	2,89	7	9,86
20_29 anos	99	12,42	27	38,03
30_39 anos	232	29,11	33	46,48
40_49 anos	433	54,33	3	4,23
Estado civil				
Solteiro	368	46,17	32	45,07
Casado	228	28,61	23	32,39
Viúvo	25	3,14	—	—
Separada/divorciada	34	4,27	1	1,41
União Estável	110	13,8	14	19,72
Ignorado	32	4,02	1	1,41
Escolaridade				
Nenhuma	130	16,31	5	7,04
1 a 3 anos	155	19,45	12	16,9
4 a 7 anos	250	31,37	28	39,44
8 a 11 anos	30	3,76	6	8,45
12 anos ou mais	97	12,17	12	16,9
Ignorado	135	16,94	8	11,27
Raça/Cor				
Branca	187	23,46	19	26,76
Preta	74	9,28	6	8,45
Amarela	2	0,25	—	—
Parda	509	63,86	43	60,56
Indígena	10	1,25	2	2,82
Ignorado	15	1,88	1	1,41

Tabela 2. Características dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) e maternos associado à COVID-19 no estado do Maranhão, entre 2020 e 2021

Fonte: ConectaSUS/SIM/SESMA (2022).

O número de óbitos em MIF associados com COVID-19 ocorridos no Maranhão em 2021 (n=546) apresentou incremento de 117,5% quando comparado ao ano de 2020 (n=251). O maior número de óbitos foi observado nos meses maio e junho de 2020 (44,2%, n= 111) e nos meses de março a junho de 2021 (68,7%, n= 375), com picos dos óbitos em maio de 2020 (n= 66) e maio de 2021 (n= 100). A região de Saúde de São Luís apresentou os maiores percentuais em 2020 (50%) e 2021 (26,5%), em relação ao total de óbitos ocorridos no Estado do Maranhão (Figura 1).

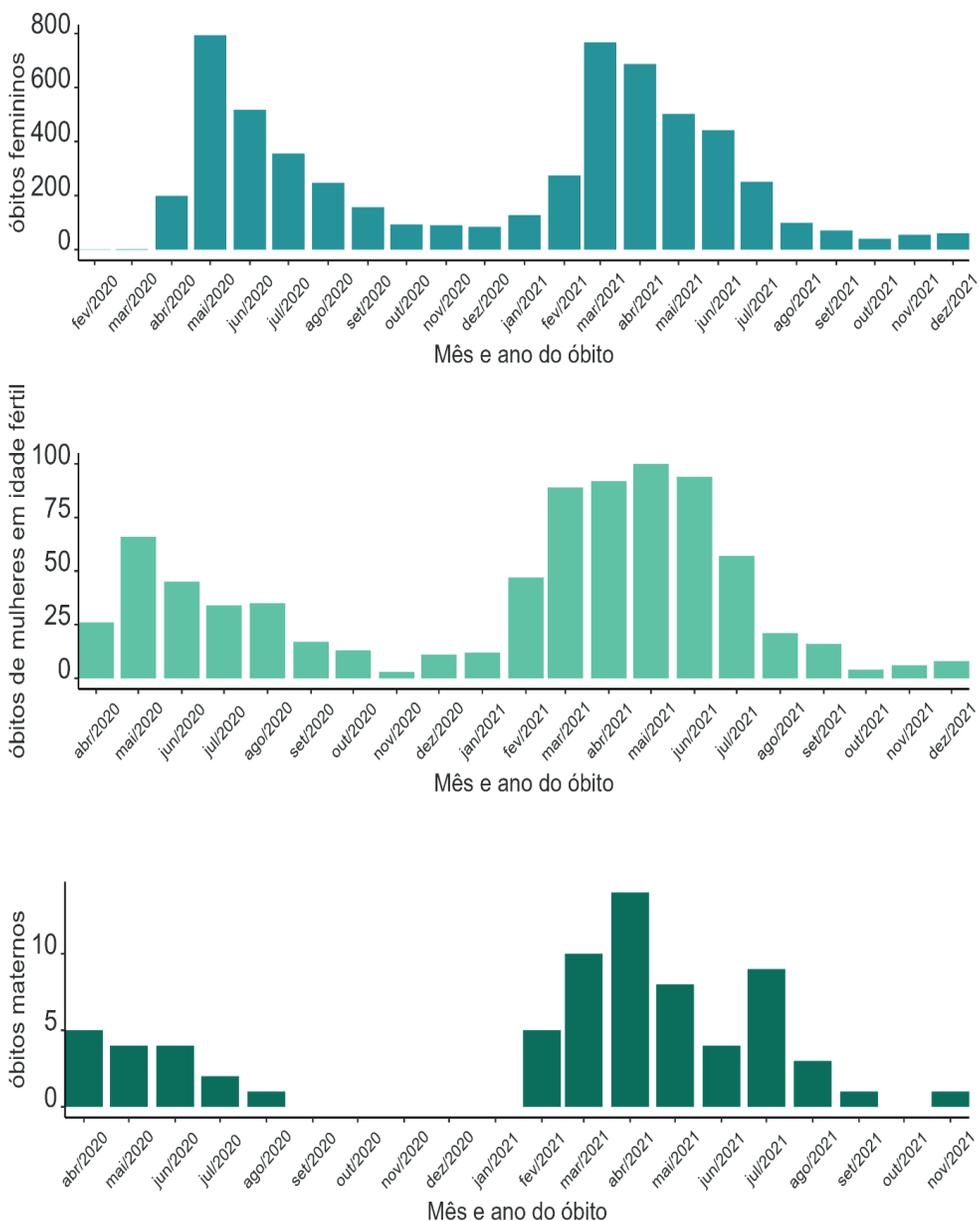


Figura 1. Óbitos em mulheres, mulheres em idade fértil (MIF) e maternos associados à COVID-19 no estado do Maranhão entre 2020 e 2021, de acordo com o mês e ano de ocorrência.

Fonte: ConectaSUS/SIM/SESMA (2022).

Em 2020, observa-se que 6,4% dos óbitos (n=16) em MIF ocorreram no período gravídico puerperal e tinham associação com a COVID-19, sendo registrado 31,2% (n=5)

de todos os óbitos maternos no mês de maio de 2020. Em 2021, os óbitos maternos associados à COVID-19 alcançaram valores máximos nos meses de março e abril (18,2% e 25,5%, respectivamente) (Figura 1).

A Região de Saúde de Imperatriz foi a que apresentou o maior percentual de óbitos maternos associados com a COVID-19 em abril de 2021 (21,4%; n=3). Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde, no Brasil os óbitos maternos associados à COVID-19 alcançaram valores máximos nos meses de maio a agosto, popularmente designadas como uma “onda” de mortes maternas associadas à COVID-19 (BRASIL, 2022a). O pico dessa “onda” ocorreu em maio de 2020 (n=74).

Em trabalho realizado por Souza e Amorim (2021), foi pontuado que, durante a pandemia, as gestantes estão incluídas no grupo de risco, devido as alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez, que as tornam mais susceptíveis a pneumonias virais. O puerpério também foi relatado por Da Silva *et al.* (2021) como fator complicador para aumentar a ocorrência de mortes maternas. Sugere também que a mortalidade em gestantes no Brasil pode ser justificada por doenças crônicas, recursos insuficientes, pouca qualidade no pré-natal, leitos indisponíveis, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, racismo e violência obstétrica.

A Figura 2 apresenta a distribuição do Coeficiente de Mortalidade (CM) em mulheres associado ao COVID-19, em 2020 e 2021, de acordo com os municípios. O Maranhão apresentou incremento de 33,8% no CM em mulheres por causas associadas à COVID-19, do ano de 2020 para 2021 (70 óbitos para 93,6/100.000 habitantes). A capital São Luís teve um incremento de 13,7% (100 óbitos para 113,7/100.000 habitantes). Observa-se ainda que, dos dez municípios que registraram no SIM as maiores ocorrências de óbitos em mulheres por causas associadas a COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, somente o município de Codó apresentou redução significativa no CM, de 3,5% (100,4 óbitos para 97/100.000 habitantes). Bacabal apresentou redução de apenas 0,3% no CM (108,7 óbitos para 108,3/100.000 habitantes).

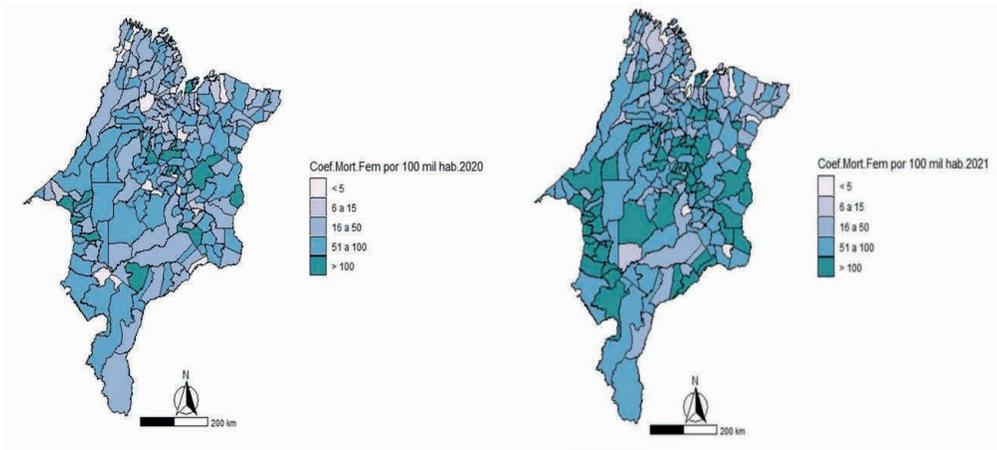


Figura 2. Distribuição do coeficiente de mortalidade em mulheres associado à COVID-19, no estado do Maranhão, entre 2020 e 2021.

Fonte: ConectaSUS/SIM/SESMA (2022).

É possível perceber que os maiores incrementos foram observados nos municípios de Caxias, com 74,9% no CM (81,3 óbitos para 142,2/100.000 habitantes) e em Santa Inês com 65,8% (90,0 óbitos para 149,3/100.000 habitantes). Destaque para os municípios de Junco do Maranhão e Primeira Cruz, que não registraram óbitos em mulheres por COVID-19 no SIM nos anos de 2020 e 2021, o que pode caracterizar um processo de subnotificação de óbito e/ou sub-informação quanto a classificação e codificação em mortalidade conforme a CID-10 correta (Figura 2).

De 2020 para 2021, o Maranhão apresentou incremento 117% no CM em MIF associados com a COVID-19 (10,8 para 23,5 para cada 100 mil habitantes). Os maiores incrementos do CM em MIF associado a COVID-19 foram observados nos municípios de Imperatriz, São Luís e São José de Ribamar, com incremento de 200% (14,7 óbitos para 44,3/100.000 habitantes), 79,5% (14,9 óbitos para 26,7/100.000 habitantes) e 38,2% (20,4 óbitos para 28,2/100.000 habitantes), respectivamente (Figura 3).

Os problemas já existentes da assistência à saúde, no contexto da pandemia, foram evidenciados e agravados pelas barreiras de acesso, refletindo diretamente na qualidade da assistência ao pré-natal às MIF no ciclo gravídico puerperal (SOUZA E AMORIM, 2021, MICHELS E ISER, 2022).

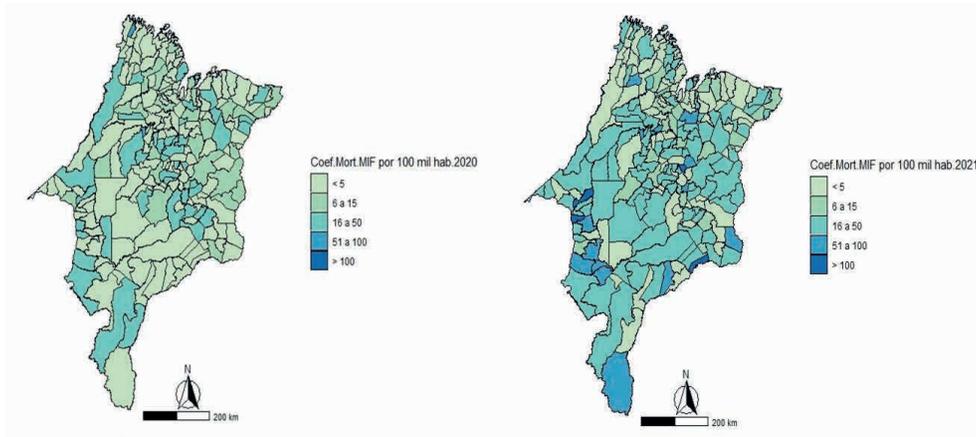


Figura 3. Distribuição do coeficiente de mortalidade em mulheres em idade fértil (MIF) associadas à COVID-19, no estado do Maranhão, entre 2020 e 2021.

Fonte: ConectaSUS/SIM/SESMA (2022).

4 | CONCLUSÃO

O cenário devastador da pandemia da COVID-19 repercutiu de forma negativa na fecundidade e natalidade da sociedade maranhense, dado a elevada ocorrência de óbitos em mulheres em idade fértil associadas a esse agravo nos anos de 2020 e 2021. Além disso, outros reflexos devem ser observados, dentre estes o impacto no indicador de saúde associado a mortalidade materna, pelo alto número de mulheres em idade fértil no ciclo gravídico puerperal que evoluíram a óbito, ponderando sobre a qualidade da assistência médico-hospitalar na saúde pré e pós-natal.

No Maranhão, observou-se um incremento no coeficiente de mortalidade em MIF associados com a COVID-19 e na ocorrência de óbitos maternos associada à COVID-19, de 2020 para 2021. De igual relevância, é necessário observar os impactos da pandemia na assistência adequada ao pré-natal, sendo este o fator primordial para detecção e intervenções na saúde da mulher em idade fértil durante o ciclo gravídico-puerperal e, consequentemente, redução da mortalidade materna.

É importante que se amplie a estruturação qualificada dos serviços de vigilância dos óbitos, com ênfase nas investigações dos óbitos em mulheres de idade fértil, para recuperação dos óbitos maternos declarados com outras causas). Da mesma forma, é necessário o aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Estado, tornando a produção científica mais robusta no conhecimento dos condicionantes e determinantes dos óbitos, com ênfase nas análises que subsidiam as ações e serviços de saúde para redução da mortalidade materna, que é um grave problema de saúde pública.

É notório o papel prioritário do SUS na aplicação de políticas públicas eficazes e eficientes à saúde da mulher, garantindo atendimento integral e qualificado às mulheres

em todos os ciclos da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 29**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 ago. 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf/view. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 20**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 jun. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. 2022b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>. Acesso em: 05 maio 2022.

CLODE, N.; AREIA, A. L. **Pregnant woman in the COVID-19 pandemia**. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, v. 14, n. 3, p. 128-129, 2020.

COUTINHO, R. Z. *et al.* **Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 37, 2020.

DA SILVA, I. L. *et al.* **Preditores da mortalidade materna por COVID-19: revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 10, 2021.

MICHELS, B. D.; ISER, B. P. M. **Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil: atualizações**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 22, p. 443-444, 2022.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SILVA, L. T. *et al.* **Gestação e pandemia da COVID-19: Impactos no binômio materno-fetal**. Research, Society and Development, v. 10, n. 7, 2021.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. **Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, p. 253-256, 2021.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE MORRER: PERCEPÇÃO DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 02/05/2023

Carina Inácio De Oliveira

Faculdade Eduvale de Avaré

Adilson Lopes Cardoso

Faculdade Eduvale de Avaré

Elaine Cirstina Navarro

Faculdade Eduvale de Avaré

Ednaldo Alexandre Zandoná

Faculdade Eduvale de Avaré

Caroline Sousa Novaes

Faculdade Eduvale de Avaré

Marcela Cristina Castro Doro

Faculdade Eduvale de Avaré

Larissa Matias Lopes

Faculdade Eduvale de Avaré

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Eduvale de Avaré para obtenção do título de Enfermeira sob orientação da Prof. Dr. Adilson Lopes Cardoso. Aprovado(a) em: 25 de Novembro de 2022.

RESUMO: A percepção dos graduandos sobre a morte deve estar pronta para além de enfrentar seus medos e suas dores,

oferecer apoio aos familiares no processo de luto, respeitando seus costumes e crenças. Assim, destaca-se a visão da morte como um processo natural/biológico, bem como, o despreparo enfrentado pelos acadêmicos no lidar com a finitude, dado a forma de abordagem do tema na graduação, implicação que se não for sanada e trabalhada influenciará na atuação desses futuros profissionais. **Objetivo:** O objetivo da presente pesquisa foi compreender a importância da assistência humanizada durante o processo de morrer. Para isso, realizou-se pesquisa de campo com os alunos do 9º período de enfermagem da Faculdade Eduvale de Avaré e em artigos científicos sobre o assunto, e assim verificando a percepção dos graduandos do curso sobre a realização do exame físico enquanto prática profissional.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e transversal a ser realizado com acadêmicos do 9º período do curso de bacharelado em Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada, no município de Avaré, estado de São Paulo, Brasil. Nesse contexto, a humanização deve ser exercida através do respeito, carinho, atenção e doação, ingredientes essenciais para o alívio da dor e sofrimento, sendo

esses, capazes de acolher e nutrir também o interior das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Enfermagem de Cuidados Paliativos em Situação Terminal de Vida. Estudantes de Enfermagem.

1 | INTRODUÇÃO

A longevidade da população vem sendo considerada um triunfo. Graças aos avanços tecnológicos e terapêuticos, as doenças que antes eram consideradas mortais, hoje tornaram-se crônicas, sendo assim, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis também aumentou. Mesmo com o avanço de pesquisas e tecnologias, a morte se faz certa, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida (COFEN, 2017).

Os pacientes terminais acumulam-se nos hospitais, recebendo assistência inadequada, sendo essa voltada para a tentativa de cura, utilizando de procedimentos e terapêuticas invasivas, desnecessárias e insuficientes, ignorando por muitas vezes o principal sintoma apresentado pelo paciente, a dor. Não se trata de questionar as condutas da medicina tradicional, mas sim de buscar um equilíbrio entre o científico e o humanista, tornando possível para o paciente a possibilidade de se morrer em paz (COFEN, 2017).

De acordo com o cenário apresentado, torna-se necessário adotar uma assistência que seja voltada para o bem-estar biopsicossocial e espiritual do paciente, proporcionando uma melhor qualidade de vida e diminuindo o seu sofrimento. Devendo então, adotar os cuidados paliativos como principal método de assistência (FERNANDES et al, 2013).

A prática dos cuidados paliativos foi infundida em meados de 1960 no Reino Unido, tendo como pioneira Cicely Saunders, que além de médica era formada também em enfermagem e assistência social (GOMES, 2016). Os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que busca melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, fazendo sua prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, definição feita pela Organização Mundial de Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021).

O termo paliativo deriva do latino pallium que significa manta ou coberta, tornando clara a ideia principal desta filosofia de cuidados: proteger, e amparar, quando a cura de determinada doença não for mais possível. É um cuidar multidimensional, que abrange não somente a doença, mas sim as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais do indivíduo (VASCONCELOS, 2013).

É uma assistência composta por uma equipe multiprofissional, que além de cuidar do paciente, vai prestar assistência também aos familiares, pois entendem que a enfermidade não atinge apenas o paciente, mas também aqueles que o amam (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

O Ministério da Saúde publicou em 31 de outubro de 2018, a resolução de nº 41,

que tem como objetivo normatizar a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados integrados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). São cuidados voltados para pessoas afetadas por uma doença que ameace a vida. Os cuidados paliativos devem ser introduzidos o mais precoce possível, de preferência, junto com o início do tratamento da doença. Os cuidados paliativos buscam aliviar os sintomas apresentados pelo indivíduo, sejam estes físicos, psicológicos, sociais e espirituais, além disso, buscam preparar os familiares para lidarem com a doença do paciente e o luto. As preferências do paciente quanto ao tipo de cuidado e tratamento devem ser respeitadas.

Aos olhos dos cuidados paliativos, a morte deve ser encarada como um processo natural, não acelerando, e nem adiando seu percurso, buscando oferecer suporte ao paciente para que ele viva de forma ativa e independente (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2018). Perante esse novo cenário de assistência, os cuidados de enfermagem tornam-se essenciais, pois é o enfermeiro quem vai estar diretamente com o paciente, fazendo parte da sua vivência. Além de prestar assistência para o alívio da dor, o profissional de enfermagem visa cuidar dos sintomas físicos e psicológicos, através da sua humanização e empatia. É o enfermeiro que irá avaliar o contexto de vida do paciente e aplicar a sistematização de enfermagem, irá também usar métodos que diminuam o sofrimento do paciente, organizará os medicamentos para alívio da dor e fará ações que proporcionem qualidade de vida ao paciente, não tendo como prioridade a cura do indivíduo.

Os cuidados paliativos e o enfermeiro estão intimamente ligados, pois o enfermeiro irá prestar cuidado de forma humanizada, e os cuidados paliativos farão com que o paciente tenha um fim de vida confortável (BRAZILIAN JOURNAL OF HEALTH REVIEW, 2020). Nesse contexto, a humanização deve ser exercida através do respeito, carinho, atenção e doação, ingredientes essenciais para o alívio da dor e sofrimento, sendo esses, capazes de nutrir também o interior das pessoas (REDE HUMANIZASUS, 2011).

2 | REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Prado (2020): “ o movimento moderno dos cuidados paliativos teve início na segunda metade do século XX, porém, Hipócrates já pregava que o médico devia curar algumas vezes, aliviar quase sempre e consolar sempre. Mas foi só em 1960, que oficialmente os cuidados paliativos surgiram como prática na atenção à saúde, tendo início no Reino Unido.

Tendo como pioneira Cicely Saunders, que além de médica, era enfermeira e assistente social. Através de sua vivência com seus pacientes, Cicely observou que as necessidades agonizantes não eram atendidas, gerando então, motivação para a fundação do seu primeiro Hospice, o St. Christopher’s Hospice em 1967, tornando-se referência na assistência de cuidados paliativos.

No Brasil, os cuidados paliativos iniciaram na década de 1980, ganhando força

significativa no ano de 2000. “Derivando do latim *pallium*”, a palavra “pálio”, carrega o significado de proteção e alívio. Tal assistência não se restringe apenas nos cuidados ao paciente, mas também aqueles que o cuidam”. (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017).

De acordo com a Kmentt, Moscoso e Cordeiro (2020) os cuidados paliativos são uma assistência que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares que enfrentam os problemas associados a doenças potencialmente fatais, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de seus problemas biopsicossociais e espirituais”. “É uma relação que necessita de empatia pelo sofrimento do paciente, e sensibilidade às suas queixas”. (PRADO, 2020).

Segundo Pinheiro (2020) os cuidados paliativos possuem uma assistência multidisciplinar com o objetivo de promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares perante os problemas relacionados à doença que ameaça a vida, fazem isso através da prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, avaliação cuidadosa e tratamento impecável da dor, e problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais”.

Coren MG (2020) A assistência dos cuidados paliativos é composta por uma equipe multiprofissional, pois tem como objetivo cuidar do indivíduo em todos os seus aspectos, sejam eles: físicos, emocionais, espirituais e sociais. O paciente vai ser assistido de forma integral, requerendo complementação de saberes e divisões de responsabilidades, já que as necessidades do paciente podem ser distintas entre elas. Os cuidados paliativos passam a fazer parte da assistência oferecida pelas

Redes de Assistência de Saúde, sendo parte dos cuidados integrados, englobando intervenções de saúde e apoio social, tendo como objetivo maximizar a qualidade de vida do indivíduo. Os cuidados paliativos consistem na assistência prestada pela equipe multidisciplinar, que visa cuidar do paciente e de seus familiares, melhorando sua qualidade de vida, diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção, alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e dos sintomas biopsicossociais e espirituais (DIÁRIO DA UNIÃO, 2018).

3 | JUSTIFICATIVA

Este estudo visa contribuir e ajudar no processo de melhor entendimento dos graduandos em enfermagem, auxiliando sobre a importância de prestar cuidados paliativos, no contexto assistencial à saúde, com isso atender o indivíduo de forma individualizada e qualificada.

4 | HIPÓTESE

Partindo do pressuposto de que os cuidados paliativos fornecem assistência humana e compassiva aos pacientes com doenças crônicas e incuráveis, os graduandos do curso de enfermagem não apresentam entendimento suficiente sobre o tema.

4.1 Objetivo geral

Verificar a percepção dos graduandos de enfermagem sobre a assistência de enfermagem durante o processo de morrer.

4.2 Objetivos específicos

- Verificar como os graduandos de enfermagem percebem a importância da humanização no atendimento ao paciente em processo de morrer;
- Verificar conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre a temática cuidados paliativos.

5 | METODOLOGIA

Foi desenvolvido de forma qualitativa, exploratória, descritiva e transversal, realizada na Faculdade Eduvale de Avaré com os acadêmicos do 10º termo do curso de bacharelado em Enfermagem, trata-se de uma instituição de ensino superior privada, da cidade de Avaré/SP, Brasil. A amostra desta pesquisa foi de 20 alunos do 10º termo de enfermagem.

O teste contou com a aplicação de um questionário contendo 10 perguntas fechadas pertinentes ao assunto em questão, os entrevistados responderam à pesquisa após assinar o TCLE - Termo Consentimento Livre e Esclarecido da aprovação da CEP – Comitê de Ética e Pesquisa, contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os Comitês de Ética em Pesquisa deverão ser credenciados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), CAAE: 63415022.7.0000.5411. As bases de dados estudadas serão em livros, artigos, teses, monografias, dissertações por meio de consultas em base de dados da internet.

Foram pesquisados uma amostra de 20 formandos de enfermagem, porém, apenas 16 formandos responderam, pois, os outros 4 formandos, não estavam presentes na data da coleta de dados. Iniciou-se a pesquisa após submissão e aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu nº5.721.508, foi aplicado um questionário para os formandos, onde foram realizadas perguntas fechadas elaborados pelo próprio autor da pesquisa, específico para esse estudo, foi realizado durante o período da noite com duração no máximo 10 minutos cada aluno.

5.1 Metodologia de análise dos dados

As informações obtidas foram armazenadas em bancos de dados do Excel versão 16.0.1. Para o estudo da análise estatística utilizamos gráficos em pizza.

6 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Os gráficos a seguir demonstram os dados que foram coletados para a conclusão do estudo sobre assistência de enfermagem durante o processo de morrer: percepção dos graduandos de enfermagem, o questionário foi aplicado para 16 formandos do curso de enfermagem.

O primeiro gráfico pergunta se os graduandos já ouviram falar sobre os cuidados paliativos, a resposta mostra que 100% (16) dos entrevistados já ouviram falar sobre cuidados paliativos. A assistência paliativa vem crescendo em todo o mundo, trazendo observações importantes sobre a assistência ao paciente fora da possibilidade de cura, baseando-se no respeito e na dignidade humana, chamando atenção para a necessidade da empatia para com os pacientes e familiares no que diz respeito, principalmente, ao sofrimento (MACEDO, 2015).

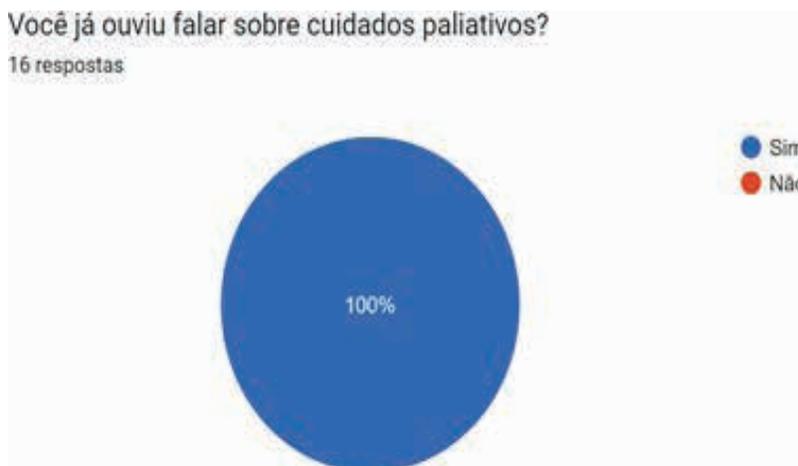


Gráfico 1.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O segundo gráfico mostra que 56,3% (9) dos entrevistados conhecem lugares que oferecem cuidados paliativos, enquanto que 43,8% (7) não conhecem. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos realizou um levantamento sobre os serviços de cuidados paliativos disponíveis no país. Através deste mapeamento, encontrou até agosto/2018, 177 serviços de cuidados paliativos no país (PALIATIVOS, 2018).

Conhece algum lugar que trabalhe com essa assistência?

16 respostas

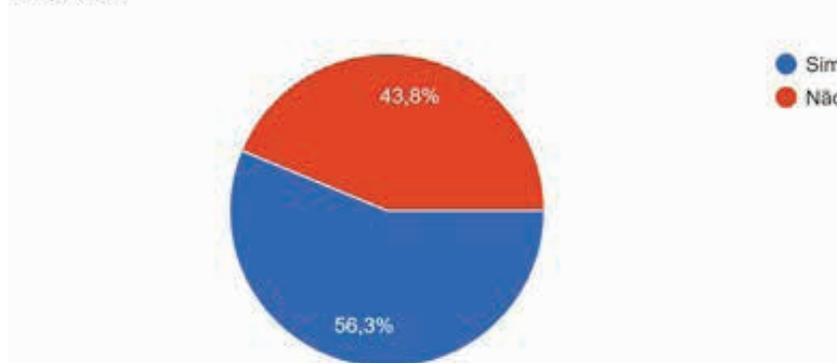


Gráfico 2.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O terceiro gráfico mostra que 100% (16) dos entrevistados sabem o que são cuidados paliativos. Cuidado paliativo é o cuidado holístico ativo de indivíduos de todas as idades com sofrimento grave relacionado à saúde (relacionado à doença ou lesão de qualquer tipo; o sofrimento relacionado à saúde é grave quando não pode ser aliviado sem intervenção médica e quando compromete o físico, o social, funcionamento espiritual e/ou emocional) por causa de doença severa (doença grave é uma condição que acarreta um alto risco de mortalidade, afeta negativamente a qualidade de vida e as funções diárias, e/ou é oneroso em sintomas, tratamentos ou estresse o cuidador) e especialmente daqueles perto do fim da vida (FREITAS *et al.*, 2021).

Você sabe o que são os cuidados paliativos?

16 respostas



Gráfico 3.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quarto gráfico mostra que 93,8% (15) dos entrevistados conhecem alguém que já recebeu esse tipo de assistência, enquanto que 6,3% (1) não conhecem ninguém que tenha recebido. O Cuidado Paliativo é uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida da pessoa enferma e de seus familiares, ao realizar a prevenção e o alívio de sofrimento, diante de uma doença que ameaça a vida (COMUNIDADE, 2019).

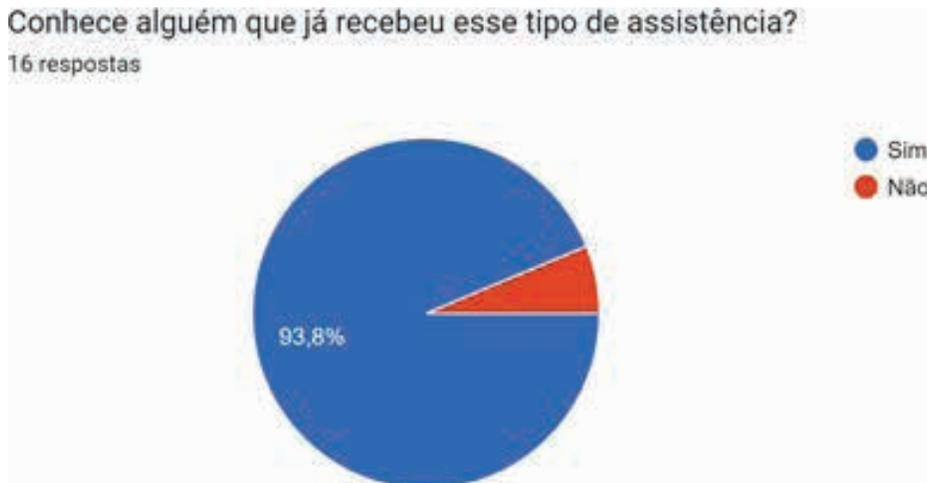


Gráfico 4.

O quinto gráfico mostra que 81,3% (13) dos entrevistados sabem qual a importância do enfermeiro perante essa assistência, enquanto que 18,8% (3) dos entrevistados não sabem. Os cuidados de enfermagem vão muito além de apenas intervenções técnicas, como por exemplo, a administração de medicamentos, curativos, avaliações clínicas entre outros, tendo o foco do seu atuar direcionado para o ser humano e não para a doença, procurando agir e intervir no controle da dor e do sofrimento nas circunstâncias biopsicossocial e espiritual dos pacientes e de seus familiares (ANDRES, 2021).

Você sabe qual a importância do enfermeiro nessa assistência?

16 respostas

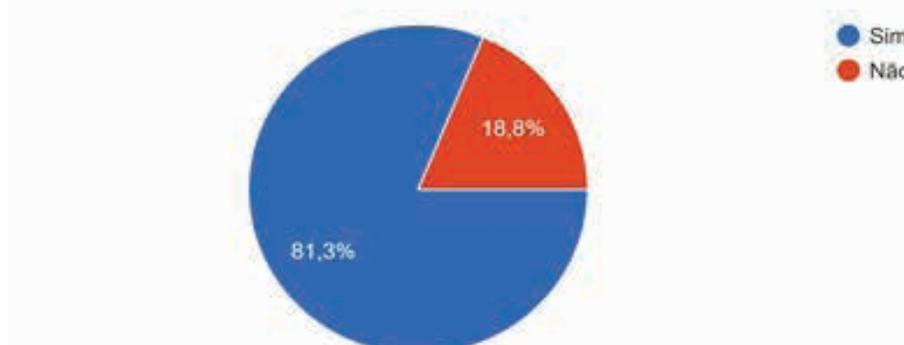


Gráfico 5.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O sexto gráfico mostra que 56,3% (9) dos entrevistados sabem que os cuidados paliativos é uma assistência que faz parte do SUS, enquanto que 43,8% (7) não sabem. A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (MAIELLO, 2020).

Você sabia que os cuidados paliativos fazem parte do SUS?

16 respostas

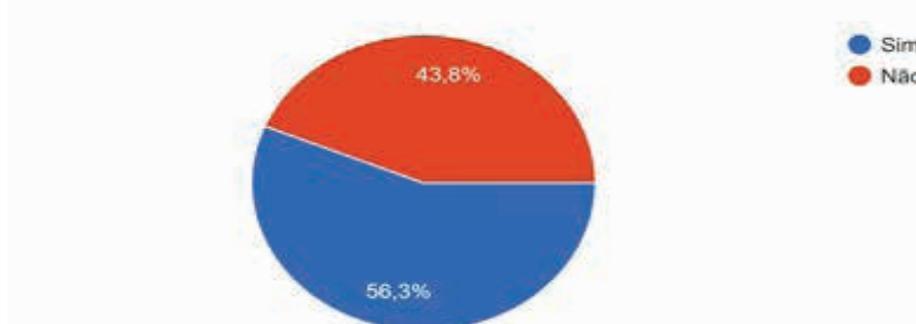


Gráfico 6.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O sétimo gráfico mostra que 50% (8) dos entrevistados sabem quais são os pacientes que têm o direito de receber essa assistência, enquanto que os outros 50% (8) não sabem. Cuidados Paliativos estão indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida, em concomitância com os cuidados

curativos, por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas (FEDERAL, 2018).

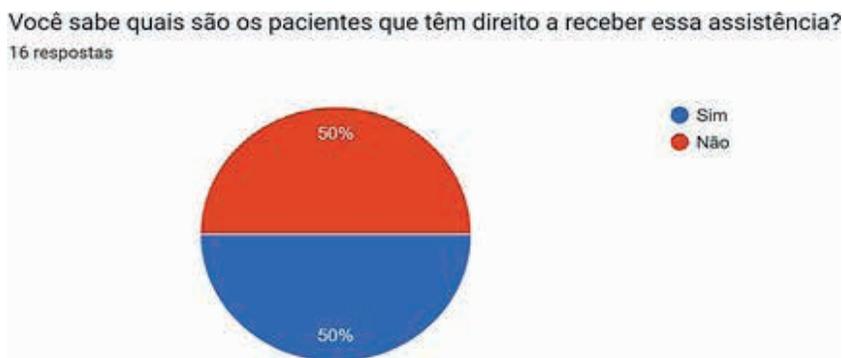


Gráfico 7.

O oitavo gráfico mostra que 62,5% (10) dos entrevistados sabem que essa assistência é voltada para os familiares do paciente, enquanto que 37,5% (6) não sabem. As mudanças na estrutura e nos papéis desempenhados pelos familiares são esperadas em momentos de crise, como no diagnóstico de doenças graves ou com a proximidade da finitude de um de seus membros. As famílias são incluídas nos cuidados paliativos à medida que se busca prepará-los para as situações relacionadas ao adoecimento e terminalidade, para que possam dar suporte ao doente. Os cuidados paliativos têm ainda como objetivo, proporcionar recursos emocionais para lidar com as possíveis complicações da doença e da finitude, minimizando dessa forma o sofrimento e, por fim, para enfrentar o processo de luto (ESPÍNDOLA, et. Al., 2008).

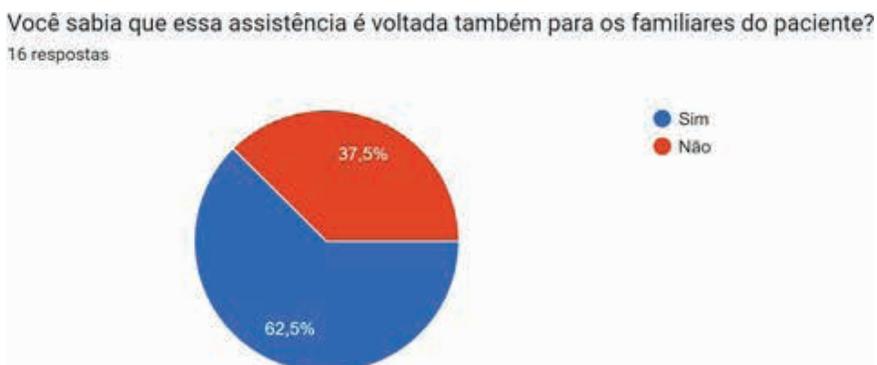


Gráfico 8.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O nono gráfico mostra que 56,3% (9) dos entrevistados sabem que os cuidados paliativos não são apenas para pacientes terminais, enquanto que 43,8% (7) não sabem. O Ministério da Saúde publicou a resolução **Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**, normatizando a oferta dos cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma assistência destinada a toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja de característica aguda ou crônica. Os cuidados paliativos são oferecidos a partir do diagnóstico de uma doença, buscando a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018).

Você sabia que os cuidados paliativos não são apenas para os pacientes no fim da vida?

16 respostas

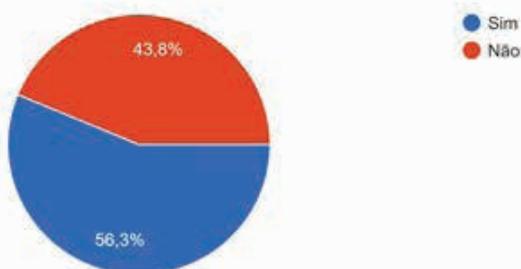


Gráfico 9.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O décimo gráfico mostra que 75% (12) dos entrevistados sabem que os cuidados paliativos é uma assistência que cuida dos aspectos físicos, sociais, espirituais e psíquicos, enquanto que 25% (4) não sabem. Os cuidados paliativos são cuidados integrais, que buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (FREITAS, et. AL.,2021).

Você sabia que os cuidados paliativos cuidam do paciente em seus aspectos físicos, sociais, espirituais e psíquicos?

16 respostas

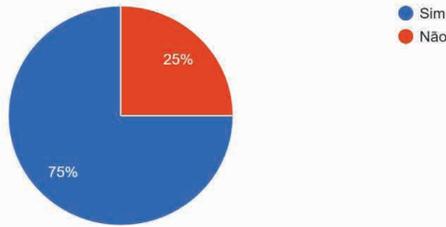


Gráfico 10.

7 | CONCLUSÃO

O estudo realizado com os alunos de enfermagem, revelou bom conhecimento sobre o tema proposto, porém, o assunto ainda requer aprimoramentos. Com os avanços tecnológicos, medicinais e a melhora nos hábitos de vida, notou-se que a população tem vivido mais, as doenças infectocontagiosas que antes matavam de forma precoce, hoje deram lugar para as doenças crônicas degenerativas. Mesmo com todos os avanços conquistados, inúmeras doenças ainda são incuráveis, além disso a morte ainda continua sendo a única certeza.

As pessoas portadoras de doenças crônicas, idosos e pacientes em estados terminais, ainda são expostos a tratamentos invasivos, ineficazes e exagerados, tendo como único objetivo a cura. Os profissionais da saúde buscam prolongar a vida a qualquer custo, aumentando o sofrimento do paciente e fazendo com que ele perca a sua qualidade de vida. Os cuidados paliativos surgem para transformar esse cenário.

O paliativismo é uma assistência integral centrada no indivíduo, busca oferecer qualidade de vida e dignidade ao paciente. Composta por uma equipe multiprofissional, tem como objetivo acolher o paciente, avaliar e suprir as suas necessidades, sem prolongar ou antecipar a morte. É um modelo de assistência ainda recente e em desenvolvimento. Iniciou-se no Brasil por volta da década de 80, foi ganhando espaço, em 1997 houve a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Em meados de 1998 foi inaugurada uma ala voltada para essa assistência no Hospital do Instituto Nacional do Câncer.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi criada em 2005. Somente em 2011 o Conselho Federal de Medicina aprovou os cuidados paliativos como uma área de atuação. Mesmo tendo a implementação de disciplinas relacionadas ao paliativismo por algumas universidades, existe uma dificuldade em despertar o interesse e valorização dos estudantes nessa área. Em resposta a isso, existem inúmeros cursos de pós-

graduação em cuidados paliativos no Brasil, porém, muitos desses cursos são ofertados na modalidade online por ensino a distância (EAD), o que pode ser um fator dificultador para o aprimoramento e prática dos desafios enfrentados pelos paliativistas.

Nos cuidados paliativos, a equipe multiprofissional é responsável por desenvolver o plano de assistência do paciente e de sua família. A equipe é moldada de acordo com as necessidades do paciente, mas, de forma geral, estão presentes: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas.

O aprendizado baseia-se em uma abordagem teórico-prática, mas é somente na prática, que o aluno toma a frente da assistência do paciente em final de vida, e é nesse momento que ele compreende de fato a complexidade do cuidado, criando e absorvendo impressões, sentimentos e transferências que não são vivenciadas em sala de aula. É na prática que o aluno de fato aprende a trabalhar e lidar com as perdas de forma empática, sem se distanciar do paciente, só assim ele pode completar a sua formação.

EPÍGRAFE

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.

(Cicely Saunders)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família, em especial a minha mãe que me acompanhou desde o início deste sonho, que mesmo em meio a tantas dificuldades e lutas estava ao meu lado me apoiando, e hoje lá do céu com certeza aplaude esta vitória. O meu muito obrigada, sem você nada disso teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a minha mãe, meu filho, meus irmãos e amigos, que estiveram ao meu lado, tornando esse sonho possível. Aos profissionais que fizeram parte dessa caminhada: Prof. Enf. Adilson Cardoso, Prof. Enf. Fernanda Penacci.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Pollyana Farias de. **Relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos**. 2020. 19 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

ALVES, Railda Sabino Fernandes. **Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida**. 2019. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

ANDRES, Silvana Carlotto. **Assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos**. 2021. 8 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avaré, Avaré, 2022.

CÂNCER, Instituto Nacional de. **Cuidados paliativos**. 2021. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

COMUNIDADE, Sociedade Brasileira de Medicina da Família e. **Quem são as pessoas elegíveis para os Cuidados Paliativos?** 2019. 1 f. TCC (Graduação)- Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avare, Avaré, 2022. Cap. 1

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **23/11/2018**. [S. l.], 23 nov. 2018.

FEDERAL, Governo do Distrito. **Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI**. 2018. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avaré, Avaré, 2022. Cap. 2.

FERNANDES, Maria Andrea. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal**. 2013. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

FREITAS, Luiza de azevedo. Cuidados paliativos o que e para quem: história, definição e conceitos. *In*: FREITAS, Luiza de azevedo *et al*. **Cuidados paliativos o que e para quem**. [S. l.: s. n.], 2021. cap. 1, p. 11.

GERAIS, Conselho Regional de Enfermagem de Minas. **Manual de orientação quanto a competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**. 2020. 2 v. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni. **Cuidados paliativos**. 2016. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

KMENTT, Nataniele; MOSCOSO, Carina; CORDEIRO, Franciele. **Cuidados Paliativos, final de vida e fase ativa de morte**. 2020. 24 f. TCC (Graduação)- Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

MACEDO, Jefferson Antonio Lima de Jesus. **Cuidados paliativos no Brasil**. 2015. 38 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avaré, Avaré, 2022.

MAIELLO, Ana Paula Mirarchi Vieira. **Manual de cuidados paliativos**. 2020. 174 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avaré, Avaré, 2022. Cap. 18.

PALIATIVOS, Academia Nacional de Cuidados. **O que são cuidados paliativos**. 2021. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

PALIATIVOS, Academia Nacional de Cuidados. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2018. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale de Avare, Avaré, 2022.

PINHEIRO, Hugo Celso Coelho. **Qualidade de vida e impacto da terminologia na aceitação dos Cuidados Paliativos em doentes com cancro da mama sob hormonoterapia.** 2020. 92 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

PINTO, Adriana Colomboni. **Manual dos cuidados paliativos ancp.** 2012. 590f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022. Cap. 23.

PRADO, Carla Regina da Silva. **PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS: POSSIBILIDADE OU IDEALIZAÇÃO?**2020. 69 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

RELAÇÕES FAMILIARES no contexto dos cuidados paliativos. **Rev. bioét.**, [s. l.], 16 fev. 2018.

SANTOS, Elmis. **Uma Breve Reflexão Sobre Humanização e Cuidados Paliativos.** 2011. 1 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

UNIÃO, Diário Oficial da. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018.**2018. 276 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.15

VASCONCELOS, Monica Ferreira de. **Cuidados paliativos ao paciente com HIV/AIDS: uma abordagem bioética.** 2013. 99 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Eduvale Avaré, Avaré, 2022.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

- 1- Você já ouviu falar sobre cuidados paliativos?
- 2- Conhece algum lugar que trabalhe com essa assistência?
- 3- Você sabe o que são os cuidados paliativos?
- 4- Conhece alguém que já recebeu esse tipo de assistência?
- 5- Você sabe qual a importância do enfermeiro nessa assistência?
- 6- Você sabia que os cuidados paliativos fazem parte do SUS?
- 7- Você sabe quais são os pacientes que têm direito a receber essa assistência?
- 8- Você sabia que essa assistência é voltada também para os familiares do paciente?
- 9- Você sabia que os cuidados paliativos não são apenas para os pacientes no fim da vida?
- 10- Você sabia que os cuidados paliativos cuidam do paciente em seus aspectos físicos, sociais, espirituais e psíquicos?

ANEXO II

FACULDADE EDUVALE DE AVARÉ

Associação Educacional do Vale do Jurumirim

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O S.r. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa chamada **“Assistência de Enfermagem no Processo de Morrer: Percepção dos Graduandos de Enfermagem”**, a ser desenvolvido por mim, Carina Inácio de Oliveira, aluna do curso de Graduação em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Dr. Adilson Lopes Cardoso, ambos da Faculdade Eduvale de Avaré/SP.

Este Projeto pretende verificar a percepção dos graduandos de enfermagem sobre a assistência de enfermagem durante o processo de morrer.

O S.r. (a) receberá um questionário com 10 questões abertas relacionadas, ao trabalho na assistência de enfermagem durante o processo de morrer, responderão as perguntas do questionário individualmente, ocorrendo durante o mês de outubro de 2022. A resposta do mesmo durará cerca 10 minutos.

Através dos resultados será possível identificar os conhecimentos dessas características que permitam a percepção dos graduandos de enfermagem sobre a assistência de enfermagem durante o processo de morrer e da importância de sua atualização profissional.

Não haverá riscos para os participantes por serem informações de conhecimentos profissionais. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo de sua identidade, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP - UNESP, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Data: / /

Assinatura:

Nome: Data: / /

Assinatura: Contato Pesquisador: (14) 99867-4480 – Carina Inácio de Oliveira – Rua Jussara Maria, 645 CEP:18706110 – Avaré/SP – cainacio1991@gmail.com

Data: / /

Assinatura: Contato Orientador: (14) 997987611 - Adilson Lopes Cardoso - Rua Adolpho Cesar 252 Jardim Eldorado - CEP: 18608-780 Botucatu/SP - cardosolc@uol.com.br

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho CIÊNCIA e AUTORIZO o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **“Assistência de Enfermagem no Processo de Morrer: Percepção dos Graduandos de Enfermagem”** pela aluna Carina Inácio de Oliveira e conduzida pelo Prof. Dr. Adilson Lopes Cardoso (Docente da Faculdade Eduvale de Avaré), junto a esta Entidade, após aprovação do CEP conforme estabelecido pela Resolução de N° 466, de 12 de dezembro de 2012, da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os requisitos Resolução N° 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo o presente.

Avaré, 22 de agosto de 2022.

O DOENTE TERMINAL EM FASE AGÓNICA

Data de submissão: 08/02/2023

Data de aceite: 02/05/2023

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>

Maria Isabel Monteiro Pinto

Enfermeira, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8495-6744>

João Ricardo Miranda da Cruz

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

RESUMO: Atualmente, deparamo-nos com doentes de idade mais avançada, com patologias crónicas, contribuindo para um incremento de situações de doença terminal, com necessidades paliativas. Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes, bem como das suas famílias/cuidadores. Muitos destes doentes são internados em serviços de medicina interna. Na literatura científica a fase agónica corresponde ao período que precede a morte, correspondendo aos últimos dias/horas de vida, cujo

agravamento gradual se manifesta por sinais e sintomas que variam de doente para doente, sendo que alguns estudos apontam como os mais frequentes: a dispneia, a dor, as secreções respiratórias/estertor e a confusão. A sua avaliação é relevante para a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Na década de noventa, no Reino Unido desenvolveu-se uma ferramenta multiprofissional direcionada para o atendimento a pacientes moribundos, denominada de Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Em 2013, uma comissão independente recomendou a sua substituição, por um “Plano de Cuidados em Fim de Vida”, amparado por orientações de boas práticas específicas a cada condição. Visando caracterizar os cuidados prestados ao doente terminal, nos últimos dias de vida, em internamento hospitalar, alguns estudos recorreram a um formulário construído com base no LCP, sendo evidenciado as dificuldades das equipas de saúde em adequar os cuidados. Integrados numa equipa multidisciplinar, as intervenções não farmacológicas desenvolvidas pelos enfermeiros são de extrema importância, sendo que, atendendo à condição específica de cada doente, estas devem ser apropriadas, em prol da promoção do

conforto e da sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Doente terminal, Enfermeiros, Cuidados paliativos, Morte.

THE TERMINALLY ILL PATIENT IN AGONY

ABSTRACT: Currently, we are faced with older patients with chronic pathologies, contributing to an increase in situations of terminal illness, with palliative care needs. Palliative care aims to improve the quality of life of patients, as well as their families/caregivers. Many of these patients are admitted to internal medicine wards. In scientific literature, the agonic phase corresponds to the period preceding death, in line with the last days/hours of life, whose gradual worsening is manifested by signs and symptoms that vary from patient to patient, some studies pointing to the most frequent being dyspnea, pain, respiratory secretions/death rattle and confusion. Its evaluation is relevant for the establishment of pharmacological and non-pharmacological measures. In the nineties, in the United Kingdom, a multiprofessional tool was developed for the care of dying patients, called the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). In 2013, an independent commission recommended its replacement with an “End-of-Life Care Plan”, supported by specific good practice guidelines for each condition. To characterize the care provided to the terminal patient, in the last days of life, in hospitalization, some studies used a form constructed based on the LCP, and the difficulties of health teams in adapting care were evidenced. Integrated in a multidisciplinary team, non-pharmacological interventions developed by nurses are extremely important, and given the specific condition of each patient, they should be appropriate, in favor of promoting comfort and quality of life.

KEYWORDS: Terminally ill, Nurses, Palliative care, Death and Compliance.

1 | INTRODUÇÃO

A OMS (2021) calcula que a nível mundial, apenas um décimo das pessoas que necessitam de Cuidados Paliativos (CP) os recebe. Alerta ainda que a necessidade global por cuidados para pessoas com doenças potencialmente fatais irá aumentar, decorrente do envelhecimento da população e do incremento das doenças não transmissíveis, estimando que até 2060 estas quase dupliquem.

Verifica-se na População Portuguesa um aumento da cronicidade das patologias, com presença múltipla, associado ao envelhecimento da população, o que requer uma maior complexidade de cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Decorrerá daqui um crescente número de doentes nos Serviços de Medicina Interna, com necessidades paliativas (MACHADO *et al.*, 2018). Num hospital de agudos, o atendimento é direcionado essencialmente para a vertente curativa. No mesmo sentido Pais (2019, p.238) cita-nos:

Numa época em que as pessoas vivem cada vez mais e nos deparamos com doentes cada vez mais velhos, com doenças crónicas e incuráveis numa medicina que privilegia a cura, muitas vezes torna-se difícil determinar que um doente está na fase da agonia, ou seja, moribundo e numa situação de morte iminente.

A doença terminal e o risco iminente da morte que lhe está associado podem gerar instabilidade no seio das equipas multidisciplinares. Para Carneiro *et al.* (2021, p. 6) “Dedicar tempo e atenção àqueles que certamente não vão curar e aplicar o nosso esforço àqueles que estão na iminência da morte é certamente oportunidade cimeira para exercício humanizante da Medicina”.

Integrados numa equipa interdisciplinar, os enfermeiros assumem um papel de extrema importância na assistência ao doente em fim de vida.

Nesta revisão narrativa da literatura procurou-se abordar o estado de agonia na pessoa com doença terminal. Nesse sentido, clarificaram-se conceitos, enumeraram-se os principais sinais e sintomas físicos que por norma caracterizam o estado de agonia, e por fim abordaram-se as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, salientando-se as respeitantes aos cuidados de enfermagem.

2 | DOENTE TERMINAL / CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos - SECPAL (s.d) para definirmos uma doença terminal, devem ser consideradas uma série de características: existência de uma doença avançada, progressiva e incurável; ausência de possibilidades razoáveis de resposta para com o tratamento específico; existência de numerosos problemas ou sintomas de elevada intensidade, múltiplos, multifatoriais e em alteração constante; causadores de grande impacto emocional no doente, família e equipa terapêutica, relacionado com a presença, explícita ou não, da morte e prognóstico de vida limitado (inferior a 6 meses). Para Neto (2020) o doente terminal é “aquele que tem em média, um prognóstico esperado de três a seis meses de vida; e no caso dos doentes moribundos, o prognóstico será de dias ou horas” (p.20).

Os CP visam afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal, sem acelerá-la ou atrasá-la (OMS, 2016). Neto (2020, p.20) refere-nos que o enfoque dos CP reside na qualidade de vida “... no ajudar a viver – e não no <<ajudar a morrer>>, como erradamente se pensa”. Em Portugal, a Lei de Bases dos CP (LEI N.º 52/2012, de 5 de setembro) confere aos cidadãos o seu direito ao acesso aos CP, no qual se definem os mesmos como:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente da doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também sociais e espirituais (Lei n.º 52/2012)

Para a OMS (2016) os CP visam a prevenção e o alívio do sofrimento, com base numa deteção precoce, numa avaliação correta, tratamento da dor e de outros problemas

(sintomas penosos).

Para Marques e Silva (2018), a prestação de CP pode inserir-se em três níveis: as ações paliativas, os CP gerais e os CP especializados. Nas ações paliativas preconizam-se cuidados que coadunam com os princípios e filosofia dos CP e são desenvolvidos num serviço não especializado. Assim, procura-se o alívio do sofrimento, o controlo sintomático e uma comunicação assertiva com o doente, família e outros profissionais. As ações paliativas estão ao dispor de todos os profissionais de saúde, sendo pertinente possuírem formação básica em CP. Nos CP gerais, a prestação destes cuidados é assegurada por profissionais, que apesar de os CP não constituírem o cerne da sua atividade profissional, são detentores de competências e conhecimentos neste âmbito. Nos CP especializados estamos perante a prestação de cuidados desenvolvidos por equipas e serviços diferenciados e de elevada qualidade. Os profissionais são dotados de formação específica na área e dedicam-se predominantemente a este tipo de cuidados.

Segundo Capelas *et al.* (2018) a identificação e a referenciação precoce dos doentes com necessidades paliativas são cruciais para que estes possam, oportunamente, usufruir de uma intervenção efetiva, no entanto, a falta de formação e de informação, podem constituir elementos que impeçam o processo da referenciação precoce.

A prática dos CP está em constante evolução e devir. Segundo Xavier Gómez-Batiste *et al.* (2017), a prestação de CP devem basear-se nos seguintes princípios-chave: Cuidados compreensivos (que respondam à totalidade das necessidades multidimensionais dos utentes e suas famílias); Cuidados integrados (com coordenação dos cuidados, em todos os serviços); Qualidade (visando responder de forma efetiva e eficiente); Acessibilidade universal (isonomia na acessibilidade, cobertura universal, inserida em todos os sistemas); e Valores de compaixão e comprometimento para cuidar de pessoas que se encontrem em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

Para Neto (2020, p.16), na essência dos CP está a “verdadeira aliança terapêutica entre a equipa de saúde e a pessoa doente, em que a primeira ajuda o doente a ajudar-se”. Como nos salienta ainda a mesma autora, esta convenção implica que o profissional de saúde seja dotado de um elevado respeito pelo outro, rigor, honestidade, capacidade de escuta, habilidade em explanar as opções terapêuticas, delinear objetivos e acatar a recusa de tratamentos.

Blinderman e Billings (2015, p.2549) referem-nos que “Para pacientes hospitalizados cuja morte é iminente, os cuidados paliativos podem aliviar sintomas angustiantes que são comuns durante os últimos dias ou semanas de vida”. O sofrimento dos doentes em fim de vida vai para além da componente física, pelo que outras dimensões reclamam de igual forma uma abordagem e tratamento, ao nível existencial, espiritual, psicológica, bem como ao nível social (NETO, 2020).

3 | PERÍODO DE AGONIA: CONCEITO E IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PARA INTERVENÇÕES APROPRIADAS

O controlo sintomático em CP, ocupa uma posição de relevo. Todavia, há um período em que a exacerbação dos sintomas existentes ou o aparecimento de novas manifestações requerem igualmente uma prática assistencial ajustada, correspondente à fase de agonia. Para Pais *et al.* (2019) a agonia reporta-se ao período que precede a morte, manifestada por uma debilidade progressiva das funções vitais. Regra geral, corresponde à fase terminal da doença, ocorrendo por reagramento, de forma súbita ou gradual, com ausência de causa reversível que seja identificável. Para estes autores, o período da agonia corresponde aos últimos três a cinco dias de vida, muitas vezes com um início insidioso e manifestado por sinais e sintomas relativos ao processo de morte. Como nos alerta Braga *et al.* (2017), o período da agonia deve ser encarado como um período de intensificação ao nível dos cuidados, e não como um período de desinvestimento e afastamento por parte da equipa clínica, sendo que tais cuidados devem atender à especificidade clínica do doente e devem ser eticamente apropriados. Nos hospitais constantemente se convive com a morte da pessoa com doença terminal, contudo a maior parte dos profissionais de saúde têm dificuldade em abordar, quer com os seus doentes, quer com os seus familiares (ALVES *et al.*, 2019). Estudos como o de Pais *et al.* (2020), relevam a importância dos programas de formação na gestão emocional em enfermeiros perante a morte do doente.

Nos anos noventa desenvolveu-se no Reino Unido o Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Referido por Ellershaw (2003) como uma ferramenta multiprofissional direcionada para a assistência a pacientes moribundos, com o intuito de poder ser transferida para profissionais não especializados em distintos ambientes, como hospitais de agudos, lares e comunidade, visando a melhoria da prestação de cuidados. Incluiria a possibilidade de acesso ao apoio de profissionais especializados em CP, permitiria também a identificação de necessidades quanto a recursos e formação. O LCP seria iniciado quando a condição do doente se deteriorasse, mediante o estabelecimento prévio de determinados critérios. Como ferramenta multidisciplinar, o LCP integra para além de intervenções do âmbito médico (de que é exemplo, a prescrição terapêutica), também aspectos respeitantes especificamente à enfermagem, como as medidas de conforto, a descontinuidade de intervenções consideradas desproporcionadas no âmbito da enfermagem (ANTUNES, 2015). No âmbito do LCP, Glare *et al.* (2003) referem que quando não existem dúvidas de que a morte do paciente está iminente, os objetivos dos cuidados a prestar devem ser redefinidos, devendo as intervenções de enfermagem incidirem no conforto e segurança. Destacam ainda que atendendo à dificuldade de prever quando um paciente irá falecer, é necessário equilibrar as intervenções que podem ser retiradas de forma segura. Os cuidados à boca, ao nível da eliminação e das áreas de pressão, devem integrar o plano de cuidados, não devendo sofrer interrupção, enquanto outras podem ser descontinuadas ou

modificadas, no que concerne à avaliação rotineira dos sinais vitais, entre outros (GLARE *et al.*, 2003). O LCP integra ainda aspectos respeitantes às necessidades psicológicas, espirituais e/ou religiosas, bem como ao nível da comunicação. O LCP mereceu várias considerações negativas nos meios de comunicação social, levando o Ministério da Saúde do Reino Unido a criar uma comissão independente para a sua avaliação. Nesse sentido, Neuberger *et al.* (2013) elaboraram um relatório, tendo concluído que o LCP quando corretamente utilizado contribui para uma morte digna, de forma pacífica. No entanto, foram apontadas críticas e preocupações: a sua implementação poder ser associada ao desinvestimento nos cuidados; a ausência de sustentação científica quanto aos potenciais benefícios e potenciais efeitos adversos; entre outras. A comissão recomendou para um prazo de 6 a 12 meses a substituição do LCP por um “Plano de Cuidados em Fim de Vida”, amparado por orientações de boas práticas específicas a cada condição.

Delgado (2012), num estudo quantitativo, retrospectivo, em que envolveu uma amostra de 31 doentes falecidos nos três primeiros meses de 2012, que tinham sido internados em fase terminal, num Serviço de Medicina Interna (SMI) de uma região de Portugal, para a recolha de dados utilizou um formulário concebido como base no LCP (versão 12). A amostra era maioritariamente do sexo masculino (54,8%), com predomínio da faixa etária dos 76 a 89 anos, sendo o diagnóstico de entrada mais frequente a infeção. A autora encontrou como sintomas mais frequentes: o delírium (61,3% da amostra) nas últimas 72h, a dor nas últimas 48h (67,7% da amostra) e a dispneia nas últimas 24h (77,4% da amostra).

Numa revisão sistemática efetuada por Kehl e Kowalkowski (2012), respeitante a estudos publicados entre janeiro de 1996 e maio de 2012, acerca da prevalência dos sinais e sintomas nas duas últimas semanas de vida, envolvendo 12 artigos, 2416 doentes, verificou-se como sintomas mais prevalentes: a dispneia (56,7%), a dor (52,4%), as secreções respiratórias/estertor (51,4%) e a confusão (50,1%).

No estudo de Delgado (2012), quanto às intervenções farmacológicas, verificou que para o controlo de sintomas, nas últimas 72 horas, os analgésicos não opióides foram os mais prescritos (64,5%), seguido pelos opióides (61,3%). No que concerne à via de administração dos fármacos, a via endovenosa foi a mais usada em detrimento da via oral e subcutânea.

Segundo Antunes (2015), atendendo que a utilização da via oral para a administração de fármacos deixa de ser possível, fruto da habitual incapacidade em deglutir que acaba por surgir, a utilização via SC em doentes agónicos passa a constituir uma das vias de eleição, apresentando vantagens sobre a via EV e IM, na medida em que promove um menor desconforto, o menor risco de hemorragia e infeção. Também Carvalho (2018) refere-nos que atendendo ao princípio do menor dano aquando da seleção da via de administração da terapêutica, a via SC oferece uma maior comodidade ao doente, seja em ambiente hospitalar ou ao nível do domicílio. Num estudo qualitativo desenvolvido

por esta autora, envolvendo médicos e enfermeiros, no qual se procurou conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde relativamente à utilização da via SC na gestão de sintomas na pessoa em fim de vida, nos seus resultados destaca-se o considerar esta via como a mais confortável, menos dolorosa e mais segura, entre outros aspetos positivos, no entanto existem constrangimentos que impossibilitam a sua utilização, entre os quais, as alterações existentes ao nível da integridade cutânea, de resto como evidenciado na literatura científica.

O enfermeiro assume um papel fulcral na assistência que presta ao doente em fim de vida, onde se destacam as intervenções não farmacológicas. No estudo de Delgado (2012) quanto às intervenções não farmacológicas, nas últimas 72 horas, destacam-se: a monitorização; cuidados de eliminação intestinal e urinária, hidratação e alimentação, cuidados com a pele e ao nível das medidas de conforto. A tomada de decisão para a instituição das medidas de conforto foi prescrita em 58,1% da amostra. Em igual percentagem estava documentada a decisão de não reanimar. O tempo que decorreu desde a decisão de medidas de conforto e o momento da morte, foi inferior ou igual a 72 horas para 11 doentes (35,5% da amostra) e superior às 72 horas para 7 doentes (22,6% da amostra). Ao nível das intervenções invasivas, nas últimas 72 horas destacam-se como as duas principais, as análises sanguíneas (77,4%) e a gasimetria (61,3%). Os resultados levaram a autora a salientar que o reconhecimento do ingresso do doente nos últimos dias/horas de vida e a instituição de cuidados de conforto constituirão certamente boas práticas.

Antunes (2015), num estudo em que procurou efetuar a caracterização dos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença oncológica, que se encontrava em agonia, envolvendo uma amostra de 96 doentes em fase terminal, verificou que se bem que alguns cuidados previstos no LCP eram comumente implementados (registados), tal não ocorria ao nível de muitos outros cuidados. Salienta ainda que apesar dos enfermeiros identificarem o estado de agonia mais cedo, manifestaram dificuldade em adequar os cuidados. Machado (2018), num estudo retrospectivo, envolvendo 100 falecidos num SMI, salienta nas suas conclusões, que nas 48h antes da morte, apesar da irreversibilidade da situação clínica do doente, nem sempre se privilegiou o conforto e se evitou a obstinação terapêutica. Quando a morte é um desfecho inevitável que vai ocorrer em breve, fruto do agravamento do estado do doente, os cuidados devem incidir essencialmente no alívio da sintomatologia, no conforto, bem como, na comunicação e na salvaguarda da dignidade da pessoa, de acordo com os desejos expressos pela mesma, e não em procedimentos e tratamentos sem benefício expectável (CARNEIRO, 2020). Gómez-Sancho *et al.* (2010) apontavam como causas para a obstinação terapêutica: as dificuldades na aceitação do processo da morte, o ambiente de índole curativo, a falta de formação, o pedido da família e do próprio utente, a pressão para a utilização de tecnologia diagnóstica ou terapêutica.

No controlo dos sintomas físicos na agonia, torna-se fulcral a sua correta avaliação, determinantes para a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas, que

devem ser apropriadas, visando a promoção do conforto, como nos salientam vários autores (ANTUNES, 2015; DELGADO, 2012). Num estudo de natureza qualitativa, no qual se procurou identificar as experiências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia, nos seus resultados destacam-se que os enfermeiros consideraram como intervenção de maior impacto para os bons cuidados a promoção do conforto físico, com enfoque nos posicionamentos e nos cuidados de higiene (MOREIRA, 2014).

Quando nos reportamos ao doente em estado de agonia, os posicionamentos devem ser realizados de forma adequada, caso contrário poderão originar um maior desconforto, pelo que quanto à periodicidade, a alternância dos mesmos deve, como nos alerta Antunes (2015), basear-se no bem-estar do doente e não na habitual justificação de necessidade de se prevenirem as úlceras de pressão.

Em dezembro de 2015, o Instituto Nacional para a Saúde e Excelência dos Cuidados (NICE, 2015) do Reino Unido, com o intuito de melhorar os cuidados de fim de vida das pessoas (com 18 ou mais anos) que se encontravam nos seus últimos dias de vida (2 a 3), emana orientações baseadas na evidência (NG31), destinados a todos os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados para qualquer contexto do serviço nacional de saúde, sem carácter obrigatório. Vários pontos chave são abordados, tais como o reconhecimento de quando o doente pode estar a entrar nos últimos dias de vida. A comunicação constitui outro dos pontos. A este respeito o profissional de saúde deve atender à capacidade mental atual do doente para comunicar, bem como para participar de forma ativa nos seus cuidados. Visando a melhoria dos cuidados, as orientações enfatizam a prestação dos cuidados individualizados, com envolvimento dos próprios nas decisões, bem como a manutenção do seu conforto e a dignidade. Contemplam ainda a gestão de sintomas mais comuns sem causar efeitos secundários inaceitáveis e a manutenção da hidratação.

4 | CONCLUSÃO

Um maior número de situações de doença terminal, com necessidades de carácter paliativo, decorre do crescente número de doentes de idade mais avançada, com patologia(s) crónica(s).

O enfoque dos cuidados paliativos assenta na promoção do bem-estar e qualidade de vida do doente que se encontra em situação de sofrimento, resultante da doença incurável ou grave, com enfoque, quer para a prevenção, quer para o alívio, do sofrimento biopsicossocial e espiritual. O controlo sintomático, em CP, ocupa uma posição de relevo. Todavia, há um período em que a exacerbação dos sintomas existentes ou o aparecimento de novas manifestações requerem igualmente uma prática assistencial ajustada, correspondente à fase de agonia. Na literatura científica a fase de agonia corresponde ao período que precede a morte (respeitante aos últimos dias/horas de vida), manifestado

por um agravamento crescente da situação clínica, cujos sinais e sintomas mais comuns são: a dispneia, a dor, as secreções respiratórias/estertor e a confusão. Ao longo dos tempos desenvolveu-se no Reino Unido uma ferramenta multiprofissional direcionada para o atendimento de pacientes moribundos, que mereceu atualizações e críticas, tendo sido descontinuado após avaliação por uma comissão independente. A abordagem terapêutica integra ações farmacológicas e não farmacológicas. No âmbito da enfermagem, salientam-se as intervenções não farmacológicas apropriadas, que privilegiem o conforto do doente.

A referenciação atempada dos doentes terminais com necessidades paliativas, para a equipa intra-hospitalar de Suporte de CP, bem como a aposta na formação contínua da equipa multidisciplinar que tem de lidar com o doente terminal com necessidades paliativas, nas suas últimas horas ou dias de vida (morte iminente), num serviço de internamento não especializado em CP, constituirão certamente mais-valias para uma melhor abordagem destes doentes, em prol da qualidade dos cuidados.

É um facto que a existência de orientações/protocolos, suportados pela melhor evidência científica, tem contribuído para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados em saúde. Consideramos que a criação, validação e adaptação de ferramentas em benefício do melhor atendimento do doente terminal, no que concerne aos seus últimos dias ou horas de vida, poderia auxiliar na difícil tarefa de reconhecimento da morte iminente, na maximização do controlo sintomático e na minoração das intervenções desnecessárias, alicerçado numa base multiprofissional, onde se integram as intervenções respeitantes aos enfermeiros, devendo atender sempre à condição específica de cada doente. Estamos certos de que o assunto continua a requer uma maior discussão científica e acima de tudo humana.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39, 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

ANTUNES, Inês Filipa Dias dos Santos. **Caracterização dos Cuidados de Saúde prestados ao Doente Oncológico em “Agonia”, num Serviço de Medicina com Especialidades Médicas.** Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2015. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/39723/1/12147_Tese.pdf

BLINDERMAN, C. D.; BILLINGS, J.A. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. **N Engl J Med**, 373 (26), 2549-61, 2015. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1411746>

BRAGA, B.; RODRIGUES, J.; ALVES, M.; & NETO, I. G. Guia Prático da Abordagem da Agonia. **Medicina Interna**, 24 (1), 48–55, 2017. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf

CAPELAS, M. L. *et al.* Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. **Cadernos de Saúde**, 10, 14–22, 2018. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>

- CARNEIRO, R. *et al.* Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida num serviço de medicina interna e numa unidade de cuidados paliativos. **Acta Médica Portuguesa**, 24 (4), 545-554, 2011. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF3/002257.pdf>
- CARNEIRO, R.; & CARNEIRO, A. H. A. Decisão de Não Reanimar. **Medicina Interna**, 27 (2), 169-173, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/P.Vista/277/19/2/2020>.
- CARNEIRO, R.; CARNEIRO, A. H.; & FREIRE, E. Cuidados ao Doente em Morte Iminente: Do Básico se Faz Avanço Científico! **Medicina Interna**, 28 (1), 6, 2021. <https://doi.org/10.24950/Editorial/315/20/1/2021>
- CARVALHO, Dulce Maria da Silva. **A via subcutânea na gestão dos sintomas na pessoa em fim de vida: perspetivas dos profissionais de saúde**. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2207>
- DELGADO, Elisabete Moreira. **Caraterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72 horas de vida**. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2012. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=15916
- ELLERSHAW, J. Introduction. In: ELLERSHAW, John & WILKINSON, Susie (eds), **Care of Dying, a pathway to excellence**. (p.XI-XIII). Oxford University Press, 2003.
- GLARE, P.; DICKMAN, A.; & GOODMAN, M. Symptom control in care of the dying. In ELLERSHAW, John & WILKINSON, Susie (eds), **Care of Dying, a pathway to excellence**. (p.42-61). Oxford University Press, 2003.
- GÓMEZ-BATISTE, X., *et al.* Principles, Definitions and Concepts. In: GÓMEZ-BATISTE, Xavier & CONNOR, Stephen (eds), **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017; p. 45-62.
- GÓMEZ-SANCHO, M. *et al.* Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones, **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, 17 (3), 177-179, 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es&tlng=es.
- KEHL, K.A.; & KOWALKOWSKI, J.A. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 30 (6), 601-616, 2012. Doi: 10.1177/1049909112468222
- LEI N.º 52/2012 da Assembleia da república (2012). **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos**. Diário da República N.º172 - I Série de 5 de Setembro, Portugal, 2012. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- MACHADO, S. *et al.* Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida. **Medicina Interna**, 25(4), 286–292, 2018. DOI: 10.24950/rspm/origina/90/4/2018.
- MARQUES, A., M.; SILVA, M., I. **Cuidados Paliativos**, 2018. Disponível em: http://metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_paliativos

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Retrato da Saúde 2018**, Portugal, 2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

MOREIRA, T. A. R. B. **Vivências dos enfermeiros no processo de cuidar do doente em agonia**. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1190>

NETO, I.,G. (2020). **Cuidados Paliativos**. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

NEUBERGER, J., *et al.* **More Care, Less Pathway a Review of the Liverpool Care Pathway**, 2013. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE [NICE]. **Care of dying adults in the last days of life**, 2015. Disponível: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care services**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-glaring-shortage-of-quality-palliative-care-services>

PAIS, C. *et al.* Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. **Medicina Interna**, 26(3), 238–246, 2019. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/253/18/3/2019>

PAIS, N. J. *et al.* Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. **Revista de Enfermagem Referência**, 5(3), e20023, 2020. Doi:10.12707/RV20023

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS [SECPAL] (s.d). **Guía de cuidados paliativos**. Disponível em: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

A PREVENÇÃO DA DERMATITE DAS MÃOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE UM DESAFIO PARA A SAÚDE OCUPACIONAL

Data de aceite: 02/05/2023

Marlene Rutilia Serpa Morais Ribeiro

INTRODUÇÃO

Presentemente, os tempos são desafiadores para as organizações de saúde, este campo está vivenciando situações que ameaçam a sobrevivência das organizações, na medida em que diariamente são colocados à prova novas lutas. Os diferentes fatores do contexto de trabalho estão altamente correlacionados com a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, neste sentido as intervenções de promoção da saúde no local de trabalho, com foco nas intervenções de prevenção das diferentes doenças ocupacionais, mais concretamente nos casos da doença ocupacional de Dermatite de Contato, em Profissionais de Saúde, consiste num desafio persistente no atual cenário pandémico COVID 19.

Neste enquadramento, o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – extensão 2018-2020 é claro e conciso,

quando caracteriza a Saúde Ocupacional/Segurança e Saúde do Trabalho com a finalidade de prevenir os riscos profissionais, proteger e promover a saúde do trabalhador. Complementa, que a Saúde Ocupacional (SO) visa garantir ambientes de trabalho saudáveis, através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho.

A eficácia relativa à intervenção da promoção da saúde em contexto de trabalho tem impacto nos resultados relacionados à saúde/doença, duração da incapacidade para o trabalho, qualidade de vida, assim como nos resultados económicos. Em saúde, a qualidade edifica uma importante meta a atingir pelas diferentes instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste sentido, as consequências de uma boa prática de cuidados são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os clientes a quem se destinam as intervenções e, por conseguinte, para

as organizações de saúde.

No atual artigo de opinião/revisão de literatura a escolha recai sob o tema: A prevenção da dermatite das mãos nos profissionais de saúde um desafio para a Saúde Ocupacional. Pretendo nesta explanação atingir os seguintes objetivos: Identificar de forma explícita considerações pertinentes sobre o PNSO, políticas e legislação aplicáveis à Enfermagem do Trabalho (ET) e a importância do planejamento e as especificidades dos Serviços de Saúde Ocupacional (SSO); analisar e interpretar a problemática da doença ocupacional da dermatite das mãos em profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, considerando a pertinência do aumento desta problemática durante a atual pandemia COVID 19. É minha pretensão descortinar qual o contributo dos programas de intervenção em Saúde Ocupacional para a redução das dermatites das mãos dos enfermeiros.

METODOLOGIA

Na condução desta metodologia, adotei a revisão bibliográfica de literatura, *“objetivando colocar o investigador em contato direto com aquilo que foi descrito sobre determinado assunto”* (1). Nesse sentido, esta revisão seguiu as seguintes etapas: seleção da temática; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados.

Foi enunciada a questão que norteou a pesquisa bibliográfica: *De que forma os programas de prevenção da dermatite das mãos, dos enfermeiros, realizados em contexto laboral, traduzem resultados na redução desta doença ocupacional?*

Nesta revisão bibliográfica a escolha recai sob o tema: *Dermatite Ocupacional das Mãos (DOM), nos Profissionais de Saúde - Enfermeiros*. Inicialmente, pesquisei o significado das designações: *“Dermatite das Mãos”, “Programa de Intervenção”, “Saúde Ocupacional”* e *“Enfermeiros”*, realizando posteriormente, uma breve contextualização do cenário de DOM, em época de Pandemia COVID 19, para melhor suportar a estrutura de conteúdo do estado da arte. Nesta explanação, tencionei atingir os seguintes objetivos: catalogar a doença ocupacional da dermatite das mãos e a sua prevalência nos profissionais de saúde – enfermeiros, não só na época de pandemia COVID 19 (uma vez que, a época de pandemia sendo um período recente, encontrei pouco conteúdo e não, propriamente, programas de intervenção na SO), também realizei a revisão de literatura complementar. É minha aspiração, descortinar o contributo dos programas de intervenção de SO, na área da prevenção da dermatite das mãos em profissionais de saúde; pertinência do programa de SO; sugestões e resultados.

O levantamento das produções bibliográficas ocorreu durante o mês de novembro e dezembro de 2021, sendo utilizadas para pesquisa as principais bases de dados: Google

Scholar; EBSCO Host; Medline; Web of Science; CDR e Repositório da Universidade do Porto e Scielo. Os termos utilizados para a busca dos artigos foram: metodologias ativas de aprendizagem e educação em saúde. Assim, foram utilizados os seguintes descritores: “intervention programs”; “occupational health”; “dermatitis of the hands”; “nurses” e os operadores booleanos ((“methods”[MeSH Terms] OR “methods”[All Fields] OR “intervention”[All Fields]) and programs[All Fields]) AND (“occupational health”[MeSH Terms] OR (“occupational”[All Fields] AND “health”[All Fields]) OR “occupational health”[All Fields]) AND ((“dermatitis”[MeSH Terms] OR “dermatitis”[All Fields]) AND (“hand”[MeSH Terms] OR “hand”[All Fields] OR “hands”[All Fields])) AND (“nurses”[MeSH Terms] OR “nurses”[All Fields]).

Na ocasião, os critérios de seleção foram artigos de caráter público e de livre acesso (disponíveis gratuitamente), incluindo estudos disponíveis na íntegra (com resumos e textos completos), escritos em português ou inglês, referentes ao período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021 (nos últimos cinco anos dirigido a profissionais de saúde, artigos contendo nos seus títulos ou nos seus resumos os descritores supramencionados. A origem dos artigos selecionados num total de apenas quatro estudos, por serem os que aludem aos programas de prevenção da dermatite ocupacional das mãos, nos profissionais de saúde. Não optei só pelo período de pandemia, por este intervalo de tempo ser muito restrito e existir pouca evidência.

Foram critérios de exclusão, os artigos dirigidos a outros grupos profissionais; artigos que só fazem uma breve descrição da dermatite das mãos e artigos que após a leitura do texto, não referem conceções teóricas sobre os programas de intervenção em relação à dermatite das mãos, nos profissionais de saúde. Foram ainda excluídos durante a busca: toda a produção duplicada, editoriais, cartas ao editor, bem como os boletins epidemiológicos.

Além dos artigos da revisão de literatura, foi também usada bibliografia complementar. A revisão bibliográfica dos estudos científicos, foi efetuada durante o mês de dezembro de 2021.

A figura 1, representa o fluxograma da revisão bibliográfica, das buscas dos estudos primários, que foram a base para a realização desta narrativa.

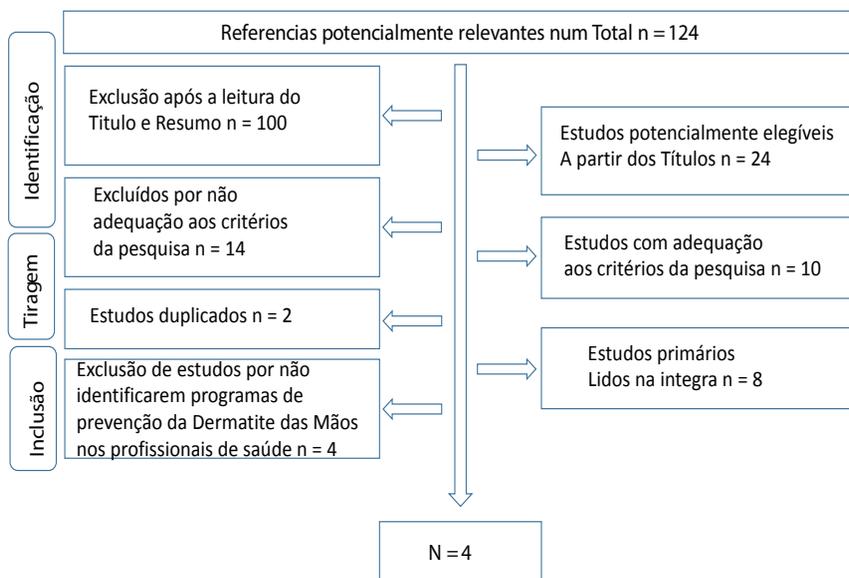


Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos.

Fonte: Adaptado pelo Prisma de Moher (2). Dados da pesquisa, 2021.

Autor(s) Publicação Ano do estudo	Tipo de Estudo Origem do Estudo	Título da Publicação	Objetivo Geral População	Principais Conclusões
Markus Reinholz; Benjamin Kendziora; Surina Frey; Eva Maria Op Franziska Rue FF; Benjamin Maximilian; Clanner-Engelshofen; Markus V. Heppt; Lars Einar French; Andreas Wollenberg <i>Eur J Dermatol</i> 2021	Estudo Observacional Alemanha	<i>Increased prevalence of irritant hand eczema in health care workers in a dermatological clinic due to increased hygiene measures during the SARS-CoV-2 pandemic</i>	Investigar a prevalência e sintomas de eczema nas mãos, bem como medidas de higiene e conceitos de cuidados, em profissionais de saúde alemães. População: 66 enfermeiras e médicos	Os emolientes foram aplicados com mais frequência durante a Pandemia de COVID-19, mas isso não foi suficiente para prevenir eczema de mão neste grupo de estudo. Ainda não há um efetivo esquema terapêutico padronizado descrito, que seria prevenir ou reduzir o eczema ocupacional das mãos nos cuidados de saúde trabalhadores. Medidas preventivas, como aumento do uso de emolientes deve ser recomendado para profissionais de saúde. Se houver sintomas de eczema nas mãos, o uso apenas de creme hidratante é insuficiente e medicamentos como anti-inflamatório devem ser incluídos no regime terapêutico para reduzir os danos a longo prazo e o desenvolvimento de eczema ocupacional das mãos. Lavar as mãos por 20 segundos com o sabão é mais perigoso para a pele do que o uso de desinfetantes com ingredientes restauradores de lipídios. Além disso, programas educacionais podem ser bem-sucedidos, por ex. temperatura da água na higiene das mãos e determinação de fatores de co-risco de eczema de mão. Este estudo é limitado pelo facto de o número de participantes ter sido pequeno, o recrutamento foi monocêntrico e a sensibilização alérgica de contato não foi avaliada pelo teste de contato. No entanto, mostra claramente um aumento de irritantes tóxicos eczema de mão na época da pandemia de COVID-19.

<p style="text-align: center;">2020</p> <p style="text-align: center;">Pavel V. Chernyshov e Liliia Kolodzinski Wiley – <i>Dermatologic Therapy</i></p>	<p>Estudo Prospectivo</p> <p>Kiev – Ucrânia</p>	<p>Prospective study on hand dermatitis in nurses and doctors during COVID-19 pandemic and its improvement by use of adopted recommendations of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Contact Dermatitis</p>	<p>Verificar aspectos relacionados à saúde Qualidade de Vida relacionada aos desinfetantes em uso entre profissionais de saúde, durante a pandemia de COVID-19, e diferenças entre enfermeiros e médicos; Constatar as possibilidades de melhoria, fornecendo apenas recomendações vs recomendações e gel purificante para as mãos com etanol; glicerina e bálsamo emoliente.</p> <p>População: 102 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)</p>	<p>No caso da avaliação de estudo de Qualidade de Vida dos profissionais de saúde, os resultados confirmaram a eficácia das recomendações básicas, identificaram os participantes que precisam de consulta dermatológica, além das recomendações básicas e mostraram a importância da inclusão de medidas preventivas, programas de aconselhamento psicológico para enfermeiros com foco nas relações com parceiro e família. O tratamento e os programas educacionais para profissionais de saúde com doenças de pele ocupacionais, demonstrou ser altamente eficaz, resultando em melhora duradoura dos sinais clínicos e da Qualidade de Vida destes profissionais.</p>
<p style="text-align: center;">2018</p> <p style="text-align: center;">Maryam Soltanipoor; Thomas Rustemeyer; Judith K. Sluiter; John Hines; Federico Frison; Sanja Kezic Wiley – <i>Contact Dermatitis</i></p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado</p> <p>Holanda</p>	<p><i>Evaluating the effect of electronic monitoring and feedback on hand cream use in healthcare workers: Healthy Hands Project</i></p>	<p>Investigar se um programa de intervenção, com base no fornecimento de cremes para as mãos e feedback regular sobre o consumo de cremes, e se este leva a uma redução na gravidade da Dermatite das mãos, em enfermeiras.</p> <p>População: 19 enfermeiras com 6 a 58 enfermeiros por enfermaria. Total 501 enfermeiros.</p>	<p>É o primeiro ensaio para relatar a eficácia de um programa de prevenção no ambiente de saúde com foco na aplicação de cremes combinados com monitoramento contínuo e feedback sobre a pele no desempenho do autocuidado. Esta intervenção foi relatada para melhorar a dermatite das mãos com o uso de creme. Não obstante, a intervenção mostrou efeitos positivos gerais sobre a gravidade dos sintomas de dermatite das mãos, apoiando os benefícios dos cremes no local de trabalho, em particular nos profissionais de saúde com dermatite das mãos leve. Como as intervenções de saúde ocupacional tendem a ser complexas e dependente do contexto, avaliação foi baseada estritamente no objetivo principal e os resultados secundários no grupo total podem não refletir o benefício geral da intervenção. O presente estudo, não focou as barreiras e facilitadores do uso de creme para as mãos; contudo, o fato de usar creme, apesar de resultar em alguma melhora durante a avaliação, ainda permanece bastante baixo, e inquietante. Para projetar com sucesso as estratégias de prevenção da dermatite das mãos no futuro, uma investigação adicional de esses fatores é essencial.</p>

<p>Ira Madan; Vaughan Parsons; Barry Cookson; John English; Tina Lavender; Paul McCrone; Carolle Murphy; Georgi Niani; Lesley Rushton; Julia Smedley; Hywel Williams; Alison Wright; David Coggon <i>Trials – Open Access</i> 2016</p>	<p>Ensaio Clínico controlado randomizado</p> <p>Reino Unido</p>	<p><i>A behaviour change package to prevent hand dermatitis in nurses working in the National Health Service: results of a cluster randomized controlled trial</i></p>	<p>O ensaio <i>Skin Care Intervention in Nurses</i> testou a hipótese de que um pacote de intervenção para mudança de comportamento, juntamente com o fornecimento de hidratantes para as mãos, poderia reduzir a prevalência pontual de dermatite das mãos em comparação com o tratamento padrão entre enfermeiros que trabalham no NHS. O objetivo secundário foi avaliar o impacto da intervenção nas crenças e no comportamento dos participantes em relação ao cuidado com as mãos, e o custo-efetividade da intervenção em comparação com o cuidado normal.</p> <p>População: 845 estudantes de enfermagem em ensino clínico + 1111 enfermeiras da UCI.</p>	<p>Os componentes da intervenção são suportados por evidências, parecem não ter efeitos adversos e são relativamente baratos. Portanto, esses princípios devem continuar a complementar as estratégias de prevenção da dermatite das mãos em enfermeiras. Os empregadores devem fornecer cuidados de saúde aos enfermeiros com pronto acesso a cremes hidratantes das mãos. O Programa tipo que testado adiciona pouco às melhores práticas, e não deve ser adotado sem outras evidências de suporte.</p>
---	---	--	--	---

Tabela I - Síntese das evidências encontradas nos estudos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A PREVENÇÃO DA DERMATITE DAS MÃOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE UM DESAFIO PARA A SAUDE OCUPACIONAL

O conceito de saúde ocupacional, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) corresponde a um conjunto de intervenções realizadas por profissionais especializados em várias áreas cujo objetivo comum é a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, o assegurar da segurança, bem-estar, conforto e integridade dos mesmos e o incentivo de ambientes de trabalho saudáveis (3).

As condições laborais e contextos de trabalho sofreram uma evolução longínqua, porém, constante ao longo dos tempos e a enfermagem do trabalho descobre a sua trajetória evolutiva nesta realidade. O começo desta área de exercício de enfermagem emerge nos finais do século XIX, quando no norte da Europa se procedeu ao reconhecimento das enfermeiras pioneiras nos contextos de trabalho. Em Portugal, também se viveu este caminho da Enfermagem do Trabalho, estando hoje, reconhecida como uma competência acrescida diferenciada por aquele que é o organismo que tutela o seu exercício, a Ordem dos Enfermeiros.

Em Portugal, e apesar dos enfermeiros terem desde sempre adotado que preenchiam uma atitude distinta no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde e da higiene e segurança nos locais de trabalho, só no final do século XX, o enfermeiro do trabalho, consegue ver pela primeira vez as suas competências na área da saúde ocupacional delineadas em matéria legislativa. A Lei n.º 7/95 de 29 março, foi precursora nesse sentido, regulamentando o perfil de competências dos enfermeiros do trabalho quando, na alínea 6) do seu artigo 23, consta: “*Considera-se enfermeiro do trabalho, o enfermeiro com o curso de estudos superiores especializados de Enfermagem de Saúde Pública com formação específica no domínio na saúde do trabalho.*” (4). Mais tarde, o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, com a Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, alertava para o facto de a enfermagem do trabalho carecer de regulamentação distinta, quando mencionava que esta área profissional permanecia sem “*legislação específica*” que descrevesse o seu desenvolvimento (5).

Neste seguimento, a DGS atribuía aos enfermeiros do trabalho um conjunto que, compreendiam: a participação na definição de políticas de saúde da empresa; a colaboração no planeamento e avaliação dos programas de saúde; a participação na vigilância da saúde dos trabalhadores, juntamente com o médico do trabalho; a prestação de cuidados de enfermagem no local de trabalho, nomeadamente na prestação de primeiros socorros, administração de medicação prescrita e no encaminhamento dos casos urgentes para unidades de saúde; a colaboração com outros profissionais na identificação de riscos profissionais e o acompanhamento dos planos de intervenção para reduzir a exposição ou limitar os danos profissionais; a formação e informação ao nível da saúde dos trabalhadores; o desenvolvimento e avaliação de programas de promoção de saúde relacionados com o trabalho e outros programas gerais de saúde na organização.

O Plano Nacional de Saúde Ocupacional foi instruído para o período 2013/2017. Resultando um intervalo alargado, para que surgissem novos avanços em relação à regulamentação do exercício da enfermagem do trabalho, a Direção Geral da Saúde (DGS) avança com a Orientação n.º 009/2014, de 03 de junho. Consagra neste documento que “*A atividade do Enfermeiro do Trabalho é dirigida à gestão da saúde do trabalhador ou de grupos de trabalhadores.(...) Focaliza-se na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros*” e que para a obtenção da autorização do seu exercício seria necessário ser detentor de um conjunto de critérios de formação e competências técnicas e reconhecidas para o efeito (06).

Inicia-se uma nova era para a especificidade da Enfermagem do Trabalho e a regulação da sua prática, sendo necessária formação especializada para dar resposta às necessidades específicas dos contextos laborais. Por sua vez, a DGS/Saúde Ocupacional faz publicar a Informação Técnica 10/2015, cujo conteúdo apontava “*estabelecer um*

referencial quanto aos conteúdos curriculares mínimos no âmbito da “Enfermagem do Trabalho”, que deverão ser orientadores da formação a ser prestada”.

O Plano Nacional de Saúde Ocupacional - extensão 2018/2020, subsiste em consonância com o Plano Nacional de Saúde 2020, nas diferentes áreas: políticas saudáveis; cidadania em saúde; equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; obter ganhos em saúde. E reconhece que a saúde ocupacional migra nas diversas áreas e programas da saúde, podendo fomentar de forma positiva os mesmos com a sua intervenção. O seu alicerce estratégico é a excelência da SO com especial relevância para a uma prática de qualidade nos cuidados prestados aos trabalhadores, este fundamento ajusta a proteção dos riscos profissionais, a proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

A Ordem dos Enfermeiros após trabalho continuado nesta vertente, desponta o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem do Trabalho, art.º 2, alinha e), designa de forma concisa no seu descritor que a Enfermagem do Trabalho é a “área de exercício profissional dirigida à gestão da saúde e segurança do trabalhador na sua relação com o ambiente de trabalho. Focaliza -se no bem-estar, na promoção, proteção, vigilância e recuperação da saúde, bem como na prevenção de riscos profissionais, de acidentes, doenças profissionais e doenças relacionadas e/ou agravadas pelo trabalho, em parceria com os trabalhadores, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros tendo em conta as características individuais, do posto de trabalho e do ambiente socio laboral” (7).

Neste enquadramento, importa descortinar que o Planeamento em Saúde é um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo – que, para passar a uma prática institucionalizada, carece de uma base de aceitação alargada (legítima, social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação (8).

Estes autores corroboram que a necessidade de planeamento em saúde nasce devido a vários fatores particularmente: dos recursos escassos o que implica uma melhor e mais eficaz rentabilização dos mesmos; das causas dos problemas que carecem de uma intervenção imediata; das necessidades de circunscrever prioridades; das intervenções isoladas que devem ser evitadas, do facto de existirem infraestruturas dispendiosas que podem apoiar ao mesmo tempo vários equipamentos e da existência de equipamentos que podem ter utilizações multifacetadas. O Planeamento em Saúde consiste na “... racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócios económicos...” (8).

Os Serviços de Saúde Ocupacional (SSO) têm determinadas especificidades, onde o compromisso da liderança e a participação do trabalhador estão envolvidos em conceções éticas e valores subjacentes a estes. Os fatores como o ambiente físico de trabalho, recursos

para a saúde pessoal, envolvimento da empresa na comunidade e ambiente psicossocial do trabalho são pilares para obtenção de ganhos em saúde. A Saúde Ocupacional (SO) é um direito reconhecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) a que todos os trabalhadores devem beneficiar durante a sua vida profissional. Goza como finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e envolve várias áreas de especialização (medicina do trabalho, enfermagem do trabalho, segurança do trabalho, higiene do trabalho, psicologia do trabalho, ergonomia, entre outras).

As atividades médicas específicas viabilizam o efetivo da prevenção primária, secundária e terciária de doenças e lesões; empregam conhecimentos especializados e experiência na área da gestão. Avaliação do ambiente de trabalho e do seu impacto na saúde dos trabalhadores é inseparável da outra tarefa que é a da gestão. A abordagem multidisciplinar é essencial em SO, para assegurar o cumprimento da legislação para os empregadores, assim como os benefícios financeiros relacionados aos seguros em relação à saúde, segurança e controle do risco (9).

A Dermatite Ocupacional das Mãos (DOM) é uma doença inflamatória como resposta da pele das mãos após o contato com vários agentes irritantes, fatores como: água, detergentes, sabonetes, solventes, luvas, que podem causar danos diretos na pele (10) e desenvolve-se quando as capacidades regenerativas da pele estão exaustas e o contato com os agentes irritantes continua (10). Estes investigadores reiteram que a DMO, não é uma doença com risco de vida e as formas leves geralmente não interferem com a vida diária, porém os casos mais graves traduzem impactos consideráveis na qualidade de vida dos trabalhadores.

Neste enquadramento, as doenças de pele ocupacionais são frequentes em profissões com exposição aos perigos cutâneos. Reiteram que, as dermatoses ocupacionais estão entre as mais frequentes doenças ocupacionais nos profissionais de saúde (11). E está patente que, a doença DOM pode causar prejuízo funcional significativo, conduzir ao desconforto e às interrupções do trabalho nas organizações de saúde. Contemporaneamente, torna-se essencial conceber intervenções e estratégias preventivas primárias, quer sejam físicas, quer sejam comportamentais, para prevenir a DOM, nos profissionais de saúde.

Na Europa e nos EUA, os dados epidemiológicos sobre a incidência da dermatite ocupacional das mãos, estão disponíveis no site de registo de doença ocupacional da pele, dos Ministérios do Trabalho. Todavia, outras fontes são séries de casos e estudos transversais de estudos sobre a dermatite das mãos. Apesar das diferenças nas definições e formas de registo, o padrão das dermatoses ocupacionais é semelhante, no que se refere à dermatite das mãos dos profissionais de saúde.

A DOM pode ser considerada como um grave problema de saúde para os profissionais de saúde, embora uma vasta gama de cuidados com a pele, nomeadamente

estratégias e diretrizes políticas têm sido desenvolvidas nos últimos anos para minimizar este risco. Porém, a sua eficácia e a relação custo-benefício permanecem ocultas. As evidências sugerem que uma intervenção baseada na teoria do comportamento planejado e os desígnios de implementação, podem guiar os comportamentos aprimorados dos cuidados com as mãos (12).

A prevenção da DOM no setor de saúde é basilar para profissionais de saúde e para a segurança dos cuidados prestados aos clientes. As diretrizes para a prevenção das doenças da pele ocupacionais foram estabelecidas em vários países, com a seguinte estrutura hierárquica de prevenção: eliminação, redução de exposição ao perigo ou substituição de uma substância perigosa pelo uso de medidas organizacionais ou técnicas, e, quando estas são escassas, aplicar medidas de proteção pessoal e comportamentais (10).

Os profissionais de saúde são um grupo de trabalho vulnerável e têm risco aumentado de desenvolver a doença DOM, devido à sua exposição frequente ao trabalho húmido e a solutos irritantes, à exposição desprotegida, à alta frequência de procedimentos de lavagem das mãos ou oclusão prolongada das luvas (12).

Apesar da DOM dos profissionais de saúde não ser uma doença ocupacional recente, a sua problemática é pertinente e tem vindo a apresentar um alastramento exponencial nos últimos anos, com agravamento notório na atual época de pandemia COVID 19. Nesta premissa, sobre as dermatoses ocupacionais, estima-se que os custos anuais relativos ao presentismo, ao absentismo e às pensões de invalidez sejam crescentes (13).

As doenças de pele ocupacionais, principalmente envolvendo o contato com substâncias irritantes – as dermatites, são doenças comuns relacionadas com o trabalho e localizadas particularmente nas mãos. A exposição ambiental e a suscetibilidade pessoal contribuem largamente para o desenvolvimento do eczema das mãos. Segundo diversos autores, o eczema da mão caracteriza-se por uma manifestação de contato, designada por dermatite das mãos, e é uma das mais comuns doenças ocupacionais em países industrializados, podendo representar até 90% de todas as doenças de pele ocupacionais (12).

Na Holanda, em 2016, a sociedade Holandesa de Ocupação Medica estabeleceu uma diretriz para a prevenção da DOM em que enfatizava a importância da barreira da pele para a prevenção da DOM e recomenda o uso regular de produtos para a pele, como pomadas e emolientes. Vários programas de cuidados com a pele foram introduzidos, após esta data, nos ambientes hospitalares para ajudar a prevenir a doença ocupacional da pele (13).

Nos últimos tempos têm sido conturbados na área da saúde, em dezembro de 2019, em *Wuhan*, na China, surgiram os primeiros casos de pneumonia causados por um coronavírus, cujo a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamou o novo coronavírus 2019 e à doença COVID 19, em janeiro de 2020 e a 11 de março de 2020, a OMS

declarou pandemia COVID 19. Esta doença é observada em todas as faixas etárias e as características clínicas variam do estado assintomático para pneumonia, com dificuldade respiratória aguda e síndrome de falência de múltiplos órgãos.

Os profissionais de saúde que estão na linha da frente na luta contra a COVID 19, estão no grupo de alto risco para a transmissão do coronavírus, estes trabalhadores estão cientes que devem-se proteger com cuidados redobrados de higiene das mãos e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), nomeadamente as luvas como parte das medidas de higiene pessoal, estas por sua vez podem causar um aumento da frequência e gravidade de várias dermatoses (14). Além, disso aumentaram os níveis de ansiedade dos profissionais de saúde nesta pandemia, processo que também pode induzir algumas psicodermatoses.

Investigadores consolidam a mesma ideia, que a época de pandemia COVID-19 contribuiu para danos na pele das mãos dos profissionais de saúde, as dermatoses ocorreram induzidas por diversos riscos, nomeadamente longas horas de trabalho, desnecessárias lavagens das mãos e controlo de infeção impróprio. Consideram-se que as dermatoses são originadas pelo uso das luvas, principalmente por causa da oclusão e hiper-hidratação da pele devido à disfunção da barreira epidérmica (15).

Nesta premissa, corroboram que os altos níveis de ansiedade, comportamentos de proteção exagerados ou irracionais, e algumas medidas contra a COVID 19, podem desencadear ou agravar o surgimento de várias queixas dermatológicas (14).

Outros investigadores complementam que os efeitos psicossociais da pandemia COVID-19, sinalizam-se no aumento na dermatite das mãos e várias outras doenças de pele por causa do *stress* (16). As queixas de DOM podem ser reduzidas com o uso de EPI nos momentos ideais, higiene razoável, medidas de proteção básicas e apoio psicossocial aos profissionais de saúde (14).

Está patente que as medidas de higienização das mãos na população em geral e em particular nos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros aumentaram consideravelmente desde o surto de pandemia COVID 19, pelo que compreender a prevalência dos sintomas de dermatite ocupacional das mãos torna-se uma temática contemporânea e pertinente. A pandemia levou a um aumento significativo na incidência de eczema irritante nas mãos, pelo que as medidas preventivas do eczema das mãos nos profissionais de saúde devem ser intensificadas (17).

Em alguns estudos está explícito que as queixas dermatológicas, tipo eczema das mãos, podem estar correlacionados ao aumento das medidas de higiene e dos níveis de ansiedade, entre os profissionais de saúde durante o surto COVID 19, situação notável devido à higienização das mãos 10 vezes/dia e com tempos deste procedimento superiores a 10 segundos (14).

A frequência de desinfecção das mãos e reações adversas da pele entre profissionais de saúde aumentaram drasticamente desde o surto COVID-19, com a taxa de prevalência

de 97% de danos na pele destes profissionais, causados por medidas aprimoradas de prevenção da infecção, entre os cuidados de saúde de primeira linha. O uso de desinfetantes e de equipamentos de proteção, pelos profissionais de saúde, contribuíram também para um comprometimento significativo da qualidade de vida desta classe trabalhadora (16).

Por conseguinte, a pesquisa realizada no Iraque, avaliou a frequência de dermatoses ocupacionais em profissionais de enfermagem, decorrentes de práticas de cuidados de higiene e uso de EPI entre os profissionais de saúde que trabalharam durante a pandemia atual, sendo possível constatar o impacto da pandemia nas situações de dermatite das mãos. Esta dermatose aumentou exponencialmente, devido à lavagem frequente das mãos, uso prolongado de luvas e uso excessivo de desinfetantes (18).

Porém, as queixas de dermatite das mãos podem ser reduzidas com o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) nos momentos ideais, higiene razoável, medidas de proteção básicas e apoio psicossocial aos profissionais de saúde, para que estes possam ter resultados positivos nas implicações para algumas queixas dermatológicas (14).

A avaliação da qualidade de vida em dermatologia é um campo em rápido desenvolvimento, num estudo realizado em Kiev – Ucrânia, a aplicação do Questionário de Índice de Qualidade Dermatológica para medição da qualidade de vida, pôde avaliar não só os resultados do tratamento, através do registo fotográfico, mas também pôde visualizar os problemas em indivíduos a nível mais geral. Desta forma, foi possível verificar a qualidade de vida relacionada com os desinfetantes em uso entre os profissionais de saúde, durante a pandemia COVID 19, assim como, as diferenças entre enfermeiros e médicos e possibilidades da sua melhoria, fornecendo recomendações versus recomendações e gel purificante para as mãos com etanol, glicerina e balsamo emoliente (16).

Várias medidas podem ser usadas para diminuir a incidência de dermatite das mãos, incluindo o uso de sabonetes suaves, que são igualmente eficazes na propagação viral e uso frequente de hidratante e barreiras físicas, principalmente após a lavagem das mãos para proteger a pele e diminuir a irritação. Estes investigadores, preconizam que dependendo do estado da gravidade das lesões a dermatite deve ser tratada com emolientes e/ou tópicos esteroides e os anti-histamínicos também podem ser usados para diminuir o prurido (18). A maior prevalência de dermatites nos profissionais de saúde deve-se ao uso de EPI, nomeadamente as luvas, sendo que as causas atribuídas são: fricção mecânica, oclusão de longo prazo, maceração e contato alérgico.

Na premissa da OMS, a saúde educacional visa promover habilidades pessoais, capacitar e educar as pessoas em tópicos de saúde para aumentar o controle da saúde dos próprios. Está patente que, os programas preventivos educacionais para profissionais de saúde com doenças de pele ocupacionais, demonstrou ser altamente eficaz, resultando em melhora duradoura dos sinais clínicos e da qualidade de vida dos profissionais de saúde (16).

Por conseguinte, na Alemanha, esta teoria é colocada em causa (17) no estudo

realizado, os emolientes foram aplicados com mais frequência durante o Pandemia de COVID-19, contudo, não foi o suficiente para prevenir eczema das mãos, no grupo em estudo. Por isso, ainda não há um efetivo esquema terapêutico padronizado descrito, que objetive prevenir ou reduzir o eczema ocupacional das mãos nos cuidados de saúde destes trabalhadores. Noutra vertente, corroboram e reforçam que as medidas preventivas, como o aumento do uso de emolientes deve ser recomendado para os profissionais de saúde. Por vezes, nos sintomas de eczema nas mãos, o uso de emoliente apenas é insuficiente e medicamentos como anti-inflamatório devem ser incluídos no regime terapêutico para reduzir os danos a longo prazo e o desenvolvimento de eczema ocupacional das mãos.

Na Holanda, em 2018, emerge o primeiro ensaio para relatar a eficácia de um programa de prevenção da DOM no ambiente de saúde, com foco na aplicação de cremes combinados com monitoramento contínuo e *feedback* dado pelas enfermeiras participantes sobre o estado da pele no desempenho do autocuidado. A intervenção depois foi divulgada para melhorar a DOM com o uso de creme nos contextos de trabalho (13).

Não obstante, esta intervenção mostrou efeitos positivos gerais sobre a gravidade dos sintomas de dermatite das mãos, apoiando os benefícios dos cremes no local de trabalho, em particular nos profissionais de saúde com dermatite das mãos leve. Como as intervenções de saúde ocupacional tendem a ser complexas e dependentes do contexto, a avaliação foi baseada estritamente no objetivo principal e os resultados secundários no grupo total podem não refletir o benefício geral da intervenção. O presente estudo, não focou os fatores barreira e facilitadores do uso de creme para as mãos. Contudo, o facto de usar o creme, apesar de originar alguma melhora durante a avaliação, o seu benefício ainda permanece bastante baixo, e inquietante. Para projetar com sucesso as estratégias de prevenção da dermatite das mãos num futuro, uma investigação adicional de esses fatores será essencial.

Na área dos programas de prevenção da dermatite das mãos, o ensaio *Skin Care Intervention in Nurses*, foi um dos pioneiros e figura no Reino Unido, este testou a hipótese de que um plano de intervenção para a mudança comportamental, juntamente com o fornecimento de hidratantes para as mãos, que poderia reduzir a prevalência pontual de dermatite das mãos em comparação com o tratamento padrão entre outros enfermeiros. O objetivo secundário deste estudo, foi avaliar o impacto da intervenção nas crenças e no comportamento dos participantes em relação ao cuidado com as mãos, e o custo-efetividade da intervenção em comparação com o cuidado normal (19).

Estes investigadores atestam que, os componentes da intervenção são suportados por evidências, patenteiam não ter efeitos adversos e são relativamente baratos. Portanto, estes princípios devem continuar a complementar as estratégias de prevenção da dermatite das mãos nas organizações hospitalares. Nos cuidados de saúde, os administradores devem fornecer aos enfermeiros um acesso fácil de creme hidratante das mãos. Todavia, os profissionais de saúde testados neste programa acrescentaram pouco resultado a estas

práticas. Não devem ser adotadas estratégias destas sem outras evidências de suporte para enriquecer uma investigação deste âmbito.

A situação da DOM dos enfermeiros no contexto laboral, além dos efeitos adversos na vida dos profissionais de saúde, enfermeiros afetados, também pode influenciar negativamente a segurança dos clientes, levando a infeções cruzadas, conforme se pôde constatar em estudos realizados sobre esta temática, os profissionais de saúde com dermatite das mãos evitam o uso de desinfetantes para as mãos, por causa da sensação de ardência quando os desinfetantes são usados na pele danificada e a crença de que os desinfetantes ainda irão agravar mais os sintomas (13), os profissionais de saúde negligenciam o uso de desinfetante, o que leva às infeções cruzadas e por conseguintes maioríssimos gastos na organização de saúde.

Aludir ao foco na autogestão da equipa de enfermagem na promoção das medidas de prevenção da dermatite das mãos, é uma intervenção que terá como objetivo a redução da DOM e seus sintomas. Considero que a autogestão preventiva da DOM por parte do enfermeiro é fulcral, porque a educação por si só poderá não ter um efeito positivo na gravidade da doença, pelo que a autogestão das medidas preventivas da DOM guiará a ganhos em saúde nesta área. Neste contexto, o tratamento e os programas educacionais para profissionais de saúde com doenças de pele ocupacionais, demonstraram ser altamente eficazes, resultando em melhora duradoura dos sinais clínicos e da qualidade de vida dos enfermeiros e médicos (16).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentando a exposição destes estudos e programas de intervenção na área da DOM dos profissionais de saúde, a prevenção em primeira linha deve basear-se em estratégias no controlo técnico-organizacional dos perigos, proporcionando dispensadores de creme para as mãos, colocados em locais acessíveis nas enfermarias/salas de tratamento, desta forma promove-se a substituição dos perigos por substâncias menos tóxicas, menos irritantes e menos alergénicas para alguns profissionais. As mudanças encorajadoras no comportamento dos enfermeiros, como a consciencialização destes profissionais sobre a DOM e a necessidade da sua autogestão, passa pelo conhecimento sobre as medidas de frequência da higienização, desinfeção e hidratação das mãos no que respeita à proteção pessoal exclusiva.

A sensibilização através da educação/formação sobre a proteção das mãos pode abordar diversos aspetos da prevenção da DOM, inclui conselhos sobre como aplicar os cremes de proteção, hidratantes e uso das luvas. O treino da prática também pode ser incluído como parte das intervenções educativas dos enfermeiros expostos, são as chamadas intervenções comportamentais apoiadas na abordagem psicológica para promover a disseminação do conhecimento sobre a proteção da pele (10). Fornecer o

conhecimento sobre a proteção da pele pode ajudar aos enfermeiros em risco de DOM a adotar um comportamento preventivo adequado.

Nesta premissa, considero que o benefício potencial da educação para a proteção da pele é indireto, porque o benefício também dependerá das medidas aconselhadas e das particularidades de cada um. Reitero, o conhecimento por si só não garante a adoção de medidas preventivas de comportamento, pode ser razoável incluir nas mudanças de comportamento alguns elementos psicológicos que visam superar impedimentos/barreiras e promovam a motivação dos enfermeiros para as medidas preventivas de proteção da pele.

Considero que o sucesso de qualquer iniciativa que visa mudar as crenças, atitudes e comportamentos dos profissionais devem envolver uma liderança forte, apoio da gestão e das equipas de controlo da infeção hospitalar. Atualmente, os papéis dos gestores na promoção dos cuidados com as mãos entre os profissionais de saúde são reconhecidos, e no contexto vigente este envolvimento deve ser ainda mais legitimado e promovido.

Constata-se que as futuras pesquisas devem focar como será possível a cultura do contexto de trabalho ser alterada, de forma a permitir que os enfermeiros conheçam a importância de cuidar bem das mãos, principalmente o uso de hidratante para as mãos e como a evidencia desta prática está a ser realizada ao longo dos turnos (19).

Em epílogo, considero que o benefício de cada medida preventiva da DOM quando usada individualmente ou em grupo, nas condições dos atuais contextos de trabalho ainda não está clara. Uma intervenção educativa pode influenciar positivamente no conhecimento específico da doença e da prevalência da DOM, aconselham-se que as futuras pesquisas tenham como objetivo adaptar a prevenção primária para grupos alvo específicos, com reforço na educação de proteção da pele, frequência da exposição e abordagens específicas por diferentes serviços e género.

REFERÊNCIAS

1. MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V. - Metodologia Científica. São Paulo: Editora Atlas, 2004.
2. MOHER, D. [et al.] – Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015, N° 24, Vol. 2, pp. 335 – 342. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D, tradutores. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>
3. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Orientação n.º 09/2014 de 03 de junho. Autorização para o exercício de Enfermagem do trabalho. DGS. 2014 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/EnfermagemTrabalho_DGS_03062014.pdf
4. LEI N° 7/1995. Alteração, por ratificação, do Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro. 29 de março. <https://files.dre.pt/1s/1995/03/075a00/17101713.pdf>

5. LEI N.º 102/2009 de 10 de Setembro. (2009). Diário da República I Série n.º 176/2019. Lisboa.
<https://files.dre.pt/1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>
6. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2o Ciclo 2013/2017. Lisboa, DGS. 2013 https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/Prevencao/Documents/meiolaboral/pnso2013_2017.pdf
7. REGULAMENTO DA COMPETÊNCIA ACRESCIDADA DIFERENCIADA EM ENFERMAGEM DO TRABALHO. Regulamento n.º 372/2018. Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica, 2ª série-n.º114, 15 junho. 16804-16808. 2018 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9276/regulamento-n%C2%BA-372_2018-regulamento-da-compet%C3%AAncia-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-do-trabalho.pdf
8. IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. - Metodologia do Planeamento em Saúde. *Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. 2º. Ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 1986.
9. WHO. European Centre for Environment and Health. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies. *Bilthoven*. 1-96, 2015
10. BAUER, A. [et al.] - Interventions for preventing occupational irritant hand dermatitis. *Cochrane Library*. 1-76, 2018 <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004414.pub3/epdf/full>
11. WILKE, A. [et al.] - Skin Protection Seminars to Prevent Occupational Skin Diseases: Results of a Prospective Longitudinal Study in Apprentices of High-risk Professions. *Safety and Health at Work*. Volume 9, Issue 4, December, 398-407, 2018 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791117303839>
12. VISSER, M. [et al.] - Impact of atopic dermatitis and loss-of-function mutations in the filaggrin gene on the development of occupational irritant contact dermatitis. *British Journal of Dermatology*. Volume 168, Issue 2 326-332, 2012. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjd.12083>
13. SOLTANIPOOR, M. [et al.] - Evaluating the effect of electronic monitoring and feedback on hand cream use in healthcare workers: Healthy Hands Project. *Wiley – Contact Dermatitis*. 26 – 34, 2018 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/cod.13148>
14. METIN, N. [et al.] - Changes in dermatological complaints among healthcare professionals during the COVID-19 outbreak in Turkey. *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica*. 115-122, 2020. https://acta-apa.mf.uni-lj.si/journals/acta-dermatovenerol_apa/papers/10.15570/actaapa.2020.25/actaapa.2020.25.pdf
15. LEE, J. [et al.] - The Experiences of Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic in Korea: A Qualitative Study. *Psychiatry & Psychology*. JKMS. 1-15., 2021. <file:///C:/Users/csm0045/Downloads/jkms-36-e170.pdf>
16. CHERNYSHOV, V.; KOLODZINSKI, L. - Prospective study on hand dermatitis in nurses and doctors during COVID-19 pandemic and its improvement by use of adopted recommendations of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Contact Dermatitis. *Wiley – Dermatologic Therapy*. 1-6., 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14396>

17. REINHOLZ, M. [et al.] - Increased prevalence of irritant hand eczema in health care workers in a dermatological clinic due to increased hygiene measures during the SARS-CoV-2 pandemic. *Eur J Dermatol.* 392- 395, 2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8354833/pdf/40699_2021_Article_4046.pdf
18. SHANSHAL, M. [et al.] - Impact of COVID-19 on medical practice: A nationwide survey of dermatologists and health care providers in *Iraq. Clinics in Dermatology.* Volume 39, Issue 3, May–June 2021, 500-509, 2021 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X20302285?via%3Dihub>
19. MADAN, I. [et al.] - A behaviour change package to prevent hand dermatitis in nurses working in the National Health Service: results of a cluster randomized controlled trial. *Trials – Open Access.* 1-11, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4797222/pdf/13063_2016_Article_1255.pdf

CAPÍTULO 8

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

Data de submissão: 28/02/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Rosa Helena Kreutz Alves

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

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

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

Elizabete Rosane Palharini Yoneda Kahl

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

Angélica Kreling

Hospital de Clínica de Porto Alegre
Porto Alegre- RS
<http://lattes.cnpq.br/4673400638137471>

Andreia Tanara de Carvalho

Hospital de Clínica de Porto Alegre
Porto Alegre- RS
<http://lattes.cnpq.br/6106644447846767>

Patrícia Godoy Fanton

Hospital de Clínica de Porto Alegre
Porto Alegre- RS
<http://lattes.cnpq.br/4760608828697308>

Lucas Mariano

Hospital de Clínica de Porto Alegre
Porto Alegre- RS
<http://lattes.cnpq.br/6448966347610075>

RESUMO: Embora já presente nas grandes empresas há alguns anos, a Enfermagem do Trabalho, no Brasil, passou a ter regulamentação específica a partir da Portaria 3.214, de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego. Nessa portaria está descrita a Norma Regulamentadora (NR) 4. Assim, foram criados os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) que determina que todas as empresas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, devem possuir os SESMT para promoção da saúde e proteção da integridade do trabalhador no local de trabalho. O enfermeiro possui em sua formação disciplinas voltadas ao cuidado do ser humano em todas as etapas e processos de vida, entendendo que seu papel vai além do de apenas tratar doenças. Dessa maneira, atua na prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos e coletividades. Visto que, para empresas de grande porte, é obrigatória a presença do Enfermeiro nas equipes que compõem o SESMT, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em fontes (artigos científicos, portarias, normas regulamentadoras) que discursam a respeito do tema, com objetivos

de identificar o papel do enfermeiro na composição desses serviços e assim poder verificar sua importância. Com a pesquisa, foi visto que o Enfermeiro atua em atividades fundamentais para prevenção, manutenção da saúde e redução de danos no ambiente laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem do trabalho. Medicina ocupacional. Saúde do trabalhador.

THE ROLE OF THE NURSE IN THE COMPOSITION OF THE SPECIALIZED OCCUPATIONAL SAFETY AND MEDICINE SERVICE

ABSTRACT: Although already present in large companies for some years, Occupational Nursing, in Brazil, began to have specific regulations from Ordinance 3,214, of June 8, 1978 of the Ministry of Labor and Employment. This ordinance describes Regulatory Norm (NR) 4. Thus, the Specialized Services in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT) were created, which determines that all companies that have employees governed by the Consolidation of Labor Laws - CLT, must have the SESMT for health promotion and protection of the integrity of the worker in the workplace. Nurses have disciplines in their training aimed at caring for human beings in all stages and processes of life, understanding that their role goes beyond just treating diseases. In this way, it acts in the prevention, promotion and rehabilitation of the health of individuals and communities. Since, for large companies, the presence of a Nurse in the teams that make up the SESMT is mandatory, a bibliographical research was carried out in sources (scientific articles, ordinances, regulatory standards) that discuss the subject, with the objective of identifying the role of the nurse in the composition of these services and thus be able to verify its importance. With the research, it was seen that the Nurse acts in fundamental activities for prevention, maintenance of health and reduction of damages in the work environment.

KEYWORDS: Occupational nursing. Occupational medicine. Worker's health.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho existe e ocupa lugar relevante na vida das pessoas desde os tempos mais remotos. Passou de atividades de sobrevivência (como na pré-história) a algo mais complexo, onde espera-se satisfação pessoal e reconhecimento. Assim, passa a ter relação direta com as condições de saúde física e mental. Para Merlo, Bottega e Perez (2014, p. 6): “O trabalho [...] afeta a relação de prazer e sofrimento no trabalho que, por sua vez, pode se transformar em adoecimento físico e psíquico; daí sua estreita ligação com a saúde”.

No artigo 3º da lei 8.080/90 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde) o trabalho aparece descrito como fator determinante para a saúde: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.”

Outro conceito importante é o de Saúde do Trabalhador, que para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 1) é:

O conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância

epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

O enfermeiro possui em sua formação disciplinas voltadas ao cuidado do ser humano em todas etapas e processos de vida. Sua formação guia-se pelo conceito da Organização Mundial da Saúde (2018, p. 65) segundo o qual “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”. Dessa maneira atua na prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos e coletividades.

Com base nos conceitos acima citados, parece-nos inerente e fundamental a presença do profissional enfermeiro nas equipes que compõem o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). De acordo com NR 4, somente é obrigatória a presença do profissional enfermeiro em empresas com 3.501 a 5.000 funcionários e grau de risco 1 (BRASIL, 1978). Já pra empresas com grau de risco grau 4, faz-se obrigatória a presença de auxiliar de enfermagem do trabalho acima de 501 funcionários, sem a necessária supervisão do enfermeiro do trabalho.

O presente trabalho possui o objetivo de trazer ao conhecimento o papel dessa categoria profissional junto ao SESMT, mostrando a evolução histórica da enfermagem do trabalho no Brasil, as atribuições dos profissionais, possibilidades de atuação, regulamentação do exercício profissional e possíveis avanços nessa área de atuação.

Para o desenvolvimento desse estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica. Foram analisadas portarias, normas regulamentadoras, textos científicos e pesquisas realizadas anteriormente relacionadas com os eixos temáticos: saúde do trabalhador, enfermagem do trabalho e medicina ocupacional.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Caminho metodológico

Na delimitação da pesquisa escolhemos realizar o tipo de estudo denominado de Pesquisa Bibliográfica. Segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa é elaborado a partir da análise e interpretação do conteúdo de materiais como livros, artigos de periódicos e, também, textos da Internet, levando, assim, o pesquisador a buscar ideias relevantes ao estudo, com registro confiável de fontes.

Foram coletados os materiais mais relevantes sobre o tema do estudo, dando prioridade para os de publicação mais recente. Após seleção dos materiais foi realizada a leitura analítica deles.

Os objetivos do que chamamos de Leitura Analítica são:

- observar e assinalar referências;

- extrair citações;
- selecionar e extrair fatos por ordem de acontecimentos;
- citar suas opiniões, comparando-as com o texto;
- caracterizar personagens pelas suas ações;
- compreender os significados das partes do texto e o seu todo complexo (CONVERSA POR ESCRITO, [2022]¹).

2.2 A história da Enfermagem no Brasil

A profissão (ainda sem o nome Enfermagem) surge no período colonial como uma simples prestação de cuidados aos doentes, sendo realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos. Prestavam atendimentos no domicílio e nas Santas Casas de Misericórdia que foram fundadas pelo Brasil a partir de 1543. A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais. Os escravos auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes. Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil (SOU ENFERMAGEM, 2022).

Um nome muito conhecido para os Brasileiros é o de Ana Néri (1814-1880). Ela foi a pioneira da enfermagem no Brasil, prestou serviços voluntários, nos hospitais militares de Assunção, Corrientes e Humaitá, durante a Guerra do Paraguai. Sendo hoje reconhecida como a patrona da enfermagem no Brasil. A primeira escola de enfermagem brasileira foi fundada por Carlos Chagas em 1923 e recebeu o nome de Ana Néri. O dia do enfermeiro é comemorado no dia do seu falecimento: 20 de maio (FRAZÃO, [2019]).

Um marco importante para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil foi a criação da Cruz Vermelha Brasileira em 1908, sendo muito atuante durante a I Guerra Mundial (1914-1918). Os cuidados prestados por esses profissionais passaram a ser mais especializados, com nível técnico sendo aprimorado a cada ano. Multiplicaram-se as escolas de enfermagem e a profissão passou a ser tratada como ciência. Durante a epidemia de gripe espanhola (1918) e atualmente na epidemia do COVID-19 os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem mostraram sua importância, sendo fundamentais no enfrentamento de ambas (LACERDA, 2021).

Em 1931 o exercício da enfermagem foi regulado por uma lei que apenas determinava quem poderia usar o título de enfermeira diplomada. Em 1955 foi criada a Lei n.º 2.604/55, que “regula o exercício da enfermagem profissional” e o Decreto n.º 50.387/61, que a regulamentou, englobaram todos os que exerciam atividades de enfermagem, classificando-os em categorias distintas que incluíam as enfermeiras, as obstetrizes ou enfermeiras obstétricas, os técnicos e auxiliares de enfermagem. Em 12 de julho de 1973

¹ Documento eletrônico. Disponível em: <https://conversaporescrito.com.br/o-que-e-leitura-analitica/>. Acesso em: 01 ago. 2022.

foi promulgada a Lei Federal n.º 5.905, criando os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, órgãos de normatização e fiscalização do exercício da enfermagem no Brasil (KURCGANT, 1976).

2.3 A Enfermagem do Trabalho e o SESMT

Embora o ingresso do enfermeiro do trabalho nas organizações Brasileiras tenha ocorrido nas décadas de 50 e 70, influenciado pelas empresas multinacionais que começavam a se instalar no País e já contavam com a assistência desse profissional em seu país de origem, ainda não havia regulamentação quanto a essas atividades. (LIMA; LIMA, [2013], p. 5).

A Enfermagem do Trabalho no Brasil passou a ter regulamentação específica, de acordo com a Portaria 3.214, de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego. Nessa data foi descrita a Norma Regulamentadora (NR) 4, criando os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) que determina que todas as empresas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) devem, obrigatoriamente, possuir os SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Ainda, a NR 4 orienta a organização do trabalho dos profissionais que compõem o Serviço (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho), definindo as competências, a qualificação, os campos específicos de trabalho, o grau de risco das empresas, o dimensionamento de funcionários e as suas a cargas horárias (BRASIL, 1978).

Enfermagem do Trabalho é uma área destinada aos profissionais de enfermagem que se dedicam a cuidar da integridade e saúde dos trabalhadores. Junto a outros profissionais do SESMT. Visam evitar acidentes ocupacionais e doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, realizando ações de conscientização, orientação, atendimentos de saúde e socorro a emergências nas empresas e avaliam as condições ambientais, como a presença de fatores insalubres, ergonomia e organização do trabalho (MORSCH, 2021).

2.4 O papel do Enfermeiro do trabalho

Existe uma forte relação entre saúde e trabalho pois o trabalho ocupa lugar fundamental em nossa sociedade podendo levar a adoecimento físico e psíquico. De acordo com Merlo, Bottega e Perez (2014, p. 5):

Saúde do trabalhador e da trabalhadora pode ser entendida como um conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, como as condições adequadas de alimentação, moradia, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais que contribuem para a saúde. Também, como direito de todo trabalhador e trabalhadora está a garantia de trabalho e o ambiente saudável que não gere adoecimento ou morte.

O enfermeiro do trabalho possui área de atuação riquíssima, executando diversas

tarefas que contribuem para manutenção da saúde do trabalhador. Quando presente na composição do SESMT, o enfermeiro do trabalho:

- a) estuda as condições de segurança e periculosidade da empresa;
- b) elabora e executa planos e programas de promoção e proteção à saúde dos empregados assim como fazem levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;
- c) procedem a estudos epidemiológicos;
- d) executa e avalia programas de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e não profissionais;
- e) presta primeiros socorros fazendo curativos ou imobilizações especiais, administrando medicamentos e tratamentos e providenciando o posterior atendimento médico adequado;
- f) é responsável pela elaboração, execução e avaliação das atividades de assistência de enfermagem;
- g) organiza e administra o setor de enfermagem da empresa, prevendo pessoal e material necessários, treinando e supervisionando auxiliares de enfermagem adequados às necessidades de saúde do trabalhador;
- h) na área do ensino, realiza treinamentos que visem reduzir a incidência de acidentes, assim como também planeja e executa programas de educação sanitária;
- i) finalizando o processo de enfermagem, o profissional enfermeiro registra dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO – ANENT, [2022], p.1).

Destaca-se o papel do enfermeiro como educador. Em seu estudo sobre a importância do Enfermeiro nas orientações sobre uso de EPI's (equipamentos de proteção individual), Pereira, Augusto e Oliveira (2017) concluíram que a atuação do enfermeiro na orientação do uso dos EPI's é relevante, desempenhando sua função em orientar, conscientizar e informar sobre a prevenção das doenças ocupacionais (PEREIRA; AUGUSTO; OLIVEIRA, 2017).

Para além de apenas tratar os problemas de saúde ocupacional e evitar acidentes, o enfermeiro do trabalho também possui o objetivo de buscar melhorias em relação a saúde em geral dos funcionários. Tendo como meta ideal investir em modelos preventivos de saúde do trabalhador, que envolva as relações interpessoais e a humanização das pessoas e da saúde dentro do ambiente corporativo (SOC, 2019).

De acordo com as normas regulamentadoras, a exigência legal do profissional Enfermeiro ocorre somente nas empresas de grande porte e onde há maior risco de agravos à saúde do trabalhador. Se justifica a obrigatoriedade pois, nessas empresas o profissional capacitado é imprescindível. Porém, outras companhias, cujo não há obrigatoriedade, podem optar por ter um Enfermeiro em seu SESMT, reforçando a atuação de médicos, engenheiros e técnicos do trabalho. Dessa forma, as ações de saúde e prevenção são

potencializadas e os funcionários cuidados mesmo quando o médico do trabalho não estiver presente. Toda instituição com número maior de funcionários se beneficia com contratação de enfermeiro do trabalho (MORSCH, 2021).

3 | CONCLUSÃO

No desenvolvimento do estudo foi vista a importância que o trabalho tem na vida dos indivíduos (não apenas financeiramente, mas também socialmente) e, por tanto, uma equipe atenta às necessidades dos empregados e a engajada em prol de evitar riscos ocupacionais é fundamental.

A Enfermagem sempre esteve engajada no cuidado aos indivíduos no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde, usando seu conhecimento científico para prevenir agravos ou tratá-los.

Com esse estudo foi possível ver o quão abrangente e rico é o campo de atuação de um Enfermeiro do Trabalho. Foram apresentadas as diversas atividades realizadas diariamente por quem escolhe trabalhar com saúde do trabalhador, como exemplo: treinamento sobre uso de equipamentos de proteção individual, coleta de testes e exames, verificação e de riscos no ambiente laboral, orientações diversas a fim de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, vigilância epidemiológica entre muitas outras funções exercidas. Pudemos, assim, ver que estas são atividades fundamentais para prevenção, manutenção da saúde e redução de danos no ambiente laboral.

Contudo, a obrigatoriedade de presença de profissional enfermeiro dá-se somente para empresas com mais de 3.501 funcionários e grau de risco igual ou maior que 1. Acreditamos que empresas menores se beneficiariam imensamente com a presença de um enfermeiro na equipe e que, com o crescente reconhecimento da importância das atividades de prevenção, promoção e reabilitação no ambiente laboral, no futuro contaremos com equipes de SESMT mais especializadas, com mais presença de Enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO (ANENT). **Competências do enfermeiro do trabalho**. [2022]. Disponível em: <https://anent.org.br/competencias/>. Acesso: 01 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **NR 4: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. 1978. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR4.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

CONVERSA POR ESCRITO. **O que é Leitura Analítica?** [2022]. Disponível em: <https://conversaporescrito.com.br/o-que-e-leitura-analitica/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

FRAZÃO, D. **Biografia de Ana Néri**. [2019]. Disponível em: [https://www.ebiografia.com/ana_neri/#:~:text=Ana%20N%C3%A9ri%20\(1814%2D1880\),13%20de%20dezembro%20de%201814](https://www.ebiografia.com/ana_neri/#:~:text=Ana%20N%C3%A9ri%20(1814%2D1880),13%20de%20dezembro%20de%201814.). Acesso em: 28 set. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Projetos Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KURCGANT, P. Legislação do Serviço de Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 88-989, jan./mar. 1976. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/St4nk46sy6W7RTHwjLKHS7y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

LACERDA, V. **História da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <https://viniciusmatias007.jusbrasil.com.br/artigos/1206287318/historia-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 28 set. 2022.

LIMA, B. O.; LIMA, J. A. **O Papel do Enfermeiro do Trabalho na Orientação e Prevenção de Acidentes e Doenças Laborais**. [2013]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4732305-O-papel-do-enfermeiro-do-trabalho-na-orientacao-e-prevencao-de-acidentes-e-doencas-laborais-resumo.html>. Acesso em: 01 ago. 2022.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção ao Sofrimento e ao Adoecimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora**: cartilha para os profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Porto Alegre: Evangraf, 2014. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude_mental_trabalho_cartilha.pdf. Acesso em: 16 ago. 2022.

MORSCH, J. A. **O que é a Enfermagem do Trabalho e sua Importância na Saúde**. 2021. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/enfermagem-do-trabalho>. Acesso em: 16 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

PEREIRA, M. S. L.; AUGUSTO, N. S. F.; OLIVEIRA, S. X. **A Importância do Enfermeiro do Trabalho na Orientação do Uso dos EPI's para a Prevenção dos Acidentes Ocupacionais**. In: **CONGRESSO DE ENFERMAGEM UNIFIP – CONGREFIP**, 6., 2017. **Anais...** Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/27708>. Acesso em: 29 set. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). **O Que é Saúde do Trabalhador**: conceito de saúde do trabalhador e atribuições da DVSTS/CEVS. 2018. Disponível em: <http://www.cevs.rs.gov.br/conceito-sa-de-do-trabalhador>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SOC (SOFTWARE INTEGRADO DE GESTÃO OCUPACIONAL). **Enfermagem**: seu papel, importância e objetivos na saúde do trabalhador. 2019. Disponível em: <https://www.soc.com.br/blog-de-sst/enfermagem-papel-importancia-objetivos-na-saude-do-trabalhador/#>. Acesso em: 29 set. 2022.

SOU ENFERMAGEM. **História da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/historia-da-enfermagem-no-brasil/>. 2022. Acesso em: 25 set. 2022.

AUTONOMIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Data de aceite: 02/05/2023

Lorena Silveira Cardoso

Professora Orientadora, Enfermeira,
Doutora em Saúde Coletiva

Jaqueline da Silva de Oliveira

Graduanda em Enfermagem Centro
Universitário Faesa

Nilza Cassimiro Ferreira

Graduanda em Enfermagem Centro
Universitário Faesa

Thais Barcelos Mota Queiroga

Enfermeira, professora colaboradora

Cindy Medici Toscano Rozetti

Professora Colaboradora, Enfermeira,
Doutora em fisiologia

sociais, direcionadas à promoção do bem-estar em todas as fases do processo de saúde e doença, garantindo assistência e acolhimento. Ficando visível também sua autonomia e liderança, assumindo assim o compromisso de trabalhar para melhorar os cuidados prestados aos pacientes. Com isso, é necessário analisar a percepção dos enfermeiros quanto à sua autonomia durante o trabalho na atenção primária à saúde. O estudo teve como objetivo geral analisar a percepção das/os enfermeiros(as) sobre a autonomia profissional na Atenção Primária à Saúde. Procedeu-se uma pesquisa de campo descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, cuja investigação será baseada na percepção de enfermeiros quanto à sua autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde. Os resultados encontrados ressaltam da enfermagem em conhecer e exercer sua autonomia na APS. Conclui-se que a pesquisa gerou um resultado positivo e entendeu-se que os enfermeiros compreendem a importância do uso da sua autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde veio para oferecer às famílias atenção integral e serviços de saúde voltados para promoção, prevenção e manutenção, sendo constituída por uma equipe multidisciplinar trabalhando de forma interdisciplinar. O enfermeiro tem funções importantes na Atenção Primária à Saúde, além do contato direto com o paciente, também facilita a comunicação entre as equipes no ambiente de trabalho. São responsáveis por proporcionar práticas

AUTONOMY OF NURSING PROFESSIONALS DURING THE WORK IN PRIMARY HEALTH CARE: A PERCEPTION OF NURSES

ABSTRACT: Primary Health Care came to offer families comprehensive care and health services aimed at promotion, prevention and maintenance and consists of a multidisciplinary team working in an interdisciplinary way. The nurse has important roles in Primary Health Care, besides the direct contact with the patient, he/she also facilitates communication between the teams in the work environment. They are responsible for providing social practices, directed to the promotion of well-being in all phases of the health and disease process, guaranteeing assistance and welcoming. Their autonomy and leadership is also visible, thus assuming the commitment to work to improve the care provided to patients. Thus, it is necessary to analyze nurses' perception of their autonomy during their work in primary health care. The general objective of this study was to analyze nurses' perception of professional autonomy in Primary Health Care. It was a descriptive field research, cross-sectional, with quantitative approach, whose investigation will be based on the perception of nurses about their professional autonomy during the work in primary health care. The results found emphasize nursing in knowing and exercising its autonomy in PHC. It is concluded that the research generated a positive result and it is understood that nurses understand the importance of the use of their autonomy.

KEYWORDS: Autonomy, Nursing, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A atenção primária surgiu após a consolidação do SUS, tendo como princípios a universalidade, integralidade e humanização, com o objetivo de promover ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, sendo o primeiro acesso dos pacientes com o sistema de saúde pública, oferecendo atenção integral às famílias.

A Atenção Primária à Saúde é constituída por uma equipe multidisciplinar trabalhando de forma interdisciplinar, dando importância à pessoa como um todo se atentando às condições de trabalho, moradia e relações familiares.

Com o surgimento de novos problemas e assuntos de saúde a necessidade de acesso ao enfermeiro pelos usuários teve um elevado aumento, com isso a atuação do enfermeiro na APS vem como um modelo de mudança nas práticas de atenção à saúde no SUS tendo atribuições importantes na APS que são praticadas conforme os princípios legais que o regem e com as leis definidas pelo Ministério da Saúde, tais atribuições como planejar, gerenciar e executar ações, supervisionar a assistência direta à população, realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, gerenciar os serviços de saúde e equipes demonstrando profissionalismo e estabelecendo um diálogo na perspectiva do acolhimento para conquistar os usuários e familiares criando vínculos afetivos e confiança, tornando visível sua autonomia e liderança, com um papel fundamental para o setor da saúde.

Embora, mesmo com as leis e questões científicas que respaldam e dão autonomia

aos enfermeiros de exercer sua profissão, ainda é perceptível uma baixa adesão dos profissionais no que se refere a sua autonomia na APS, com uma limitação e dependência em parte de serviços de outros profissionais, assim como a sobrecarga de trabalho gera uma grande desvalorização da profissão, com perda de desempenho e qualidade de serviço. Considerando tais problemas, questiona-se: Como o enfermeiro desenvolve sua autonomia diante dos desafios encontrados dentro da Atenção Primária à Saúde?

Compreende-se com as literaturas encontradas que a autonomia do enfermeiro é um tema pouco discutido na sociedade brasileira, deixando subentender que é irrelevante para a área da saúde. Poucos profissionais compreendem o quão importante é evidenciar tal tema para que as lutas profissionais pela conquista do espaço e de desempenho nos serviços sejam ainda mais intensificadas, implementando uma nova visão sobre a profissão e suas responsabilidades.

Diante disso, é necessário analisar a percepção dos enfermeiros quanto à sua autonomia, tendo em vista os desafios e perspectivas dos serviços encontrados. Tais pesquisas são importantes para a evolução dos direitos, conquista de espaços e respeito dos profissionais da área, buscando sempre um melhor atendimento para os usuários.

Posto isso, o artigo teve como objetivo geral analisar a percepção das/os enfermeiros(as) sobre a autonomia profissional na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, cuja investigação será baseada na percepção de enfermeiros quanto à sua autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde.

Os sujeitos foram profissionais enfermeiros selecionados de forma aleatória e intencional que atuam na atenção primária à saúde, dependendo da disponibilidade de dia e horário dos mesmos, para melhor aproveitamento da pesquisa, com registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que exercem suas atividades em APS no município de Vitória-ES, Brasil, há no mínimo dois anos. Como critério de inclusão, estabeleceu-se: serão incluídos somente os profissionais de nível superior, que atuam no mínimo há dois anos em exercício na função, no tempo de graduação ou da formação ao nível de pós-graduação, portanto as outras categorias não participarão do estudo. Os critérios de exclusão foram: estar de férias e/ou licença de qualquer natureza na ocasião das coletas de dados e/ou não aceitar participar da pesquisa.

Utilizaram-se questionários estruturados, aplicados em dois momentos. No primeiro questionário utilizou-se a entrevista com o uso de um formulário socioeconômico que contém, perguntas relacionadas à identificação dos pesquisados, estruturada com perguntas fechadas sobre gênero, idade, tempo de formação e experiência na área de Saúde Pública.

O segundo questionário abordou questões com temas sobre o exercício profissional e a autonomia da Enfermagem, construídas no modelo de Lickert. Este modelo de questionário é constituído por uma sequência de frases afirmativas relacionadas com o tema pesquisado que informam o grau de concordância ou discordância, onde no questionário o número “um” significa “discordar totalmente” e “cinco”, “concordar totalmente”.

O estudo foi realizado com profissionais que atuam na atenção primária da capital do Estado do Espírito Santo. As etapas de coleta de dados aconteceram de modo on-line onde primeiro contato com os sujeitos da pesquisa ocorreu por endereço eletrônico no qual foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o formulário contendo questões do perfil socioeconômico e questão abordando o tema em questão.

Os dados foram sistematizados de forma descritiva e os resultados organizados e colocados em tabelas, seguidos de análises de estatística no Google Forms. Analisaram-se as questões formuladas com base no modelo de Lickert, comparando as respostas individuais em relação à média das respostas da amostra.

Do total de 18 entrevistas, 16 são do sexo feminino (88,9%) e 2 são do sexo masculino (11,1%). Quanto à faixa etária, observou-se que 8 têm entre 40 a 49 (44,4%), 7 têm entre 30 a 39 (38,9%), 2 entre 20 a 29 (11,1%) e 1 entre 50 a 59 (5,6%). Quanto ao estado civil, 12 (66,7%) são casados, 3 (16,7%) são solteiros, 2 (11,1%) são divorciados e 1 (5,6%) viúvo. Quanto a filhos, 12 (66,7%) possuem filhos e 6 (33,3) não possuem. Quanto à escolaridade das 18 respostas, 16 (88,9%) possuem graduação com especialização, e 6 possuem mestrado. Quanto à realização da graduação, 10 (55,6%) são de instituição pública e 8 (44,4) são de instituição privada. Quanto à experiência profissional anterior, 17 (94,4%) possuem experiência em Atenção Básica, 8 (44,4%) em Área Hospitalar, 4 (22,2%) em Área de Ensino e Pesquisa e 1 (5,6) em Pronto Atendimento municipal. Quanto ao tempo de experiência profissional, 7 (38,9) possuem mais de 16 anos de experiência, 7 (38,9) possuem de 11 a 15 anos, 1 (5,6%) de 6 a 10 anos, 1 (5,6%) de 3 a 5 anos, 2 (11%) de 1 a 2 anos. Das 18 respostas, todas atuam em unidades de Vitória, além de Serra, Vila Velha, e Duque de Caxias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados do estudo foram analisados de forma quantitativa por meio de cálculos de porcentagem simples, representados em tabelas, e justificado em base teórica com auxílio de referenciais bibliográficos, tendo o objetivo de entender e relacionar os resultados encontrados. Decidiu-se analisar separando-o em três partes. A primeira corresponde ao conceito sobre autonomia profissional, a segunda sobre a consulta de enfermagem, e a última sobre conhecimento, habilidade e autoridade.

QUESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS (%)				
	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO EM PARTES	3 NEM CONCORDO NEM DISCORDO	4 CONCORDO EM PARTES	5 CONCORDO TOTALMENTE
Uma intervenção, por parte do enfermeiro, de caráter inovador, provoca alguma mudança na instituição				5 (27,8%)	13 (72,2%)
A autonomia do Enfermeiro pode potencializar as ações pertinentes à Carteira de Serviços da Atenção Primária da Saúde				4 (22,2%)	14 (77,8%)
Os profissionais das Estratégias e Saúde da Família, trabalham em harmonia, com respeito a autonomia de cada um. O trabalho desenvolvido é integrado, de forma que um completa o trabalho do outro visando o cuidado com o usuário		1 (5,6%)	4 (22,2)	9 (50%)	4 (22,2)
A sua autonomia profissional somente acontece ao coordenar e realizar as atividades dos programas de saúde.	8 (44,4%)	4 (22,2)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)
A construção do seu exercício profissional autônomo é influenciada pela compreensão das dimensões sociais, biológicas, econômicas, políticas e ambientais que atuam no processo saúde-doença.			2 (11,1%)	3 (16,7%)	13 (72,2%)
A autonomia no processo de trabalho assistencial torna visível a sua profissão.				5 (27,8%)	13 (72,2%)
Autonomia profissional possibilita a tomada de decisão para coordenar o trabalho assistencial da equipe de enfermagem.				2 (11,1%)	16 (88,9)

TABELA 1 – CONCEITOS GERAIS SOBRE A AUTONOMIA PROFISSIONAL

Na tabela 1, analisou-se que mais de 13 (72,2%) enfermeiros concordam totalmente que “Uma intervenção, por parte do enfermeiro, de caráter inovador, provoca alguma mudança na instituição” e 5 (27,8%) concordam em parte, constatou-se com essa questão que é uma afirmativa relevante para os profissionais, onde o mesmo tem de ser apto a estar sempre tomando decisões, de forma rápida, criativa, inovadora para que o cuidado com o usuário aconteça de maneira afetiva respondendo suas necessidades (LOPES, *et al.*, 2020, p. 06). Já na segunda questão, 14 (77,8%) concordam totalmente que “A autonomia do Enfermeiro pode potencializar as ações pertinentes à Carteira de Serviços da Atenção Primária da Saúde” e 4 (22,2%) concordam em partes, afirmando que os enfermeiros reconhecem importância dos serviços da APS e como aumentar sua autonomia pode ajudar ao sistema de saúde, porém, segundo Batista, Cardoso, Figueiredo (2020, p. 80) “as lutas pela conquista do espaço e atuação nos serviços ainda precisam ser mais intensificadas”. Na terceira questão apenas 9 (50%) concordam em partes que “Os profissionais das Estratégias e Saúde da Família, trabalham em harmonia, com respeito a autonomia de cada um. O trabalho desenvolvido é integrado, de forma que um completa o trabalho do outro visando o cuidado com o usuário”, 4 (22,2%) concordam totalmente, 4 (22,2%) nem concordam, nem discordam e 1 (5,6%) discordam em partes, percebeu-se que as respostas ficaram mais diversas, sendo essa afirmativa uma das principais competências do enfermeiro para garantir a segurança e satisfação do paciente e da equipe de trabalho, gerando uma boa comunicação, estratégias de coordenação da equipe e trabalhando de forma interdisciplinar (LOPES, *et al.*, 2020, p. 06). Na quarta questão, houve uma variação

de respostas onde 8 (44,4%) discordam totalmente sobre “A sua autonomia profissional somente acontece ao coordenar e realizar as atividades dos programas de saúde”, 4 (22,2%) discordam em partes, 3 (16,7%) concordam totalmente, 2 (11,1%) concordam em partes e 1 (5,6%) nem concordam, nem discordam, com isso ficou constatado que a maioria discorda sobre a afirmativa, considerando que o enfermeiro tem atribuições diversas na APS respaldadas por lei, além de atender as necessidades de saúde da população de forma autônoma aonde vai muito além de apenas coordenar e realizar, e sim desenvolvendo novas práticas de saúde (BATISTA; CARDOSO; FIGUEREDO, 2020). Na quinta questão, 13 (72,2%) concordam totalmente que “A construção do seu exercício profissional autônomo é influenciada pela compreensão das dimensões sociais, biológicas, econômicas, políticas e ambientais que atuam no processo saúde-doença”, 3 (16,7%) concordam em partes e 2 (11,1%) nem concordam, nem discordam, percebeu-se que a afirmativa teve uma resposta positiva dos participantes, concordando com Kalinowski, *et al.*, (2012, p.7) onde afirma que “É importante ressaltar que a autonomia é relativa, não absoluta, pois depende do querer de outros e da sociedade em que vivemos”. Na sexta questão, 13 (72,2%) concordam totalmente que “A autonomia no processo de trabalho assistencial torna visível a sua profissão” e 5 (27,8%) concordam em partes, é possível averiguar que afirmativa teve uma boa aceitação dos participantes, onde a autonomia é um elemento da prática profissional, se tornando assim, um atributo para alcançar um nível elevado de satisfação profissional, com a liberdade para a tomada de decisões independentes com confiança e se respaldam em evidências científicas, tanto na área de atuação, como do ambiente de trabalho multiprofissional (PEREIRA E OLIVEIRA, 2018). E na sétima questão, 16 (88,9%) concordam totalmente que a “Autonomia profissional possibilita a tomada de decisão para coordenar o trabalho assistencial da equipe de enfermagem” e 2 (11,1%) concordam em partes, afirmando que a autonomia do enfermeiro está associada ao seu desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências permitindo enfim a tomada de decisões e resoluções visando ao cuidado integrado aos usuários de saúde (CHAVES, *et al.*, 2014).

QUESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS (%)				
	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO EM PARTES	3 NEM CONCORDO NEM DISCORDO	4 CONCORDO EM PARTES	5 CONCORDO TOTALMENTE
É uma atividade que concretiza a ideia de espaço autônomo – o consultório – com uma tecnologia independente – a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC).		1 (5,6%)	1 (5,6%)	9 (50%)	7 (38,9%)
É uma atividade que possibilita tomada de decisão sobre a assistência de enfermagem em relação às necessidades de saúde da comunidade.				5 (27,8%)	13 (72,2%)
Torna visível ao indivíduo, família e grupo o exercício profissional da enfermagem.				3 (16,7%)	15 (83,3%)
Utiliza como um instrumento o CIPESC, que contribui na construção do exercício da sua autonomia profissional.	2 (11,1%)		2 (11,1%)	6 (33,3%)	8 (44,4%)
Norteadas pela sistematização da assistência de enfermagem auxilia na sua autonomia profissional, colaborando na auto-organização do seu trabalho para a resolução das necessidades de saúde.				7 (38,9%)	11 (61,1%)
Favorece o trabalho multi-interdisciplinar, pois facilita a compreensão das intervenções específicas de cada profissional de saúde.		1 (5,6%)		1 (5,6%)	16 (88,9%)

TABELA 2 – A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Na tabela 2, analisou-se que 9 (50%) concordam em partes que a consulta de enfermagem “É uma atividade que concretiza a ideia de espaço autônomo – o consultório – com uma tecnologia independente – a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC).”, 7 (38,9%) concordam totalmente, 1 (5,6%) nem discordam e nem concordam e 1 (5,6%) discordam em partes. A consulta da enfermagem é um espaço onde a profissional pode desenvolver sua autonomia, quanto a ação de enfermagem prestada de acordo com problema identificado do cliente(1) e é um território amparado social e legalmente, sendo privativo da enfermagem conforme o art.11 da Lei do Exercício Profissional. Na segunda questão, 13 (72,2%) concordam totalmente que “É uma atividade que possibilita tomada de decisão sobre a assistência de enfermagem em relação às necessidades de saúde da comunidade” e 5 (27,8%) concordam em partes. Segundo FERREIRA, PÉRICO E DIAS (2018), nas práticas de atenção à saúde no SUS, gerou mudanças sobre o papel do enfermeiro na Atenção Primária Saúde, que na assistência não visa apenas o paciente e a cura, mas a família como um todo, agindo na integralidade do cuidado, na prevenção da saúde, na promoção e qualidade de vida das famílias e comunidade. Na terceira questão, 15 (83,3%) concordam totalmente que “Torna visível ao indivíduo, família e grupo o exercício profissional da enfermagem” e 3 (16,7%) concordam em partes. Com isso, fica visível que a autonomia do enfermeiro é importante para o fortalecimento da equipe e na dinâmica dos eventos em saúde, tendo uma visão ampla, boa administração, especialmente no planejamento em situações que possa gerar benefícios para os usuários (BATISTA; CARDOSO; FIGUEREDO, 2020 p.79). Na quarta questão,

houve uma variação de respostas onde 8 (44,4%) concordam totalmente que “Utiliza como um instrumento o CIPESC, que contribui na construção do exercício da sua autonomia profissional”, 6 (33,3%) concordam em partes, 2 (11,1%) não concordam nem discordam e 2 (11,1%) discordam totalmente. Constatou-se que a CIPESP é uma ferramenta que colabora no desempenho da autonomia profissional da maioria dos enfermeiros. Na quinta questão, 11 (61,1%) concordam totalmente que “Norteadada pela sistematização da assistência de enfermagem auxilia na sua autonomia profissional, colaborando na auto-organização do seu trabalho para a resolução das necessidades de saúde” e 7 (38,9%) concordam em partes. Verificou-se que a SAE é a ferramenta principal para orientar o enfermeiro nas suas condutas, proporcionando um relacionamento, interpessoal do profissional enfermeiro com o paciente; O Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem, são os quatro pilares que sustenta a sistematização da assistência de enfermagem. Na sexta questão, 16 (88,9%) concordam totalmente que “Favorece o trabalho multi-interdisciplinar, pois facilita a compreensão das intervenções específicas de cada profissional de saúde”, 1 (5,6%) concorda em partes e 1 (5,6%) discorda em partes. Observou-se que a grande maioria dos profissionais concorda totalmente que a atividade multi-interdisciplinar, contribui na assistência de cada profissional de saúde.

QUESTÕES	NÚMERO DE RESPOSTAS (%)				
	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO EM PARTES	3 NEM CONCORDO NEM DISCORDO	4 CONCORDO EM PARTES	5 CONCORDO TOTALMENTE
A construção contínua do conhecimento técnico e profissional.					18 (100%)
Conhecimento das atualizações de legislações, protocolos, programas de saúde que regulamentam o seu exercício profissional.				1 (5,6%)	17 (94,4%)
O aprimoramento contínuo dos procedimentos de enfermagem que compõem a sua habilidade técnica.				1 (5,6%)	17 (94,4%)
Aprimoramento contínuo das habilidades de relacionamento e comunicação.				1 (5,6%)	17 (94,4%)
Autodesenvolvimento profissional na busca de novas habilidades que sejam necessárias, como exemplo, a criatividade e sensibilidade.			1 (5,6%)	3 (16,7%)	14 (77,8%)
O uso da autoridade como um direito e poder advinda da sua profissão para realizar intervenções no seu cotidiano com responsabilidade.	2 (11,1%)		3 (16,7%)	2 (11,1%)	11 (61,1%)
O uso da autoridade, não como um domínio sobre outros, mas como modo de argumentar e influenciar com competência um determinado assunto que lhe é peculiar (próprio).			1 (5,6%)	1 (5,6%)	16 (88,9%)

TABELA 3 – O exercício da sua autonomia requer:

Na tabela 3, analisou-se que 18 (100%) concordam totalmente que “A construção contínua do conhecimento técnico e profissional”, contactou-se com essa afirmativa que os participantes aderem que a autonomia requer uma educação continua, onde partilha

conhecimento a fim de prevenir, promover e recuperar a saúde com práticas educativas, possibilitando ao profissional um entendimento coletivo que retrata sua autonomia para o cuidado social (BRITO E SOUZA, 2021). Já na segunda questão 17 (94,4%) concordam totalmente que “Conhecimento das atualizações de legislações, protocolos, programas de saúde que regulamentam o seu exercício profissional” e 1 (5,6%) concordam em partes, com isso, percebeu-se que essa afirmativa o entendimento dos participantes sobre as leis e legislações que os respaldam durante todo o exercício profissional refletido sobre sua autonomia, onde o trabalho do enfermeiro, por exemplo, não é restrito à Unidade Básica de Saúde, pois ele é amplo e visa abranger toda a comunidade (BRASIL, 2000). Na terceira e quarta questão, 17 (94,4%) concordam totalmente que “O aprimoramento contínuo dos procedimentos de enfermagem que compõem a sua habilidade técnica” e 1 (5,6%) concordam em partes, foi perceptível que as afirmativas foram aceitas pelos participantes tendo em vista que esse aprimoramento contribui para a melhor comunicação entre as equipes, descentralização do modelo de saúde, visando a melhoria do atendimento ao usuário (BATISTA; CARDOSO; FIGUEREDO, 2020). Na quinta questão, 14 (77,8%) concordam totalmente que “Autodesenvolvimento profissional na busca de novas habilidades que sejam necessárias, como exemplo, a criatividade e sensibilidade”, 3 (16,7%) concordam em partes e 1 (5,6%) nem concordam, nem discordam, a afirmativa foi bem aceita pelos participantes, onde se vê que é necessário o desenvolvimento de habilidades técnicas e emocionais para um bom gerenciamento e resoluções de problemáticas, com o intuito de assegurar a eficiência nos serviços de saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2020, p.475). Na sexta questão houve uma variação de respostas onde 11 (61,1%) concordam totalmente que “O uso da autoridade como um direito e poder advinda da sua profissão para realizar intervenções no seu cotidiano com responsabilidade”, 2 (11,1%) concordam em partes, 3 (16,7%) nem concordam, nem discordam e 2 (11,1%) discordam em partes. Na sétima questão, 16 (88,9%) concordam totalmente que “O uso da autoridade, não como um domínio sobre outros, mas como modo de argumentar e influenciar com competência um determinado assunto que lhe é peculiar (próprio)”, 1 (5,6%) concordam em partes e 1 (5,6%) nem concordam, nem discordam. A sexta e sétima afirmativa tiveram uma porcentagem de resposta semelhantes no que diz respeito ao uso da autoridade, ressaltando a sexta questão onde 2 (11,1%) discordaram em partes, constatou-se com as afirmativas que a influência da autoridade e poder gera fatores internos e externos, onde é necessário saber impor limites no uso dos mesmo, para construção da autonomia profissional, valorização do trabalho, conquista de espaços por meio de atitudes sabendo que a ação reflete diretamente nos usuários e equipe de trabalho, assim é importante saber se impor de modo que não atrapalhe seu exercício profissional e venha trazer benefícios para poder ser um diferencial em sua carreira (KALINOWSKI, *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Em virtude dos resultados encontrados, percebeu-se que a maioria concorda com as afirmativas em relação aos conceitos gerais sobre a autonomia profissional, onde reconhecem que o enfermeiro exerce sua autonomia não apenas coordenando e realizando suas atividades, mas sim, gerando mudanças no seu meio de trabalho, agindo de forma criativa, eficaz e inovadora, sabendo tomar decisões e exercendo com maestria o seu papel na APS. No que diz respeito à consulta de enfermagem, grande parte entende que a mesma torna provável crescimento da autonomia, tornando possível uma maior assistência da enfermagem. Já no que o exercício da autonomia requer, constatou-se que a maioria concorda com as afirmativas e compreendem que para o mesmo é necessário uma educação contínua na área, bem como as atualizações das legislações e protocolos, com o aprimoramento de procedimentos e habilidades técnicas.

Constata-se que é possível afirmar que a autonomia do profissional de enfermagem, durante o trabalho na atenção à saúde exige a demanda de um maior quantitativo de profissionais para realizar as ações. Vale ressaltar que os enfermeiros possui domínio e capacidade para exercerem suas atividades no entanto em condições bastante favoráveis, o que lhe assegura maior autonomia e integralidade durante o desempenho profissional.

Portanto, conclui-se que a pesquisa gerou um resultado positivo e entendeu-se que os enfermeiros compreendem a importância do uso da sua autonomia e exercem a mesma dentro do seu trabalho na APS. Porém, ainda é necessário evidenciar tais pesquisas, para a contribuição e formação da autonomia de novos profissionais e evolução dos direitos, conquista de espaço e respeito dos profissionais da área.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Alexandre Pereira; CARDOSO, Beatriz Cavalcanti; FIGUEREDO, Rogério Carvalho. **Percepção de enfermeiros quanto a sua autonomia na Atenção Primária em Saúde**. Revista Amazônia Science & Health, Tocantins, v.8, n.1, p.78-94, 4 fev. 2022. DOI:10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p78-94. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3106/1580>. Acesso em: 4 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRITO, Antônia Fernanda Sousa; SOUSA, Cíliane Macena. **A educação em saúde no processo de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família: relato de experiência**. Revista Ciência Plural, v.7, n.1, p.224-234, 16 jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21020/13731>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CHAVES, Ana Cláudia Cardozo, *et al.* **AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v.8, n.2, p.3718, 26 out. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10113/10590>. Acesso: 20 nov. 2022

Vilma Regina Freitas Gonçalves. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília v.71, n.1, p. 704-709, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 mai. 2022.

KALINOWSKI, Carmen Elizabeth, *et al.* **Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros.** S A N A R E, Sobral, V.11. n.1.,p. 06-12, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260/233>. Acesso em: 20 nov.2022

LOPES, Olívia Cristina Alves *et al.* **Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família.** ESCOLA ANNA NERY, v.24, n.2, p.1-8, 21 fev. 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2022.

OLIVEIRA, Jones Sidnei Barbosa de, *et al.* **Percepções de enfermeiras sobre a gestão do cuidado no contexto da estratégia de saúde da família.** REVISA, v.9, n.3, p.474-82, 21 de jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p474a482>. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/586/481>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada.** Acta Paul Enferm, São Paulo, v.3, n.6, p.627-635, nov-dez 2018. DOI:10.1590/1982-0194201800086. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Ryqyz7Xdt6ZrtXT9RhKJ9Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PRIVADA DE GOIÁS

Data de aceite: 02/05/2023

Alexandre Lopes de Bastos

Enfermeiro, Universidade Unievangelica
de Goiás
Anápolis-GO
<https://orcid.org/0000-0002-2565-4903>

Beatriz Sousa Brito

Enfermeira, Universidade Uni evangélica
de Goiás.
Anápolis-Go
<https://orcid.org/0000-0001-7517-9701>

Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles

Professora, UniEVANGÉLICA -
Universidade Evangélica de Goiás.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/0833954131495788>

Marcos André de Matos

Professor, Universidade Federal de Goiás
(FEN/UFG).
Goiânia-GO
<http://lattes.cnpq.br/1492491906180226>

Tatiana Souza Rodrigues

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília DF.
<http://lattes.cnpq.br/1282486005521518>

Leomara Santos de Vasconcelos

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília DF.
<http://lattes.cnpq.br/2206729680563747>

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Enfermeiro da Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9539150194009751>

Lorena Brito Evangelista

Farmacêutica, Ministério da Saúde Zona
Cívico Administrativa.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0224318854264119>

Diana Ferreira Pacheco

Professora, Uniao Educacional do
Planalto Central S.A.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9934056618951419>

Pâmella Thaís de Paiva Nunes

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/8867632925389521>

Rayssa Pires da Silva

Acadêmica, Centro Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0677780957293194>

Leila Batista Ribeiro

Enfermeira, Professora, Centro Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

RESUMO: Objetivo: Discutir a importância da comunicação efetiva entre profissionais de saúde para garantir a segurança do paciente, especialmente no contexto da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Método:** Abordagem qualitativa descritiva. O estudo foi realizado em um hospital privado em Anápolis, Goiás, Brasil, com 16 participantes, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, transcritas e organizadas de acordo com o instrumento de coleta de dados dos autores. **Resultados:** Os resultados destacam a importância da ferramenta SBAR para a comunicação padronizada durante a troca de turno de enfermagem. A ferramenta melhora a precisão das informações e a segurança do paciente ao apresentar informações em um formato estruturado e consistente. Embora alguns profissionais de saúde não estejam familiarizados com a ferramenta, eles a utilizam intuitivamente. A implementação de educação continuada e padronização dos momentos críticos é fundamental para a continuidade e qualidade da assistência fornecida ao paciente. **Conclusões finais:** Este estudo demonstrou que a comunicação efetiva entre a equipe de saúde no contexto hospitalar é um desafio, mas a ferramenta SBAR é uma solução encontrada pelos profissionais de enfermagem para otimizar a comunicação e melhorar a segurança do paciente durante a troca de turno de enfermagem. A implementação de educação continuada e padronização dos momentos críticos é fundamental para a continuidade e qualidade da assistência fornecida ao paciente. Mais estudos são recomendados para aprofundar a temática.

PALAVRAS CHAVE: Comunicação em saúde; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem.

EFFECTIVE COMMUNICATION AMONG HEALTH PROFESSIONALS IN A PRIVATE HOSPITAL UNIT IN GOIÁS

ABSTRACT: Objective: This article aims to discuss the importance of effective communication among healthcare professionals to ensure patient safety, especially in the context of the implementation of the National Patient Safety Program in Brazil. **Method:** The study was conducted in a private hospital in Anápolis, Goiás, Brazil, with 16 participants, including nurses and nursing technicians. Data were collected through recorded interviews, transcribed, and organized according to the authors' data collection instrument. The study was conducted with the approval of the Uni EVANGÉLICA Research Ethics Committee. **Results:** The results highlight the importance of the SBAR tool for standardized communication during nursing shift handover. The tool improves the accuracy of information and patient safety by presenting

information in a structured and consistent format. Although some healthcare professionals may not be familiar with the tool, they use it intuitively. The implementation of continuous education and standardization of critical moments is essential for the continuity and quality of patient care provided. **Final conclusions:** This study demonstrated that effective communication among the healthcare team in the hospital context is a challenge, but the SBAR tool is a solution found by nursing professionals to optimize communication and improve patient safety during nursing shift handover. The implementation of continuous education and standardization of critical moments is essential for the continuity and quality of patient care provided. Further studies are recommended to deepen the topic.

KEYWORDS: Health communication; Patient safety; Nursing care.

COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA PRIVADA DE GOIÁS

RESUMEN: Objetivo: Este artículo tiene como objetivo discutir la importancia de la comunicación efectiva entre profesionales de la salud para garantizar la seguridad del paciente, especialmente en el contexto de la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en Brasil. **Método:** El estudio se realizó en un hospital privado en Anápolis, Goiás, Brasil, con 16 participantes, incluyendo enfermeros y técnicos de enfermería. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas grabadas, transcritas y organizadas según el instrumento de recogida de datos de los autores. El estudio fue llevado a cabo con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Uni EVANGÉLICA. **Resultados:** Los resultados destacan la importancia de la herramienta SBAR para la comunicación estandarizada durante el cambio de turno de enfermería. La herramienta mejora la precisión de la información y la seguridad del paciente al presentar información en un formato estructurado y consistente. Aunque algunos profesionales de la salud no están familiarizados con la herramienta, la utilizan intuitivamente. La implementación de educación continuada y estandarización de los momentos críticos es fundamental para la continuidad y calidad de la asistencia prestada al paciente. **Conclusiones finales:** Este estudio demostró que la comunicación efectiva entre el equipo de salud en el contexto hospitalario es un desafío, pero la herramienta SBAR es una solución encontrada por los profesionales de enfermería para optimizar la comunicación y mejorar la seguridad del paciente durante el cambio de turno de enfermería. La implementación de educación continuada y estandarización de los momentos críticos es fundamental para la continuidad y calidad de la asistencia prestada al paciente. Se recomiendan más estudios para profundizar en la temática.

PALABRAS CLAVE: Comunicación en salud; Seguridad del paciente; Cuidados de enfermería.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme último boletim emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2016 foram notificados 53.997 incidentes relacionados à assistência à saúde no Brasil, no qual, 94% destes ocorreram em unidades hospitalares. Evidenciando assim fragilidades na prevenção de eventos adversos (EAs), comprometendo diretamente

a segurança do paciente em meio intra-hospitalar (ANVISA, 2017).

Instituído pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria MS/GM nº 529, de 1º de Abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem por objetivo primordial contribuir e promover o cuidado em saúde de forma qualificada nas divergentes áreas da atenção em todo território nacional, visando à redução de riscos e EAs associados à assistência em saúde (BRASIL, 2013).

Com o intuito de alcançar o objetivo estabelecido, o MS enfatiza a necessidade da implementação das seis metas de segurança do paciente emitidas pela *Joint Commission International* (JCI) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Tais metas sendo: 1- Identificação correta do paciente; 2- Melhorar a comunicação entre profissionais da saúde; 3- Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; 4- Assegurar procedimento cirúrgico, local e paciente correto; 5- Promover a higienização das mãos para redução de infecções; 6- Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BUSSOLOTTI, 2019).

Instituído pelo Ministério da Saúde em abril de 2013, o PNSP tem por objetivo colaborar para o desenvolvimento do cuidado qualificado, seguro e efetivo em todos os âmbitos assistenciais do território nacional. O mesmo retrata o processo de comunicação entre os profissionais atuantes nos serviços de saúde como uma das estratégias cruciais para o desempenho da assistência qualificada e segura ao paciente (BRASIL, 2013).

Dentre as situações potencializadoras para a ocorrência de EAs, as falhas no processo de comunicação entre os profissionais ganham destaque. Levantamento de dados realizado em 2004 pelo órgão de acreditação de unidades de saúde JCI, evidenciou que dentre os 2.455 EAs analisados, 70% possuía como fator desencadeador falhas no processo de comunicação (PENA, 2015).

Por conseguinte, tendo em vista a importância do tema exposto e a escassez de produções científicas atuais contemplando o mesmo, manifestou-se no presente estudo a seguinte questão de pesquisa: como é desempenhado o processo de comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de enfermagem durante a transição de cuidados do paciente no meio intra-hospitalar?

O objetivo desse estudo é relatar o processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem durante a transição de cuidados no meio intra-hospitalar em um hospital privado.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O estudo em questão é metodologicamente centrado em uma abordagem qualitativa descritiva, que se preocupa em analisar os fatos sem a manipulação do pesquisador, seguindo etapas desde a observação até a interpretação, utilizando ferramentas para

facilitar a observação sistemática. (Andrade, 2006)

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar privada de médio porte em Anápolis, Goiás. Essa unidade foi fundada há 94 anos e é considerada pelo Ministério da Saúde como referência nacional em cirurgias cardíacas, neurológicas e em serviços de urgência e emergência. Além disso, ela possui acreditação plena da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o que enfatiza o compromisso com a segurança e qualidade dos serviços, além da fluidez nos processos e comunicação entre as atividades da unidade hospitalar.

O hospital possui uma equipe de 500 funcionários, sendo que 59% são da equipe de enfermagem, composta por 49 enfermeiros e 247 técnicos de enfermagem. Também possui um corpo clínico de 280 médicos, além de serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição. O estudo foi realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no hospital há pelo menos um ano, e a participação foi voluntária e realizada durante o horário de trabalho dos profissionais.

O tamanho amostral é de 16 profissionais, 5 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem, selecionados após a assinatura do TCLE. As entrevistas foram gravadas, transcritas e interrompidas quando não foi possível coletar novos elementos dos entrevistados.

Os pesquisadores elaboraram perguntas norteadoras em um instrumento semiestruturado para coleta de dados, permitindo que os participantes (enfermeiros e técnicos de enfermagem) tivessem liberdade de expressão sobre o tema da pesquisa. Foram incluídos no estudo profissionais com idade igual ou superior a 18 anos, que atuassem na unidade hospitalar por pelo menos um ano e que concordassem em participar após assinarem o TCLE.

No estudo em questão, foram excluídos profissionais que não atendiam aos critérios de inclusão, como aqueles que não faziam parte da equipe de enfermagem, tinham menos de 18 anos ou atuavam por menos de um ano na unidade. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás, seguindo os princípios éticos da Resolução 466/2012.

Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2021, no horário disponível para os participantes. O projeto foi enviado ao núcleo de controle e pesquisa institucional para verificar a viabilidade e disponibilidade em realizar a pesquisa na unidade.

Os autores, em colaboração com a gerência de enfermagem da instituição, definiram o melhor horário para as entrevistas com os profissionais de enfermagem. As entrevistas foram gravadas com um aplicativo de gravador de voz do celular e conduzidas com base em perguntas norteadoras presentes no instrumento de coleta de dados. O processo só foi iniciado após a leitura e assinatura do TCLE por ambas as partes.

As entrevistas duraram em média de 5 a 10 minutos, foram realizadas individualmente em um ambiente reservado para proteger o participante e evitar constrangimentos.

O método de saturação de dados foi utilizado para encerrar as entrevistas,

após constatar padronizações e sucessivas repetições das informações fornecidas pelos entrevistados, reduzindo conseqüentemente o tamanho amostral. Esse método é rotineiramente utilizado em pesquisas qualitativas em diversos campos da saúde e consiste na interrupção de novas aquisições de dados quando não há mais pertinência na continuidade da coleta. (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Resumindo, na metodologia analítica da pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) com o auxílio do software ATLAS.ti versão 9.

A análise envolveu três fases: pré-análise, descrição analítica e análise inferencial, que consistiram na organização, descrição e categorização dos dados obtidos. (BARDIN, 2016).

Os pesquisadores utilizaram o software ATLAS.ti versão 9 para realizar a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) em três fases: pré-análise, descrição analítica e análise inferencial.

As etapas incluíram leitura flutuante, preparação dos materiais, identificação e seleção das unidades de registro e contexto, codificação e categorização dos documentos e interpretação completa dos dados.

As entrevistas foram interpretadas para esclarecimento e compreensão, e então foram inseridas no ATLAS.ti para seleção dos indicadores e unidades relevantes aos objetivos da pesquisa.

Os dados codificados foram agrupados em categorias com base em semelhanças e critérios estabelecidos, seguindo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) e utilizando o software ATLAS.ti versão 9.

Por fim, foram gerados relatórios finais das análises, validando as inferências e interpretações dos pesquisadores sobre os objetivos da pesquisa.

A análise do presente estudo foi conduzida através das informações obtidas nas entrevistas com os participantes, a fim de compreender as possíveis mudanças de pensamentos e esclarecer os fatos. Isso foi realizado utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). A pesquisa foi desenvolvida com o conteúdo prático de vários indivíduos envolvidos, permitindo compreender as diversas mudanças de ideias em um mesmo ambiente e situações.

O uso do software ATLAS.ti permitiu uma análise aprofundada, sistemática e eficiente dos dados, otimizando o tempo de análise. No entanto, é importante destacar que a utilização do software depende da ação do pesquisador e de uma base metodológica sólida, neste caso, a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) foi empregada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número CAAE: 42944821.7.0000.5076 e seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012. A pesquisa foi conduzida de forma ética, com respeito à vida e à dignidade humana dos participantes, que foram devidamente informados e autorizaram sua participação por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A confidencialidade dos dados coletados foi preservada, e as informações serão mantidas em sigilo e guardadas por cinco anos pelos

pesquisadores, após os quais serão incineradas e deletadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 16 profissionais de enfermagem, sendo apenas um do sexo masculino. Quanto ao cargo exercido, segmenta-se, 5 enfermeiros e 11 técnicos, com média aproximada de 29 anos de idade. Dos entrevistados, 44% se autodeclararam pardos, 37% brancos e 19% negros (Gráfico 1).

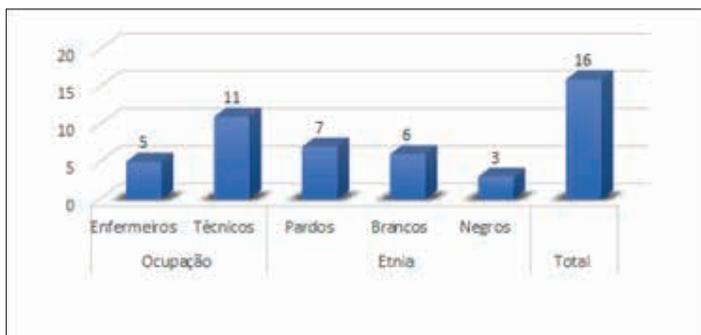


Gráfico 1 - Perfil dos profissionais entrevistados quanto à ocupação e etnia.

FONTE: BASTOS; SOUSA; MEIRELLES (2021)

Quanto ao tempo de atuação na unidade hospitalar, evidenciou-se que 75% dos profissionais entrevistados desempenham suas funções laborais na instituição a mais de 2 anos, atuando em diversos setores, como unidade de internação (UI), centro cirúrgico (CC), hemodinâmica (Hemo), centro obstétrico (CO), pronto socorro (PS) e unidade de terapia intensiva (UTI), conforme representado no gráfico abaixo (Gráfico 2).

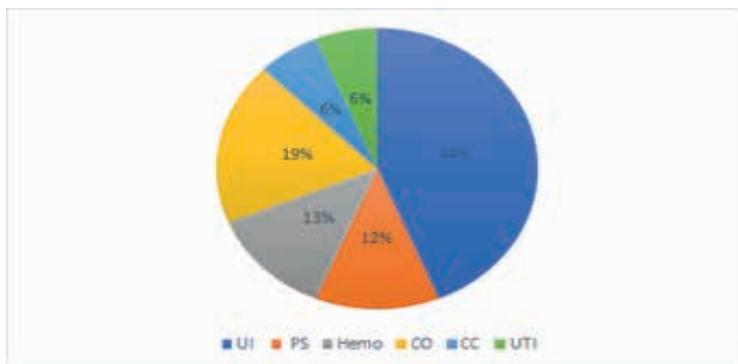


Gráfico 2 - Perfil dos profissionais entrevistados quanto ao setor de trabalho.

FONTE: BASTOS; SOUSA; MEIRELLES (2021)

Apenas 2 dos participantes de curso superior, possuíam especialização Lato sensu, estas em urgência e emergência e unidade de terapia intensiva.

Mediante o método analítico proposto por Bardin (2016) aplicado aos dados coletados, estratificou-se duas categorias temáticas, sendo estas: “**Comunicação intra-hospitalar: momentos e profissionais substanciais**”; e “**Metodologia SBAR e sua inferência na transição do cuidado intra-hospitalar**” (Figura 1).

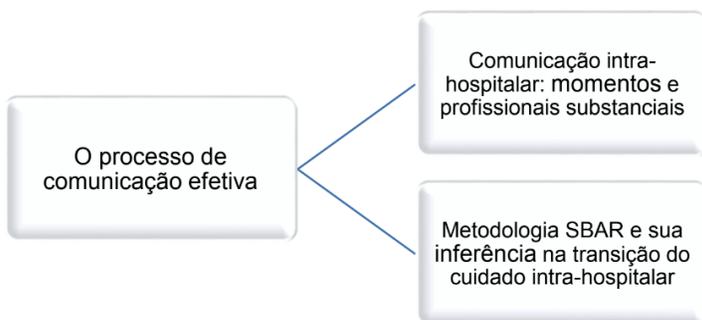


Figura 1 - Categorias estratificadas conforme análise de Bardin (2016).

FONTE: BASTOS; SOUSA; MEIRELLES (2021)

a) **Comunicação intra-hospitalar: momentos e profissionais substanciais**

A primeira categoria discute a comunicação dentro do hospital, destacando momentos cruciais para a troca de informações entre profissionais de enfermagem e agrupando os principais atores envolvidos nesse processo.

Os entrevistados ressaltaram a passagem de plantão, transferência intra-hospitalar e admissão do paciente como momentos importantes para a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e melhoria da assistência ao paciente.

É... sempre na passagem de plantão com o paciente [...] (T.E 6)

O principal momento é a passagem de plantão né! [...] (Enf. 4)

Na troca do plantão, e também no momento em que a gente transfere Inter hospitalar pra setores. (Enf. 3)

Uai, eu vejo na entrada do paciente né, [...], eu entendo que na hora que um paciente chega a gente se comunica [...] (T.E 8)

De acordo com o parecer técnico nº 001/2021 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a passagem de plantão é um momento crucial para a comunicação no contexto assistencial. Esse processo deve ocorrer quando as equipes trocam de turno, garantindo a continuidade e repasse das informações necessárias para a prestação de cuidados qualificados ao paciente. É responsabilidade das instituições de saúde utilizar ferramentas de gestão e criar documentos normativos para a passagem de plantão.

Tendo em vista a importância remetida à passagem de plantão, questionou-se aos profissionais da equipe de enfermagem, como é exercida o *handover* nos setores no qual estão inclusos. Obtendo-se assim uma variedade de informações, segundo especificidades de cada setor.

Normalmente, é de enfermeiro para enfermeiro, a gente passa todas as condutas que foram tomadas durante o dia, e os técnicos passam para os técnicos também, mas todo mundo passa no mesmo momento. (Enf. 1)

Costuma ser nas portas, a gente abre e vê o paciente, e a técnica fala o que o paciente está mantendo, o que ele apresentou, o que o paciente queixou, essas coisas. (T.E 4)

Toda equipe, toda equipe passam junto tá! O técnico e o enfermeiro beiram leito de cada paciente. (Enf. 4)

Conforme exposto pela literatura científica, não se tem ao certo uma padronização específica para o desempenho da passagem de plantão, sendo esta realizada, em maioria, conforme particularidade de cada profissional, equipe e instituição (SILVA et al., 2016). Na unidade hospitalar estudada, evidenciou-se que a maior parte dos profissionais realiza as passagens à beira leito do paciente, entrelaçando o elemento visual ao repasse das informações.

Tão importante quanto a passagem à beira leito, o repasse de informações com a presença de toda equipe deve ser enfatizado. Assim, ao assumirem o plantão entregue, os profissionais estarão munidos de conhecimentos englobando pendências, intercorrências e particularidades no cuidado a cada paciente. Como depreende Broca & Ferreira (2018), o processo de comunicação e o relacionamento interpessoal garantem fluidez no trabalho em equipe e conseqüentemente na assistência de enfermagem.

Na unidade hospitalar explorada, conforme falas dos entrevistados, há um formulário, no qual é designado ao enfermeiro preencher os dados e informações pertinentes ao plantão realizado. Tal formulário é intitulado pelos profissionais como “gestão”, conforme exposto nas falas fragmentadas abaixo.

[...] Mas em relação a passagem de um plantão para o outro, tudo é feito de maneira escrita e falada também, né! Por exemplo, quando eu vou passar plantão para outra equipe, eu deixo escrito na gestão as observações, o que aconteceu, pendências e etc... (Enf. 5)

[...] A gente faz esse recebimento desse plantão com a nossa folha de gestão, onde nela vai todos os... o que aconteceu e o que tem de pendente no nosso paciente. (Enf.4)

Visualizou-se também, fragilidades presentes no cotidiano dos profissionais, tanto na vinculação entre comunicação oral e visual, exercida pela passagem à beira leito, quanto no uso do formulário de gestão, designado a documentação de informações pertinentes a cada paciente. Tais vulnerabilidades acometem a segurança e facilitam assim, a ocorrência de erros assistenciais.

[...] Consultar o mecanismo da passagem de plantão que é a gestão que a gente sempre escreve coisas embaixo, eu acho que, na minha opinião, eu acho que elas nem utiliza, mas deveriam [...] (Enf. 5)

Não é beira leito, é via gestão mesmo, tudo com as pranchetas, as vezes as meninas pegam as pranchetas, as vezes não. Normalmente é só com a gestão mesmo. (Enf. 5)

Ao serem questionados acerca dos demais profissionais envolvidos no processo de comunicação no ambiente intra-hospitalar, os entrevistados destacaram os condutores de pacientes, equipe médica, setor de imagens e laboratório, como principais indivíduos e departamentos essenciais para o fluxo qualificado de informações.

O condutor [...] muitas vezes eles até sabem mais do que a pessoa que está recebendo o plantão. (T.E 11)

Os condutores, os outros setores, é... farmácia, imagens, é setor de imagens, os médicos, a própria equipe médica. (Enf. 2)

Pessoal do laboratório, pessoal do setor de imagens e até os condutores mesmo que fazem o transporte. (Enf. 1)

Destacado na maioria das entrevistas, os condutores exercem papel fundamental na transferência do paciente entre os diversos setores em âmbito hospitalar, bem como formam um elo entre as unidades pelo qual o paciente transitou, consolidando um processo comunicativo eficaz entre setor de origem e destino.

Segundo publicação da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2020), os condutores promovem o acolhimento e cuidado no transporte do paciente, assim como, mantém a higienização de equipamentos e materiais pertinentes à transferência intra-hospitalar. Posto isto, tais colaboradores são essenciais para a manutenção efetiva da dinâmica hospitalar.

b) Metodologia SBAR e sua inferência na transição do cuidado intra-hospitalar

Ao serem indagados sobre o conhecimento da metodologia SBAR, 56,3% dos profissionais entrevistados afirmaram conhecer tal mecanismo, ao mesmo tempo que 43,7%, negaram, conforme apresentado em gráfico abaixo (Gráfico 3).

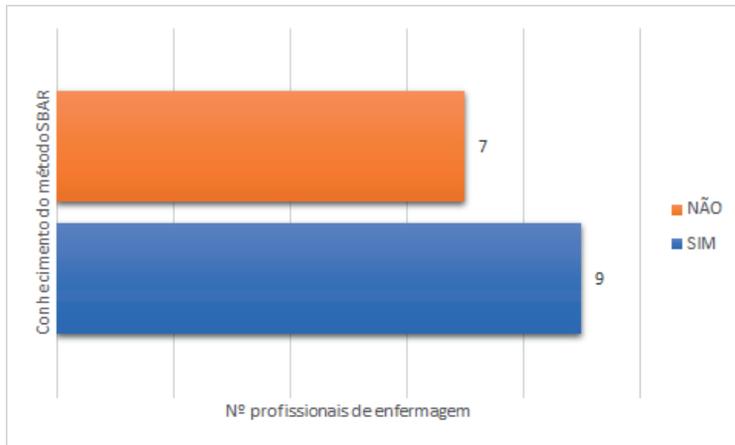


Gráfico 3 - Conhecimento dos profissionais acerca da metodologia SBAR.

FONTE: BASTOS; SOUSA; MEIRELLES (2021)

Fomentando uma das estratégias para padronização dos repasses de informações durante as trocas de plantões, a ferramenta SBAR favorece a minimização de erros de comunicação, ao mesmo que, simultaneamente, contribui na melhoria da implementação de atitudes e estratégias de segurança ao paciente, manipulando apenas a maneira pela qual as informações são expostas (FELIPE & SPIRI, 2019).

Estudos conduzidos nos Estados Unidos evidenciaram que o uso do SBAR para passagem de plantão da equipe de enfermagem viabilizou melhor estrutura, consistência, priorização, acurácia e compreensão das informações tangentes ao cuidado. Além disso, o uso da ferramenta predispôs melhor comunicação e conhecimento sobre os pacientes assistidos (RAITEN et al., 2015).

O SBAR é substanciado em quatro elementos, nos quais se discorre sobre a situação atual do paciente, destacando o motivo de sua internação e/ou transferência intra-hospitalar, quadro atual apresentado, avaliação clínica do profissional e, por fim, as recomendações imediatas para suprir as necessidades evidenciadas conforme sinais e sintomas apresentados por cada indivíduo (NASCIMENTO et al., 2018).

Os elementos expostos por Nascimento et al (2018), descritos acima, se fazem presentes nas falas dos profissionais, conforme discursa a enfermeira entrevistada.

É, o SBAR é um mecanismo também né de comunicação, o S representa se não engano situação, que descreve qual é a situação do paciente naquele momento, se ele está consciente, orientado, verbalizando, deambulando e etc. O B é de breve histórico, que você fala sobre comorbidades, sobre uso de medicamentos e etc, coisas do histórico pessoal mesmo do paciente. O A é sobre avaliação, se ele teve alguma avaliação e se eu estou passando uma avaliação pra equipe que vai receber, tipo, é... avaliar quantidade de diurese do paciente, avaliar o eletro né, se fosse de médico pra médico no caso, alguma coisa desse tipo. O R de recomendação, é... seria, por exemplo,

avaliar diurese, seria quantificar diurese ou paciente com infarto, seria realizar um eletro, realizar um raio-x e etc... (Enf. 5)

Mesmo que grande parte dos entrevistados não conheçam propriamente a ferramenta de comunicação SBAR, evidenciou-se que estes a utilizam rotineiramente em sua jornada de trabalho de forma empírica. Tal fato mostra-se possível, pois a unidade hospitalar conta com dois formulários presentes no protocolo institucional de transição de cuidados, sendo um deles embasado na ferramenta de gestão SBAR.

[...] porque nós temos dois transportes, transportes de exames e procedimentos, e o transporte de cuidados, esse de cuidados que é o da internação, que é um transporte mais completo que a gente faz o SBAR, o de exames não tem não. (T.E 5)

[...] agora até mudou a folha de transporte para exames e a de transferência já é outra... aí ficou bem melhor [...] a de transporte é mais pro lado de exame e a de transferência já mais específica para você falar todo do paciente. (T.E 3)

A gente tem, a gente usa a ferramenta SBAR para transcrição de cuidados, é... de setores, quando transfere o paciente [...] (Enf. 3)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além da equipe de enfermagem, evidenciou-se a importante atuação do profissional condutor na transição de cuidados intra-hospitalar, este veiculando as informações individuais a cada paciente entre os diferentes setores e serviços. Nota-se que tal profissional, apesar de desempenhar importante papel na instituição de saúde, constantemente possui suas atividades atenuadas frente aos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

Visualizou-se também no cotidiano assistencial dos profissionais de enfermagem a utilização de métodos facilitadores para as trocas de informações, como a ferramenta SBAR, contribuindo para a melhor otimização e assertividade da comunicação entre as equipes. De forma surpreendente, mesmo 43,7% dos entrevistados afirmarem não conhecer a metodologia, estes a utilizam rotineiramente de forma empírica devido ao formulário de transição de cuidados padronizado pela instituição. Sendo assim, há a necessidade de maiores esclarecimentos aos profissionais acerca do formulário adotado, haja vista, que todos os serviços de enfermagem devem ser empregados conforme evidências científicas, contrapondo ao método empírico.

Por fim, o presente estudo retratou a importância e necessidade da comunicação efetiva no ambiente hospitalar, no qual sua implementação, além de possuir baixo custo financeiro, proporciona uma assistência dinâmica, efetiva e qualificada ao indivíduo hospitalizado. Frente ao acervo científico, a referida pesquisa mostrou-se contributiva, tendo em vista a baixa disseminação de produções acerca da temática, sendo então, recomendado o desenvolvimento de maiores estudos abrangendo-a.

REFERÊNCIAS

- ALVES, et al. Práticas avaliativas realizadas por psicólogos hospitalares: um estudo descritivo. *Avaliação Psicológica*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 163-170, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712021000200005. Acesso em: 14 nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2002.18576.04>.
- ANDRADE, Maria Margarida de. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- ANVISA. *Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados a assistência à saúde - 2016*. Brasília, 2017.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BRASIL. ANVISA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada a prática*. Brasília: ANVISA, 2017.
- BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013.
- BROCA, P.V & FERREIRA, M.A. A comunicação da equipe de enfermagem de um enfermaria de clínica médica. *Rev. Bras. Enferm.* v. 71, n. 3, p. 951-8, 2018. Available at: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0951.pdf. Accessed on October 16, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0208>.
- BUSSOLOTI, Raquel M. *Segurança do paciente: as 6 metas internacionais*. A.C.Camargo, 2019. Available at: <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/seguranca-do-paciente-6-metas-internacionais>. Accessed on September 26, 2020.
- CARDOSO et al., *Elaboração e validação de check list para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa*. *Rev. Gaúcha Enferm.* v. 40, n. spe, e20180311, 2019. Available at: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200418. Accessed on October 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180311>.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Parecer de câmara técnica nº 0001/2021/CTLN/COFEN: passagem de plantão aos profissionais de nível médio da enfermagem*. Brasília: COFEN, 2021.
- CORPOLATO, M. C. C. et al. *Padronização da passagem de plantão em unidade de terapia intensiva geral adulto*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 95-102, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/QCKsJGH9HQ6JR43ftqTqHRc/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>.
- EMPAIRE, P. P.; AMARAL, A. C. K. O que todo intensivista deveria saber sobre a passagem de plantão na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 121-123, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/JW6YQwMPVHRWTKjTNS8h7xF/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170020>.

FELIPE, T. R. L.; SPIRI, W. C. Construção de um instrumento de passagem de plantão. *Revista Enfermagem Foco*, Brasília, v. 10, n. 7, p. 76-82, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051308>. Acesso em: 17 out. 2020.

FELIPE, T.R.L. Construção e validação semântica de um instrumento de passagem de plantão. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu, 2019. 64 f.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. Transporte de paciente intra-hospitalar: riscos e prevenção de eventos adversos. São Paulo, 11 de Mar. de 2019. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/transporte-de-pacientes-intra-hospitalar-riscos-e-prevencao-de-eventos-adversos/>. Acessado em 14 de Novembro de 2021.

NASCIMENTO, J. C. et al. Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. *Rev. Enferm. UFSM.*, v. 8, n. 2, p. 544-559, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29412>. Acessado em: 14 nov. 2021. doi: 10.5902/2179769229412.

NASCIMENTO, J. C. & DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. *Hist. enferm. Rev. eletrônica [Internet]*. v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/Hist%C3%B3ria-da-qualidade-em-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf>. Acessado em: 17 out. 2020.

NOGUEIRA, J. W. S & RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Rev. Cogitare Enferm.*, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acessado em: 06 out. 2020.

NUNES, et al. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão da literatura. *Rev. Científica FacMais*, v. X, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/1.-atua%C3%87%C3%83o-do-enfermeiro-no-acolhimento-com-classifica%C3%87%C3%83o-de-risco-caracteriza%C3%87%C3%83o-do-atendimento-mediante-protocolos-uma-revis%C3%83o-da-literat.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021. ISSN 2238-8427.

OGATA, et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reueusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/>. Acesso em: 14 nov. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>.

OLIVEIRA, et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. *Esc. Ana Nery*, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1279025>. Acesso em: 14 nov. 2021. e20200530.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Recomendações aos estados membros sobre melhorias nas práticas de higienização das mãos para ajudar a prevenir a transmissão do vírus causador da COVID-19: orientação provisória, 1 de Abril de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52060>. Acesso em: 17 out. 2020.

PENA, M.M; MELLEIRO, M.M. Eventos adversos decorrentes de falhas na comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 8, n. 3, p. 616-625, 2018. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432/pdf> >. Acesso em: 16 out. 2020. <https://doi.org/10.5902/2179769225432>.

PENA, M.M. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com o fator comunicação em um hospital universitário. 2015. 195 f. Tese (Doutorado em Ciência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RAITEN, J.M. et al. Transition of Care in the Cardiothoracic Intensive Care Unit: A Review of Handoffs in Perioperative Cardiothoracic and Vascular Practice. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, v. 29, n. 4, p. 1089-1095, Aug. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25910986/>. Acesso em 31 de outubro de 2021. DOI:10.1053/j.jvca.2015.01.003

SANTOS, G.R.S; BARROS, F.M; SILVA, R.C. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 41, e20180436, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100400&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>.

SANTOS, G.R.S et al. Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 28, e20180014, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100318&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Maqueiros têm papel fundamental na rotina hospitalar. Sergipe, 07 de fev. de 2020. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/maqueiros-tem-papel-fundamental-na-rotina-hospitalar/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SILVA, et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enferm.*, v. 25, n. 3, e3600015, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300322&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019. 268 p. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020. ISBN: 978-85-8432-062-2.

SOUZA, D. A. S.; SANTOS, F. S.; ALMEIDA, H. O. C. Protocolo de identificação e a interface com a segurança do paciente. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde Unit. Aracaju*, v. 5, n. 3, p. 27-40, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6724/3612>. Acesso em: 17 out. 2020. ISSN 2316-3151.

TELLES, T. C. B. et al. Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas: a interface entre comunicação e a segurança do paciente. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 28, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1146101?src=similardocs>. Acesso em: 14 nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48402>.

ÉTICA EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL

Data de submissão: 21/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Hospital das Clínicas da Universidade
Federal de Minas Gerais / Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-
UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3831-5003>

Pamela Nery do Lago

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

Renata Castro Mendes

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0009-0007-4953-9882>

Mariana Regina Pinto Pereira

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3124-2569>

Karine Letícia de Araújo Costa

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-7200-5917>

Laiana Otto da Costa

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6413-3123>

Juliana Grazielle Lobato Alexandre

Hospital Sofia Feldman
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0009-0005-3185-509X>

Mariângela Ferraz Rodrigues Araújo

Centro Universitário UNA Bom Despacho
– MG
Bom Despacho - MG
<https://orcid.org/0000-0001-9791-0294>

Tami Silva Nunes

Hospital Universitário da Universidade
Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0001-8481-2118>

Larissa Andreline Maia Arcelino

HU-UFS/EBSERH
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0001-7484-3260>

Rosiana Lima Prado

HU-UFS/EBSERH
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0003-0403-7188>

Darlan dos Santos Damásio Silva

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
da Universidade Federal de Alagoas
(HUPAA-UFAL/EBSERH)
Maceió – AL
<https://orcid.org/0009-0003-3852-0335>

Heloisa da Silva Brito

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
(HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-1561-8757>

Michelly Angelina Lazzari da Silva

Universitário da Universidade Federal da
Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)
Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0002-8690-7003>

RESUMO: Com a globalização as doenças infectocontagiosas se disseminam rapidamente tornam-se pandêmicas e gerando grandes desafios para gestores, líderes e sistemas de saúde que buscam estratégias para o serviços de saúde em momento de crise e de emergência de saúde pública que procuram desenvolver políticas de saúde pública para conter contágios, minimizar riscos e danos, otimizar recursos, aumentar atendimentos com reposta eficiente ao enfrentamento a pandemia da covid-19, além da busca por vacinas e tratamentos. Para tanto, precisou-se transformar a maneira como a saúde é ofertada de forma global utilizando a ciência e a ética para tomadas de decisão. Objetiva-se trazer uma abordagem ética e políticas de saúde pública no contexto da pandemia da covid-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, bibliográfica, em que foram analisados artigos científicos, documentos do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde nas bases de dados *Google* acadêmico, *Scielo* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e sites oficiais, apreciados no mês de abril e maio de 2022, utilizando os descritores: pandemia e covid-19; doença viral e covid-19; planos de ação em saúde; ética em instituições de saúde. Como resultado percebe-se que, com o evento da pandemia da Covid-19 quão os sistemas de saúde são frágeis e que necessita de reestruturação com novos olhares quanto às políticas de saúde e o quanto é dicotômico e polêmica a questão ética no campo saúde, o que demonstra necessidades de ação conjunta dos vários seguimentos para uma resposta efetiva com atendimento justo e equânime levando em consideração a justiça distributiva.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. Covid-19. Doença viral. Planos de ação em saúde. Ética em Instituições de Saúde.

ETHICS IN PUBLIC HEALTH EMERGENCIES OF INTERNATIONAL IMPORTANCE

ABSTRACT: With globalization, infectious diseases spread quickly and become pandemics, creating great challenges for managers, leaders and health systems that seek strategies for health services in times of crisis and public health emergencies that seek to develop public health policies. to contain contagion, minimize risks and damage, optimize resources, increase attendance with an efficient response to the fight against the covid-19 pandemic, in addition to the search for vaccines and treatments. Therefore, it was necessary to transform the way health is offered globally using science and ethics for decision making. The objective is to bring an ethical approach and public health policies in the context of the covid-19 pandemic. This is a qualitative, bibliographical research, in which scientific articles, documents from the Ministry of Health and the World Health Organization were analyzed in the databases Google academic, Scielo and Virtual Health Library (BVS) and official websites, appreciated in the month April and May 2022, using the descriptors: pandemic and covid-19; viral disease and covid-19; health action plans; ethics in health institutions. As a result, it is clear that, with the event of the Covid-19 pandemic, how fragile health systems are and that they need to be restructured with new perspectives on health policies and how dichotomous and controversial the ethical issue in the health field is, which demonstrates the need for joint action by the various segments for an effective response with fair and equitable care, taking into account distributive justice.

KEYWORDS: Covid-19 pandemic. Covid-19 viral disease. Health action plans. Ethics in Health Institutions.

1 | INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma patologia infectocontagiosa transmitida pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 29 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foram constatados os primeiros casos decorrentes de pneumonia de causas desconhecidas. Sendo constatado como uma nova infecção aguda emergente que disseminou rapidamente, atingindo vários países, chegando ao Brasil em fevereiro 2020 com altas taxas de transmissibilidade e mortalidade. Em março de 2020 a OMS declarou situação de emergência em saúde pública de âmbito internacional, ou seja, doença viral aguda pandêmica (OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022).

Com isso desencadeou uma emergência e crise em saúde de forma sistêmica em todos os sistemas de saúde público, privado, nacional e internacionalmente.

Foi criada a Lei 13.979 (BRASIL, 2020a) que versa sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pela pandemia da Covid-19. Conforme essa lei, em detrimento ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional do coronavírus foi permitida às autoridades determinar ações e medidas em benefício da coletividade como: isolamento social, quarentena, uso de máscaras, restrição de circulação de bens e

tráfego de pessoas entre outros países.

Cientes do amparo legal os líderes e gestores determinam medidas e rotinas a serem adotadas pela sociedade com mudança de comportamento e restrições, com isso surgiram questionamentos, debates sobre ética, no que tange direito de liberdade e distribuição de recursos entre outros.

Com este cenário os gestores em saúde e líderes mundiais enfrentaram grandes desafios para formular estratégias de saúde efetiva e justiça distributiva para reduzir transmissão, minimizar riscos, danos à saúde da população. Com vista a abordar importância da ética no combate às emergências de saúde pública de importância internacional, com ênfase na covid-19, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, através de revisão bibliográfica dos últimos cinco anos em artigos científicos nas bases de dados *Google* acadêmico, *Scielo* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e manuais do Ministério da Saúde (MS), apreciados no mês de maio de 2022, utilizando os descritores: Pandemia Covid-19, doença viral covid-19, planos de ação em saúde, Ética em Instituições de Saúde. Objetivando abordagem ética e políticas de saúde pública no contexto da pandemia da covid-19.

2 | DESENVOLVIMENTO

A pandemia da Covid-19 faz pela 6ª vez declarar emergência de saúde pública de importância internacional. Em 2009 com a pandemia de H1N1; 2014 foi transmissão internacional de poliovírus; no mesmo ano houve o surto de ebola na África Ocidental; em 2016, casos do zika vírus com microcefalia e; em 2018 aconteceu o surto de ebola na República Democrática do Congo (OPAS, 2022).

No contexto da Covid-19 a China foi o primeiro país a informar casos da doença no final de 2019. Em abril de 2020, 213 países comunicam casos de Covid-19, chegando a um total 2.397.216 casos confirmados, onde os números de casos e de países com a doença só aumentava com o passar dos dias em larga escala (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Caracterizada por ser uma patologia infectocontagiosa emergente de notificação compulsória e de investigação epidemiológica e por possuir internações volumosas e elevada taxa de letalidade.

Fundação Oswaldo Cruz (2020) aborda que decorrente de tamanha proporção da doença a OMS noticiou em 24 de abril do mesmo ano que vários países convidados pela União Europeia e pela Organização das Nações Unidas, firmaram pacto para reunir forças em procura por vacinas e fornecimento de modo justo e igualitário.

No Brasil, por meio da Portaria 188 de 2020, o Ministério da Saúde declara emergência em saúde pública de importância nacional, devido a alta infecção humana pelo novo Coronavírus, Sars-cov-2 (BRASIL, 2020b). Em março do mesmo ano há infecções por transmissão comunitária em todo o território brasileiro. Diante do cenário pandêmico, cria-

se a Lei 13.979 em 06 de fevereiro 2020 que dispõem sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19 (BRASIL, 2020a).

O vírus possui alto poder virulência, patogenicidade, disseminação e de mortalidade, até então sem tratamento. Com isso instala-se emergência em saúde pública, onde se precisa de respostas de forma coordenada e articulada entre gestores e líderes gerando grandes dilemas para encontrar medidas para enfrentamento da pandemia. Com isso, percebe-se, necessidades de mudanças, criação e reformulação de políticas de saúde, reestruturação dos processos e estratégias, e plano de ação imediata ao constatar um sistema de saúde, fragilizado, fragmentado e com lacunas no campo gestão, infraestrutura, financeira, logística e assistencial, além da questão ética, legal e moral a ser seguida e respeitada.

Para tanto, mesmo com as dificuldades, foram instituídas diretrizes, portarias, notas técnicas, fluxogramas de atendimento, planos de contingências, implantação de estratégias, uso da tecnologia, medidas de biossegurança e não farmacológicas já usadas em outras pandemias virais como na gripe espanhola, asiática e influenza com determinações de higienização das mãos, uso de álcool 70%, distanciamento social, uso de máscara, isolamento, quarentenas, restrições para viagens, testagem periódicas para covid-19 e até *lockdown* em algumas regiões e países.

Como pode ser observado, neste cenário, várias políticas foram adotadas, mais para dar maior robustez, outras medidas foram tomadas com atendimentos por teleatendimento para consultas, rastreamento, monitoramento, orientações e informações médicas realizadas por telefone, contratação de profissionais, instalações próprias para atendimento casos de Covid-19, além de políticas no campo social com liberação do fundo de garantia por tempo de serviço, ampliação do programa de bolsa família a mães chefes de família, sendo que tais medidas refletiu na situação saúde e no autocuidado, uma vez que os subsídios coadjuvaram as pessoas adquirir produtos de higiene, equipamento de proteção individual e alimentação, minimizando os riscos e melhorando qualidade de vida.

Com essas medidas colocadas em prática corretamente reduz-se os números de transmissão, aumenta a capacidade de leitos, equipamentos, profissionais e maiores respostas das redes de atenção à saúde para absorver as demandas decorrentes dos casos de Covid-19, o que sustenta a situação até definição de tratamento e chegada das vacinas para prevenção e controle da doença e consecutivamente a resistência por meio da vacinação (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

Diante das decisões governamentais houve resistência de algumas pessoas quanto ao determinado e para tanto a ética define princípios legítimo, responsável, equânime, justos, humanos para tomada de decisões. Além disso, a ética no contexto da justiça distributiva, frente às emergências de saúde pública no tocante a destinação de recursos humanos e materiais limitados, fármacos, imunizantes e equipamentos, é indiscutível e

impensável enfrentar uma crise em saúde sem pensar na ética. Dessa forma, a ética e a lei reconhecem que direitos e liberdades podem sobressair provisoriamente no decorrer da crise de saúde pública se constatado riscos a coletividade. (LOPES, 2018).

Vale ressaltar que países que obtiveram maior êxito, a população aderiu as estratégias e determinações, além de práticas baseada em evidenciadas, minimizando gravidades e reduzindo mortalidade, para isso utilizou-se o princípio da equidade, já estabelecido pelo sistema único de saúde com definição de prioridades a fim de salvaguardar os mais suscetíveis e vulneráveis.

Segundo Santos (2020), por ser uma situação de interesse público os líderes mundiais se mobilizaram e com isso levou a população a se conscientizarem a contribuir mesmo que de forma impositiva por responsabilidade cívica e moral quanto às medidas de prevenção para conter a disseminação e controle da doença, com privação individual para um bem da população ao longo prazo, que se chama de paternalismo.

Para tanto, foi necessário disseminar informações constantemente de forma frenética e até mesmo imposições para a sociedade entender a urgência e importância das determinações, uma vez que todas as decisões foram tomadas com embasamento e evidências científicas, respeitando os princípios éticos e moral, visando um bem maior para redução de contágio, danos e mortes ao decorrer do tempo em todo o mundo.

Conforme Ferreira (2020) em emergência de saúde pública e crise sanitária como na pandemia da Covid-19, a ética e a ciência caminham juntas na mesma direção versando o bem da sociedade, onde a ciência traz respaldo e embasamento científico e a ética norteia as tomadas de decisão de forma legal com respeito ao indivíduo e a sociedade.

Com a crise em saúde e evidente urgência sanitária da Covid-19 a nível internacional, houve um envolvimento social, econômico e biológico em todas as esferas de governo de forma global desde os países mais ricos aos mais vulneráveis em busca de informações, tecnologias e investimentos para pesquisa buscando mitigar a transmissão e danos visando encontrar vacinas e tratamento para doença causado pelo Sars-cov-2.

Ferreira (2020) aborda que os sistemas de saúde de forma sistêmica não agem com compromisso moral e constitucional, não agindo com a integridade e a equidade, deixando as desigualdades e ao desrespeito visível por não respeitar os direitos fundamentais da pessoa. Na filosofia utilitarista, organizar e prover adequadamente unidades de saúde com respiradores para UTI, possuir profissionais qualificados, com condições de trabalho adequado, bem remunerados, não minimiza sofrimento e tão pouco aumenta felicidade diante da dor e sofrimento, “um verdadeiro duelo entre economia e saúde, mas é inegável que tais atos são moralmente justificáveis e capazes da convergência ética desses dois pilares”.

Ainda segundo Ferreira (2020), alguns municípios brasileiros não tinham estrutura para atendimento de paciente crítico com leito de terapia intensiva, onde percebe-se a necessidade de investimento e melhorias nos sistemas de saúde não só para enfrentamento

a crise em saúde, mais por ser questão ética e justiça em saúde e para dar dignidade a população quanto a necessidade de atendimento mais complexo e com maiores recursos tecnológicos.

Nessa conjuntura, a ética na dimensão normativa de direito versus deveres diante do cenário pandêmico faz a sociedade refletir sobre tão complexo é o momento em que o amanhã é incerto no sentido saúde, vida e morte, o que levou pânico para muitos e desafios para profissionais de saúde e gestores frente às políticas de saúde, onde tinha urgência de políticas e ações efetivas para o enfrentamento da covid-19.

A Portaria 188 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b) retifica que, para evento complexo, demanda esforço conjunto com políticas e estratégias para identificar fonte, etiologia e adesão de medidas correspondente a proporção aos riscos enfrentados. Tendo em conta que a situação requer ações urgentes, foi estabelecido o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo de gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional e gerencia a questão logística dos *feedbacks* aos eventos de emergência de saúde pública.

Ademais, o Ministério da Saúde constituiu plano de contingência que traz o comitê estratégico de crise em serviços de saúde, sendo responsável pelas estratégias para enfrentamento da pandemia, constando ações direcionada para vigilância e gestão de casos, fluxos de trabalho, protocolos clínicos, dados de pacientes, profissionais, equipamento de proteção individual e outros (BRASIL, 2021).

Mediante esforços conjuntos compartilhados e amparo legal no que se refere a saúde e ética na crise em saúde da covid-19, os gestores ganham mais autonomia e segurança a desempenhar suas funções de forma mais assertiva e justa conforme as necessidades de cada região, mesmo sem agradar a todos mais salvando vidas, maior segurança, menor dano possível e mais qualidade de vida a sociedade.

A ética trata-se de princípios e valores que conduz ações humanas, convivência entre indivíduos de forma correta, saudável e harmônica, sem desrespeito e sem prejuízo ao outro independente da relação existente, o que pode gerar consenso, mas também causa divergência e controversas (CORREIA *et al.*, 2019). Deste modo a relação ética e gestão é uma linha tênue que a depender de como é conduzido pode ou não causar na sociedade desconfiança, dúvida, objeções e descrença nos gestores e na missão dos serviços prestados, provocando prejuízos para governantes assim como para sociedade.

Neste cenário de crise e de emergência, depois de longos meses de medo, dúvidas e de restrições, as vacinas chegara mediante grandes esforços e corrida contra o tempo, visando uma imunidade de rebanho/coletiva, onde individuo imunizado garante proteção os não imunizados contra a Covid-19. Por conseguinte, as vacinas foram desenvolvidas e distribuídas em tempo recordes. As vacinas são as melhores formas de prevenção, controle, redução e propagação dos sintomas, onde é ratificado pelos números decrescentes de casos de Covid-19 após a vacinação da população o que gerou mais segurança e alívio

para a sociedade em massa.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crises em saúde desencadeiam repostas desvantajosas tanto para setor saúde, financeiro e social, sendo fundamental identificar precocemente fatores de riscos para o planejamento das ações e minimizar consequências. A vacinação é uma política que minimiza casos, óbitos e controla transmissão de doenças imunopreveníveis. Com a Covid-19 desencadeou dilemas éticos que levou a desenvolver estratégias e políticas em saúde para enfrentamento da pandemia, usando a ética e a ciência como balizadora para tomadas de decisão. Assim, requer engajamento da população, profissionais e gestores com ações conjuntas, ressaltando direito a ciência e a ética com deveres e obrigações compartilhadas. Sendo primordial apoio tecnológico, suporte e compreensão da sociedade para que as ações e metas sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE COVID-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 26 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-esp-in-coe-26-novembro-2020>. Acesso em: 19 mai. 2022.

_____. Lei 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.** 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 31 mai. 2022.

_____. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).** 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020>. Acesso em: 31 mai. 2022.

CORREIA, P. M. A. R.; FERREIRA, I. C. M. D.; BILHIM, J. A. F. O papel dos códigos de ética na administração do setor da saúde em Portugal: a visão dos dirigentes. **Sociologia: problemas e práticas**, v. 89, p. 79-95. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/5572#quotation>. Acesso em 12 mai. 2022.

FERREIRA S. Ética em tempos de COVID-19. **Resid Pediatr.**, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/539/etica%20em%20tempos%20de%20covid-19>. Acesso em: 18 jun. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Há vacina ou tratamento eficaz para o Covid?** - Boletim Corona. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/ha-vacina-ou-tratamento-eficaz-para-o-covid-boletim-corona>. Acesso em: 05 mai. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Plano de Contingência para o Enfrentamento da Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/covid-plano-contigencia.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

LOPES, A. M. M. Decisões éticas. [e-book] Flórida: Must University. **Declaração do Ministério da Saúde - Transmissão Comunitária Nacional**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/marco/ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>. Acesso em: 02 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease 2019: (Covid-19) situation report 92**. Geneva: World Health Organization; (WHO). 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d_4. Acesso em: 21 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 02 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 02 jun. 2022.

SANTOS, L. S. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **Rev. Adm. Pública**, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/QDkMz3Q5s8bYWrvT8wM656k/?lang=pt>. Acesso em 12 mai. 2022.

PELA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM DA ENFERMAGEM MARANHENSE, NA CRISE DA COVID-19

Data de aceite: 02/05/2023

Silvia Cristina Viana Silva Lima
Enfermeira, Doutora, ABEn MA

Nair Portela Silva Coutinho
Enfermeira, Doutora, ABEn MA

Rosilda Silva Dias
Enfermeira, Doutora, ABEn MA

José Carlos Araújo Júnior
Enfermeiro, especialista, COREN MA

Lucimary Santos Pinto
Técnica de enfermagem e advogada,
especialista, SINTAEMA

Ana Léa Coelho
Enfermeira, especialista, SEEMA

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem;
Valorização; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A crise sanitária planetária que estamos vivenciando é multifacetada com dimensões sanitária, social, político-econômica e de negação da ciência. A pandemia da Covid-19, mobilizou profissionais de saúde exigindo adaptações

a condições de trabalho ainda mais estressantes e com maior sobrecarga em relação ao seu trabalho anterior à pandemia – muitos com vínculos empregatícios precarizados. Neste contexto, os efeitos advindos da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 geraram consequências graves de diferentes ordens e com muitos desafios. Tornou-se visível que a enfermagem não deixou de atender/cuidar/trabalhar, em todo o planeta, contribuindo para altos custos físico, emocional e psicológico e risco relacionado ao trabalho. A enfermagem se constitui como uma prática social e profissional, que requer educação e formação específica como: auxiliares de enfermagem, técnicas/técnicos de enfermagem e enfermeiras/enfermeiros. Profissão que, em todos os países, é composta predominantemente pelo gênero feminino, na região das Américas e no Brasil, respectivamente, 87% e 85% das trabalhadoras de enfermagem são mulheres (WHO, 2020). A força de trabalho de enfermagem é potente e composta pela seguinte distribuição: no mundo, 69%

de enfermeiras, 22% de profissionais com formação técnica e 9% outros; nas Américas: 59% de enfermeiros, 37% de técnicos e auxiliares; e no Brasil: 24,5% são enfermeiras, 75,5% técnicos e auxiliares. Esses dados apontam a necessidade de discutir e de pautar sobre a valorização da categoria. Ademais, a divisão técnica interna do trabalho, com diferentes categorias, revela os diversos itinerários de formação e da prática do cuidado de enfermagem (WHO, 2020). A enfermagem brasileira é formada por trabalhadoras e trabalhadores, que atuam nos diferentes níveis de atenção no Sistema de Saúde, sem os quais não há atenção à saúde. A categoria ainda não tem piso salarial nacional e enfrenta inúmeras dificuldades e limitações socio político-econômicas que são históricas e às quais continua submetida, entre elas: condições de trabalho inadequadas ou mesmo impróprias; insuficiência, ausência ou má qualidade dos equipamentos de proteção individual (EPI); inadequação e insuficiência do quadro de pessoal; problemas graves, adoecimento e morte. A dinâmica contemporânea do trabalho é marcada pela reestruturação produtiva de acordo com a demanda do mercado, e com a “flexibilidade” nas relações de trabalho, e terceirização nas subcontratações. Num cenário de desemprego, de globalização, principalmente, de crise econômica, acrescido da pandemia, seguramente há sobrecarga de tarefas e de intensificação do processo de trabalho, com um fluxo tensionado (SILVA; MACHADO, 2020). O trabalho em enfermagem brasileira, no contexto de crise, exige lutar em defesa do trabalho e da educação em Enfermagem – saúde, dignidade e valor – e em defesa da sustentabilidade do SUS, da saúde e da vida em sua diversidade (SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2021). Valorizar a enfermagem é valorizar e reconhecer o direito à saúde de qualidade, com profissionais bem formados e qualificados, com condições dignas de trabalho. Desde a formação, aos profissionais da enfermagem, são exigidos o comprometimento e o compromisso com o cuidar, em diferentes dimensões para o exercício profissional em várias atividades, destacam-se atenção à saúde, docência e preceptoria/tutoria, produção de conhecimento e gestão em saúde no SUS ou fora dele. O agir da enfermagem é baseado na Lei do exercício profissional envolve inovações práticas e habilidades para planejar, implementar e avaliar programas para um agir institucional em equipe. Uma práxis com variados domínios, competências de enfermagem com práticas avançadas na perspectiva da saúde universal. A enfermagem é uma profissão de trabalho institucionalizado, com inserção forte nas estruturas formais de emprego, seja, público, privado ou filantrópico – empregabilidade é uma questão central para essa categoria profissional. A partir dos anos 90, o processo de trabalho em saúde envolveu novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado com mecanismos institucionais de gestão do trabalho, com enormes desafios para a categoria (MACHADO *et al.*, 2015). Dentre os desafios atuais para a categoria, tem-se: a necessidade de revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais; o destaque para a análise sobre o mercado de trabalho no âmbito do profissional; a remuneração; a pouca qualificação profissional; os aspectos da terceirização; os conflitos no local de trabalho,

entre outros. Num cenário de pandemia, torna-se oportuno refletir sobre o que se faz hoje/ agora para um presente diferente? A resposta passa por atitude concreta no coletivo. Para transformar a realidade torna-se necessária a participação política da força de trabalho em Enfermagem e sua representatividade social. Exatamente por conhecer as inúmeras bandeiras históricas de luta da categoria, foi criado o Fórum da Enfermagem Maranhense, com a expectativa de formular propostas, objetivando a valorização do trabalho, a formação política da categoria para incentivo à participação social e ao fortalecimento da democracia e o empoderamento das demais lutas da Enfermagem a fim de que possam resultar na implantação e implementação de melhores políticas públicas trabalhistas nas esferas de Governo federal, estadual e municipal, respeitando a autonomia das entidades. O Fórum da Enfermagem Maranhense, criado em 12/02/2020, é formado por 12 entidades: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), seção MA; Associação de Enfermagem Obstétrica (ABENFO); Conselho Regional de Enfermagem (COREN- MA); Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Maranhão (SEEMA); Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Estado do Maranhão (SINTAEMA); Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado do Maranhão (SINDSEP- MA); Sindicato dos Funcionários e Servidores Públicos de São Luís (SINFUSP-SL); Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimento de Saúde do Maranhão (SINDSAUDE-MA); Sindicato dos Trabalhadores dos Serviços de Saúde da Região Tocantina (SINDSAUDE-ITZ); Associação dos Enfermeiros Servidores Públicos dos Municípios do Maranhão (AESPMMMA); Sindicato dos Servidores Públicos dos municípios de Bacabal (e outros municípios da Região) - (SINDSERP); Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de Estreito - MA (Sindestreito).

OBJETIVO

Compartilhar a experiência do Fórum da Enfermagem Maranhense a partir dos olhares das entidades/instituições representantes legítimas da categoria no estado.

METODOLOGIA

Relato descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. As informações apresentadas foram coletadas dos arquivos da Coordenação do Fórum da Enfermagem Maranhense. Neste relato estão registradas as ações realizadas entre os meses de fevereiro e dezembro de 2021.

RESULTADOS

O Fórum da Enfermagem Maranhense desenvolveu, no primeiro ano de sua criação, um conjunto significativo e potente de ações em busca da valorização da

Enfermagem brasileira/maranhense. (LIMA; COUTINHO; DIAS, 2021). Seguem as descrições quantitativas das principais ações realizadas de fevereiro a dezembro do ano 2021: Enquetes: 06; Lives promovidas: 16 (regionalizadas, interestadual, nacional), 5 com Deputados; 2 Feijoadas Solidárias (São Luís e Pinheiro); 15 Carreatas (Ato Público) – 12 de maio; Promoção de Atos Público – 12 maio e 30 de junho (São Luís, Imperatriz e outros municípios); Caravanas em Atos públicos – Brasília (1 com 70 participantes de vários municípios, e apoio de Balsas, com representação de vários municípios); Notas Públicas: 06; Ofícios enviados: 120; Palestra sobre o PL 2564 em Pinheiro: 01; Moções: Apoio (01) e Agradecimentos: 05; Reunião com Conselho Municipal de Saúde: 01; Palestra – Piso Salarial: Federação dos Trabalhadores Administração Pública Municipal do MA: 01; Audiências com Parlamentares: 04; Audiência município de Raposa: 01; Participações nas Semanas de Enfermagem: COREN MA e da ABEn MA; Produção vídeos com utilização de drone: 02; Vídeos Programa Tribuna Sindical: 02 – Veiculado na TV; Participação programa de Rádio: 01; Reuniões internas: 13 (2 presenciais e 11 virtuais); Acompanhamento na Assembleia Legislativa do MA – votação e aprovação do PL 2564 no Senado Federal: 01 (Dia 24 de Novembro); Produção: caneca, garrafa d’água, camisas, adesivos, faixas; Produção de Card – várias dezenas (Mais de 100); E-book: 01 publicado e 1 em produção; Reunião ampliada híbrida gravada para lançamento do E-book com balanço das ações realizadas em 2021: 01 (Dia 21.12) – há vídeos disponíveis.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trata-se de uma experiência que possibilita compreender as múltiplas finalidades do Fórum da Enfermagem Maranhense que promove a ampliação na capacidade de luta no coletivo com intervenções qualificadas em prol das bandeiras de luta da categoria, nos diferentes níveis de atenção do SUS, em busca da saúde universal – efetividade, eficiência e qualidade –, principalmente diante da crise pela pandemia da Covid-19. Seguramente o Fórum da Enfermagem Maranhense contribuiu em seu primeiro ano de criação (e ainda contribuirá) para a luta pela valorização da categoria, o que ficou explícito durante todas as atividades promovidas/realizadas pelo conjunto das entidades/instituições integrantes. Agradecemos cada preciosa participação dos profissionais enfermeiras/enfermeiros, técnicas/técnicos, auxiliares; das lideranças; representantes de entidades/Instituições, gestores; dos legisladores que enalteceu e qualificou as diferentes atividades realizadas nos locais de trabalho, nas ruas, carreatas/motociatas, nas câmeras legislativas. Sigamos firmes na caminhada pelo fortalecimento das entidades legítimas e representativas em prol da valorização e alcance das bandeiras históricas da Enfermagem no Brasil, com prioridade para aprovação do piso salarial nacional e regulamentação da jornada de trabalho. Pode-se afirmar que existem múltiplos desafios a serem superados para o alcance da tão almejada valorização da categoria de Enfermagem, no Maranhão/Brasil, e que o Fórum

da Enfermagem Maranhense reafirma o compromisso de permanecer na luta. Este Fórum reafirma a importância da luta em defesa da valorização das trabalhadoras e trabalhadores em Enfermagem e, em especial, no contexto da crise sanitária, social, política e econômica presentes no Maranhão, no Brasil e no mundo.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O Fórum pretende uma maior articulação das entidades/instituições que o compõem para o fortalecimento das lutas e bandeiras históricas: piso salarial nacional; regulamentação da carga horária semanal em 30 horas; melhores condições de trabalho; medidas de proteção a trabalhadores e trabalhadoras, como garantia do fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequados e em quantidade suficientes nos locais de trabalho; cumprimento de dimensionamento de profissionais seguido em cada serviço; treinamentos e qualificação de acordo com as necessidades dos serviços; garantia dos direitos trabalhistas de acordo com vínculos; combate à precarização nas relações de contratos de trabalho; indenização de profissionais vítimas da Covid-19; pagamento do adicional de insalubridade conforme a legislação; dentre outras.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 9 mar. 2021;

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciê. Saúde Colet.** 2020, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2022;

SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 82., 2021, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: ABEn, 2021. 31 p. Tema: O trabalho em Enfermagem no Contexto de Crise. Caderno de dicas;

MACHADO, Maria Helena *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 43-78, 2015. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>. Acesso em: 9 mar. 2021;

LIMA, Sílvia Cristina Viana Silva; COUTINHO, Nair Portela Silva; DIAS, Rosilda Silva (org.). **Pela valorização da enfermagem**. São Luís: EDUFMA, 2021.

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM PRONTO SOCORRO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Data de aceite: 02/05/2023

Elen Cristiane Doná de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/6087790685961567>

Sabrina Piccinelli Zanchettin Silva

<http://lattes.cnpq.br/9567417436628440>

Giseli da Silva Toquetto Gomes

<https://lattes.cnpq.br/1830479741308872>

Maria Simão Gianotti

<http://lattes.cnpq.br/0611293788642054>

Glaucia Luciana Bettio

<http://lattes.cnpq.br/9162846012029644>

Fernando Fabrizzi

<http://lattes.cnpq.br/1144207796332494>

Renato Costenaro

<http://lattes.cnpq.br/3568410285666462>

**Maria de Fátima Vieira de Souza
Gonçalves**

<http://lattes.cnpq.br/3662814485208180>

Flaviane Cristina de Brito Guzzo Soliane

<http://lattes.cnpq.br/1497828957413518>

Sabrina Ramires Sakamoto

<http://lattes.cnpq.br/1830479741308872>

1 | INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional está ligado a fatores presente no ambiente de trabalho, através das atividades preenchidas de valores, intencionalidades, comportamentos e representações. O trabalho possibilita crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, contudo as constantes mudanças impostas aos indivíduos podem gerar também alguns problemas relacionados com a insegurança, insatisfação, desinteresse, irritação e pode favorecer tanto a saúde como o adoecimento⁽¹⁾.

A enfermagem é considerada como uma profissão onde está sujeita ao impacto do estresse, decorrente ao cuidado constante de pessoas doentes e em situações imprevisíveis cotidianas, principalmente em unidades de pronto socorro, e pode ser nocivo no ambiente pessoal ou no profissional, uma vez que os profissionais trabalham diretamente com o sofrimento das pessoas, assim, essa carga

emocional pode refletir negativamente na qualidade e segurança da assistência prestada e na própria saúde do profissional de enfermagem^(2,3).

A Síndrome de *Burnout* ou também conhecida Síndrome do Esgotamento profissional ocorre consequente de um esgotamento físico e mental, onde é caracterizada por três dimensões sintomatológicas: exaustão emocional, identificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico, despersonalização, verificada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo e falta de envolvimento no Trabalho, observada pela inadequação pessoal e profissional^(2,4,5). O desenvolvimento dessa síndrome pode ocorrer decorrente de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhado de sintomas físicos e psíquicos^(4,6).

Manifestando através de quatro classes sintomatológicas, física, psíquica, comportamental e defensiva. Essas classes estão relacionadas quando o trabalhador apresenta como por exemplo fadiga constante, distúrbio do sono, dores musculares, falta de atenção, alterações da memória, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, cumprimento irregular do horário de trabalho, tendência ao isolamento, sentimento de onipotência e atitude cínica⁽⁴⁾.

Embora a síndrome acometa as mais diversas profissões, ela se destaca em profissões que se lida com o sofrimento alheio, onde aumentam a vulnerabilidade para sua ocorrência. Os profissionais de enfermagem estão submetidos a setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas e outros elementos geradores do estresse laboral, que estão associados à síndrome, também a frágil organização política dessa categoria profissional^(5,7).

Os profissionais de saúde, que atuam em urgência e emergência, diariamente vivenciam situações que exigem condutas rápidas, onde demandam ações simultâneas sem prévios planejamentos, uma vez que o paciente grave não pode suportar longo tempo de espera por tomadas de decisões, assim necessitando apresentar o autocontrole e eficiência ao prestarem assistência ao paciente, minimizando os eventos não desejados e os erros possíveis na profissão^(1,3).

No ano de 2012, segundo a Organização Mundial de Saúde, 90% da população mundial estava afetada pelo estresse, resultado das grandes exigências de atualização e necessidades de lidar com novas informações cotidianas. Característica encontrada fortemente na área de enfermagem, que pode ser considerada a quarta profissão mais estressante no setor público⁽¹⁾.

A despersonalização representa o componente do contexto interpessoal, através da reação negativa, insensível ou excessivamente desligada dos diversos aspectos do trabalho. Na maioria das vezes ocorre em resposta a sobrecarga de exaustão emocional, sendo primeiramente autoprotetora. Os trabalhadores que se queixam de sobrecarga de trabalho, tendem a se retrair, cortar ou reduzir o que estão fazendo, mas o risco é de que o desligamento possa resultar na perda do idealismo. Além disso, pode desenvolver uma

reação negativa às pessoas e ao seu trabalho e à medida que a despersonalização vai se desenvolvendo, levando as pessoas deixarem de tentar fazer o melhor, passando a fazer o mínimo necessário⁽⁶⁾.

A ausência de realização profissional representa o componente de autoavaliação no *Burnout*. Ela refere-se a sensações de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho. Essa menor sensação de auto eficácia é acentuada por uma falta de recursos no trabalho, bem como uma falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional⁽⁶⁾.

Ações de prevenção, promoção e intervenção precisam ser realizadas os profissionais expostos a ambientes de trabalhos estressores, onde podem apresentar alta incidência da síndrome. A saúde do trabalhador deve buscar alternativas para modificações diárias nas instituições de saúde, buscando promover a qualidade de vida no ambiente de trabalho.

A Síndrome de *Burnout* acomete diversas categorias profissionais, dentre elas grandes números de profissionais da área de enfermagem, devido a diversas situações cotidianas estressantes, podendo estar agravadas também pela sobrecarga física, extensas horas de trabalho, relações interpessoais e hierárquicas (FERREIRA, LUCCA, 2015). Diante dessas considerações e o impacto negativo da Síndrome de *Burnout* na qualidade de vida do trabalhador e conseqüentemente na assistência de enfermagem, justificando a necessidade desse estudo.

O objetivo desse estudo foi avaliar a frequência da Síndrome de *Burnout* em equipe de enfermagem e verificar os fatores desencadeantes deste quadro nos profissionais de enfermagem do Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

2 | MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal realizado através de aplicação de questionário estruturado (Apêndice I) e instrumento de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Apêndice II) aos profissionais de enfermagem de um Pronto Socorro.

2.2 Local de estudo

Realizado no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba no interior de São Paulo. O pronto socorro funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e pretende resolver as situações de urgências e emergências da cidade.

2.3 Sujeito da pesquisa

A amostra foi composta por 23 profissionais de enfermagem atuantes no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP, em diferentes períodos de trabalho.

Participaram do estudo os profissionais de enfermagem atuantes no Pronto Socorro, adultos, todos os sexos, que estavam presentes no dia da coleta de dados e que aceitarem a participar da pesquisa, juntamente com concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III). Foram excluídos da pesquisa, os profissionais afastados do trabalho por férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados e aqueles que não aceitaram responder o questionário.

2.4 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada após autorização da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP, presente no Termo da Intenção de Pesquisa e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

2.5 Procedimentos

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário elaborado pela autora da pesquisa (Apêndice I) e o Instrumento de *Burnout* denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI)^(9,10), em sua versão adaptada e validada ao português (Apêndice II).

Para avaliar a Síndrome de *Burnout* foi utilizado o instrumento *MBI*, utilizado para avaliação do profissional, independentemente das características ocupacionais estudadas^(9,10).

O questionário é composto de 22 perguntas, com opções de resposta (segundo escala *Likert* de 0 a 6), abrangendo três aspectos fundamentais da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional). Sendo: (0) nunca; (1) uma vez ao ano ou menos; (2) uma vez ao mês ou menos; (3) algumas vezes no mês; (4) uma vez por semana; (5) algumas vezes por semana; (6) todos os dias, de acordo com os valores de referência⁽¹⁰⁾.

A exaustão emocional consiste em nove dos itens do questionário (1;2;3;6;8;13;14;16;20) e refere-se ao esgotamento tanto físico como mental. A despersonalização corresponde a cinco itens presentes no questionário (5;10;11;15;22) e consiste em alterações das atitudes dos indivíduos ao entrar em contato com os usuários dos seus serviços, e a realização profissional está presente em oito questões (4;7;9;12;17;18;19;21), mensurando a percepção da influência dos outros, como o bem-estar com o trabalho⁽¹⁰⁾.

As respostas obtidas são somadas de acordo com cada categoria e comparadas com os valores de referência para o diagnóstico do Núcleo de Estudos Avançados sobre Síndrome de *Burnout*, podendo variar entre baixa, moderada ou alta⁽¹⁰⁾.

Para o diagnóstico da Síndrome de *Burnout*, os valores de referência estão segundo Ribas (2010), tendo as seguintes dimensões; Exaustão Emocional (baixa 0-15; média 16-25 e alta 26-54); Realização Profissional (baixa 0-33; média 34-42; alta 43-48); Despersonalização (baixa 0-02; média 03-08; alta 09-30).

Dessa forma, a Síndrome de *Burnout* é uma variável contínua que pode alternar-se entre baixa, moderada ou alta. Portanto, um grau alto de *Burnout* exige uma alta pontuação nas subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização e uma baixa pontuação na subescala de Realização Profissional; para a classificação de um grau médio de *Burnout* pressupõe valores médios nas três subescalas; um grau baixo de *Burnout* surge quando os valores da subescala Exaustão Emocional e Despersonalização são baixos e os valores da subescala Realização Profissional são altos⁽¹⁰⁾.

Após obtenção dos dados os mesmos foram digitados em planilha no *Microsoft Office Excel*[®], para a realização de análise estatística descritiva. A forma de sumarização foi através de gráficos ou tabelas

2.6 Riscos e benefícios

A pesquisa apresenta risco mínimos aos envolvidos de exposição ou constrangimento dos participantes. Ela contribuirá para o conhecimento da frequência e as classes sintomatológicas mais presentes nos profissionais de enfermagem do pronto socorro.

2.7 Compromissos de Pesquisa

O pesquisador se compromete a tornar público todos os resultados que forem obtidos por essa pesquisa, através de comunicação científica (Termo de Compromisso do Pesquisador - Anexo 3).

3 | RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada durante o período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019 no pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia do município de Araçatuba. Constituída uma amostra de 23 profissionais de enfermagem atuantes na unidade dentro dos critérios de inclusão do estudo.

Por meio dos dados basais demográficos e clínicos dos participantes expostos na Tabela 1, a maioria dos profissionais pesquisados era do sexo feminino (87%), na faixa etária entre 31 a 40 anos (52%), brancos (52%), católicos praticantes (52%), casados (48%), com filhos (61%). Com relação à atuação profissional, 70%, são auxiliares/técnicos de enfermagem, com tempo de formação profissional superior a 5 anos (57%). A maioria dos participantes trabalham a mais de 2 anos na instituição (65%) e não possuem outro vínculo empregatício (57%).

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

	N (%)
Sexo	
Feminino	20 (87)
Masculino	03 (13)
Idade (anos)	
20 - 30	05 (22)
31 - 40	12 (52)
41 - 50	06 (26)
Cor / raça	
Branco	12 (52)
Negro	02 (09)
Pardo	07 (30)
Amarelo	02 (08)
Religião	
Católico	12 (52)
Evangélico	07 (30)
Outro	04 (17)
Estado civil	
Casado	11 (48)
Solteiro	07 (30)
Outro	05 (22)
Tem filhos	
Sim	14 (61)
Não	09 (39)
Atuação profissional	
Auxiliar / Técnico de enfermagem	16 (70)
Enfermeiro	07 (30)
Tempo de formação profissional (anos)	
≤ 1	02 (08)
2 - 5	08 (35)
6 - 10	05 (22)
≥ 10	08 (35)
Tempo de trabalho institucional (anos)	
≤ 1	08 (35)
2 - 5	06 (26)
6 - 10	07 (30)
≥ 10	02 (08)
Outro emprego	
Sim	10 (43)

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de enfermagem participantes, de acordo com frequência e porcentagem. Araçatuba, 2019

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à Síndrome de *Burnout*, observa-se uma importante prevalência entre os profissionais de enfermagem participantes, como apresentada na Tabela 2, sendo que 15 profissionais avaliados (65%) apresentou algum grau da síndrome; 27% com grau alto, 18% com grau moderado, 22% com grau baixo para *Burnout*. Os demais profissionais pesquisados (35%) não apresentaram grau algum do problema.

SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	N (%)
Alto	06 (26)
Médio	04 (17)
Baixo	05 (22)
Não apresentam	08 (35)

Tabela 2. Grau da Síndrome de *Burnout* de acordo com frequência e porcentagem. Araçatuba, 2019

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de 35% da população não apresentar nenhum grau da Síndrome de *Burnout*, a Tabela 3 apresenta a frequência e porcentagem para cada dimensão do MBI dos profissionais estudados, mostrando que 48% apresentaram grau baixo e 35% grau alto de exaustão emocional; 57% grau médio de realização pessoal; e 43% apresentaram grau alto de despersonalização no trabalho. Permite dizer que, apesar de parte dos participantes não se enquadrarem na Síndrome de *Burnout*, de acordo com a frequência das dimensões, eles possuem predisposição a desenvolvê-la. (Tabela 3).

	Exaustão Emocional	Realização Pessoal	Despersonalização
MBI	N (%)	N (%)	N (%)
Alto	08 (35)	03 (13)	10 (43)
Médio	04 (17)	13 (57)	06 (26)
Baixo	11 (48)	07 (30)	07 (30)

Tabela 3. Dimensões da Síndrome de *Burnout* de acordo com frequência e porcentagem. Araçatuba, 2019

Fonte: Dados da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada como a resposta do estresse laboral crônico, envolvendo atitudes e alterações comportamentais negativas, descrita como uma condição mental caracterizada pela redução do desempenho, desenvolvendo sentimentos de desamparo, frustração e incapacidade de atingir metas no trabalho⁽¹¹⁾.

O estresse ocupacional está muito presente e vivenciado na área da saúde, estudos apresentam que entre todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os mais expostos⁽¹²⁾, uma vez que vivenciam situações de estresse e não estão psicologicamente preparados, podendo transformar o trabalho em algo intenso, afetando a sua vida pessoal⁽¹³⁾.

A profissão de enfermagem foi classificada como a quarta mais estressante, conforme *Health Education Authority*, comentando sobre as dificuldades encontradas em relação a delimitar os diferentes papéis da profissão e a falta de reconhecimento entre o público, elevando assim a despersonalização do trabalhador⁽¹⁴⁾.

Nesse estudo houve predominância de participantes do sexo feminino, fato esse que pode estar relacionado às características históricas da profissão, contudo atualmente tem-se observado aumento no número de homens na profissão⁽¹⁵⁾. Alguns autores apontam que mulheres são mais suscetíveis ao estresse por acumular afazeres domésticos diários além de suas atividades profissionais, assim, aumentando assim o risco para a síndrome⁽¹⁶⁾.

A maioria dos participantes desse estudo tem filhos e grande parte são casados. Estudo evidencia que o fato de ter filhos e ser casado pode ser considerado um fator protetor para o desenvolvimento da síndrome, em razão do profissional se sentir amparado, vivenciando o sentimento de afetividade⁽¹⁷⁾. Contudo, outros estudos destacam o alto índice de desgaste físico e emocional de enfermeiros com filhos, a qualidade do relacionamento, além de sua carga horária de trabalho, ainda dedicam uma grande parte do seu tempo, sendo um fator preocupante, considerado uma influência significativa^(18,19).

No que se refere ao tempo de atuação na profissão, nesse estudo, grande parte dos participantes apresentavam menos de um ano de trabalho na instituição pesquisada. Estudos demonstram que os profissionais mais jovens apresentam níveis de estresse mais elevados, em relação aos profissionais que atuam mais tempo na área, podendo considerar esse fato uma vez que o enfermeiro mais experiente apresentar maior segurança técnica e domínio sobre as situações que podem surgir em seu cotidiano de trabalho caracterizando como um fator menos estressante^(20,21).

A maioria dos entrevistados atualmente apenas um vínculo empregatício, caracterizando jornadas menores de trabalho. Estudo mostra que a carga horária de trabalho superior a 12 horas diárias obteve uma significância positiva com alto padrão de exaustão e despersonalização, demonstrando que tal fato pode ser justificado pela organização de trabalho⁽²²⁾. O nível de estresse está intensificando, principalmente em enfermeiros que realizam dupla jornada de trabalho, enfrentada por muitos trabalhadores

dessa classe^(19,23,24).

Existem outros fatores relacionados, como em relação à renda, onde acreditam que grupos de trabalhadores que possuem salários menores apresentam maiores índices, mesmo que em seus achados não tenham percebido diferenças significativas entre os índices de profissionais de nível superior e os de níveis técnico⁽²⁵⁾.

A sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis mais apontadas como predisponentes para síndrome⁽²²⁾. Nesse sentido, estudo aponta que ao entrevistar trabalhadores portadores da síndrome, concluíram que o salário foi apontado como a segunda maior fonte de satisfação no trabalho para esse grupo, sendo que, para alguns desses trabalhadores, o salário foi apontado como a única fonte de satisfação⁽²⁶⁾. Tais autores acreditam que a tentativa de conciliar dois empregos é comum entre os trabalhadores da saúde, nos turnos da noite e do dia, o que pode afetar o comprometimento do profissional com seu trabalho^(22,26). Outra questão que merece atenção foram os resultados encontrados na variável outra atividade remunerada.

O resultado de estudo demonstrou que maioria dos participantes apresentaram algum grau da síndrome. Essa atividade profissional predispõe o trabalhador a desenvolver essa condição devido à alta carga de trabalho e ao estresse presente no cotidiano^(4,19,27). Os profissionais acometidos a essa síndrome podem apresentar alguns sintomas como: exaustão, sudorese, mãos e pés frios, ranger dos dentes, aperto da mandíbula, fadiga, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, insônia, taquicardia, dispneia, irritabilidade, preocupação excessiva, impotência, baixa autoestima, ansiedade, negativismo, mal-estar generalizado, desinteresse e dificuldade de concentração⁽²⁸⁾.

Dentre todos os participantes, a maioria apresentou algum grau de predisposição a desenvolver a síndrome, destacando o domínio despersonalização no trabalho. Estudo apresentou um resultado próximo demonstrando que 38% dos participantes apresentaram alto índice para despersonalização⁽¹⁸⁾. Outro resultado de um estudo realizado com diferentes profissionais de enfermagem também apresentou que houve 35,7% dos participantes com pelo menos uma das dimensões alteradas, sendo que não houve trabalhadores com as três dimensões do questionário críticas⁽²⁹⁾.

Os sintomas do estresse são expressados de maneira física e psicológica. Estudo apresenta que os sintomas mais presentes se referem a alterações cardiovasculares, musculoesqueléticos e digestivos⁽³⁰⁾. Outra consequência destacada pelo estresse é a qualidade de sono, além do trabalho em turnos que não favorece apenas ao surgimento de distúrbios do sono, mas também ao aumento da sonolência diurna e diminuição dos estados de alerta do indivíduo. Os efeitos destas alterações podem provocar maior probabilidade de acidentes de trabalho, assim como prejuízo da qualidade de vida destes profissionais⁽³¹⁾.

O uso abusivo de substâncias destacando o tabaco e álcool pode ser uma forma de manifestação comportamental de fuga ou esquecimento do trabalho, onde os profissionais de enfermagem são mais propensos para o abuso de substâncias alcoólicas e ao

suicídio^(16,32).

Uma limitação deste estudo foi caracterização de apenas uma categoria profissional, uma vez que existe diferentes categorias profissionais atuantes no ambiente hospitalar. Estudos demonstram que essa síndrome está presente em diversas categorias profissionais de saúde como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros⁽³³⁾. Entretanto, acredita-se que a amostra foi representativa para o perfil dos profissionais de enfermagem delimitado como objetivo inicial do estudo.

Considerando as particularidades do setor estudado, observou que o apoio recebido da equipe é fundamental para o equilíbrio psíquico e emocional os profissionais, inclusive em relação ao elevado nível de atenção requisitado para o cumprimento das prescrições e na autonomia para tomada de decisões rotineiras.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem do pronto socorro enfrenta muitas dificuldades em sua rotina de trabalho, com necessidade de usar recursos adaptivos para manter-se aptos a novos desafios, muitas vezes desconhecendo o que vem a ser Síndrome de *Burnout*. Considera-se muito importante o conhecimento dos agentes estressores negativos, para identificação dos sinais e sintomas e adoção correta de medidas preventivas contra o estresse ocupacional.

Nas categorias estudadas do MBI analisadas separadamente, prevaleceu alto índice para despersonalização dos participantes, assim, indicando condições de trabalho ameaçadoras para síndrome. Existe uma necessidade de medidas que amenizem esta situação, considerando que a unidade é um ambiente estressante, que exige muito do profissional e pode acarretar altas prevalências dessa síndrome.

A síndrome é avaliada por um processo contínuo, e não pode ser classificada somente baseado na sua ausência ou presença, por isso deve ser avaliada continuamente, destacando que novas pesquisas no âmbito da qualidade ocupacional são fundamentais, caracterizando como de muita relevância aos profissionais da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP., 2012. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(Especial 2):151-6.
2. Rolim CSS. Estresse e síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira em Pesquisa e Saúde*. 2013;15(3):103-113.
3. Melo MV, Silva TP, Novais ZG, Mendes MLM. Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe*. 2013;1(2):35-42.

4. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(2):192-197.
5. SILVA GSA, Silva GAV, Silva RM, Andolhe R, Padilha KG, Costa ALS. Estresse e burnout em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2018;7(1):5-11.
6. Schmidt DRC, Paladinill M, Biatolli C, Pais JD; Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66(1):13-7.
7. Galindo RH; Feliciano KVO; Lima RAS; Souza, AI. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade de Recife. *Escola de Enfermagem USP*. 2012;46(2):420-427.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, p:1-7, 2013.
9. Afecto MCP, Teixeira MB. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2009;8(1).
10. Ribas CCSC. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar. Dissertação [Mestrado em Bioética]-Universidade do Porto. 2010.
11. Segura O. Burnout: concepts and implications affecting public health. *Biomedica*. 2014;34(4):535-545.
12. Rodrigues VMCP, Ferreira ASDS. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev Latinoam Enferm*. 2011,19(4):1025-1032.
13. Braga LC. Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de saúde de município do interior paulista [tese]. **Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu**. 2012.
14. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(2):55-61.
15. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*. 2002;7(1):3-10.
16. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2): 225-33.
17. Rossi SS, Santos PG, Passo JP. A síndrome de burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2010;2(4):1232-1239.
18. Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(4):357-65.

19. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista brasileira de epidemiologia*. 2015;18(1):68-79.
20. Guido LA, Linch GFC, Pitthan LO, Umann J. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011;45(6):1434-1439.
21. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics*. 2013;20(4):436-47.
22. Fernandes LS, Nitsche MJT, Godoy I. Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo na Enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(1):203-214.
23. Sá MAS, Martins SP, Funchal B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(3):664-674.
24. Ratochinski CMW, Powlowytch PWM, Grzelczak MT, Souza WC, Mascarenhas LPG. O Estresse em Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2016;20(4):341-346.
25. Albuquerque FJB, Melo CF, Araujo Neto JL. Avaliação da síndrome de *burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol. Reflex. Crit.* 2012;25(3):542-549.
26. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família*. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):684-9.
27. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control*. 2012;40(6):486-90.
28. Neves VF, Oliveira AF, Alves PC. Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional. *Psico*. 2014;45(1):45-54.
29. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul o Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(7):1559-1568.
30. Cavalheiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(1):29-35.
31. Rocha MCP, Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(2):280-286.
32. Ezaías GM, Haddad MCL, Vannuchi MTO. Manifestações psico-comportamentais do Burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. *Rev Rene*. 2012; 13(1):19-25.
33. Pantoja FGB, Silva MVS, Andrade MA, Santos AAS. Avaliação do burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (PA). *Saúde Debate*. 2017;41(especial):200-214.

PRÁTICA SUPERVISIONADA EM ENFERMAGEM: UM DESAFIO DA ACADEMIA

Data de aceite: 02/05/2023

José Wilson Lima Furtado Júnior

Cindy Beverly Sena Rodrigues

Claudence Alfaia da Costa

Adriana Mourão Souza

Luan da Costa Marcelino

Bianca Jardim Vilhena

PALAVRAS-CHAVE: Ensino de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Prática em Saúde.

INTRODUÇÃO

A prática supervisionada é uma modalidade de ensino que faz parte da grade curricular do curso de Enfermagem e tem como objetivo agregar ao acadêmico conhecimento e competência onde, segundo Bandeira (2020) conforma como uma projeção da realidade profissional, preparando o discente para as rotinas hospitalares e para as dificuldades enfrentadas em ambiente de trabalho,

fazendo com que o mesmo se sinta enfermeiro e responsável pela vida do paciente. Neste âmbito, a prática de estágio supervisionado compõe parte do processo de desenvolvimento dos acadêmicos, possibilitando formar profissionais de enfermagem autênticos, capacitados e qualificados para o ambiente de trabalho e para a clientela. Mediante isso, demanda-se do acadêmico atenção, dedicação e proatividade para desempenhar, sob a tutela do enfermeiro preceptor, tarefas que no início da prática possam ser difíceis e complexas, contudo, no decorrer da prática esse desafio o tornará um profissional capaz de distinguir, discernir e elaborar estratégias e cuidados centrados a saúde de outras pessoas com confiança e autonomia.

OBJETIVO

Relatar experiência vivenciada pelos discentes em prática supervisionada.

MÉTODO

Relato de experiência descritivo, vinculado a disciplina de Módulo de Prática Supervisionada em Semiotécnica, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) particular de Manaus-Amazonas; realizada em um hospital de grande porte do Sistema Único de Saúde (SUS), referência em atendimento a paciente politraumatizado, no período de 28 dias no horário de 7:00h à 12:00h no segundo semestre de 2020. A Prática de estágio, em sua totalidade, desenvolveu-se em três momentos: aula teórica em sala de aula na IES, práticas em laboratório na IES e prática supervisionada em ambiente hospitalar.

RESULTADOS

A Prática Supervisionada em Semiotécnica, é uma disciplina diferencial uma vez que, integra os acadêmicos à uma conjuntura um tanto diferente da teoria acadêmica, e da mesma maneira nos ocorreu, pois vivenciamos momentos surpreendentes. Tais como, realizar a limpeza e a troca de curativo de lesões por pressão, sejam profundas, superficiais, necrosadas ou limpas; realizamos a inserção de Sonda Vesical de Demora – em pacientes de ambos os sexos – e Sonda Nasoenteral em paciente acometido por acidente vascular encefálico; proporcionamos banho no leito à um paciente que há dias não era higienizado, onde percebemos a melhora espantosa de sua aparência e de seu estado de consciência (mais ativo, normocorado e comunicativo); a administração de medicamentos que é uma atividade específica, exige atenção, minuciosidade e ousadia para realizar de maneira correta a aplicação de fármacos, pois, assegura aos pacientes nossos cuidados precisos e livres de erros e, dessa forma, possuir conhecimentos farmacológicos, saber a via correta de administração, o paciente correto e a medicação correta, foram essenciais no objetivo à melhora do quadro clínico do paciente; e por fim, dentro das atividades executadas em prática, realizamos exame físico, de modo geral, a procura de anormalidades em seu estado físico, utilizando-se de inspeção, percussão, palpação e ausculta.

CONCLUSÃO

Com a prática de Semiotécnica os acadêmicos são inseridos à Enfermagem, de modo que, tal vivência os apresenta a uma nova perspectiva da profissão e discernir que banhar um homem no leito, trocar a fralda de um indivíduo enfermo ou limpar uma ferida fétida e profunda, exige humanidade, acolhimento, respeito e empatia e, certamente, conhecimento técnico-científico para prestar uma assistência de qualidade e eficaz.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, C. L. J. Relato de experiência do estágio supervisionado em enfermagem: um olhar para o processo de enfermagem. *Brazilian Journal of Development*. Curitiba, v.6, n.12, p.100336-100341, dez. 2020. Disponível em: Acesso em: 23 de Abr. 2021.

SISTEMA DE UTILIDADES E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PELA ENFERMAGEM (SUPER)

Data de submissão: 07/04/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Heloisa Helena Müller

<http://lattes.cnpq.br/9024253053698134>

Adriel Naiber Willis Fuentes

<http://lattes.cnpq.br/0125635495660262>

Olívia Orneles Pereira

<http://lattes.cnpq.br/2315279231600805>

Lemuel José da Silva

<http://lattes.cnpq.br/9853309590898286>

Universidade de Campinas, COTUCA,

Departamento de Mecânica

Campinas – SP

**Giselle Aparecida de Arruda Mello
Martins**

<http://lattes.cnpq.br/3463942015634305>

Gisele Barreto de Deus

<http://lattes.cnpq.br/8204958507926678>

Ana Carolina Megda Alves

<http://lattes.cnpq.br/6225552002597389>

Júlia Madiuto Grégio

<http://lattes.cnpq.br/0038714117890753>

Universidade de Campinas, COTUCA,

Departamento de Enfermagem

Campinas – SP

RESUMO: Nas unidades de terapia intensiva e nos leitos hospitalares os profissionais da equipe multiprofissional, principalmente os da equipe de enfermagem, têm uma rotina sistemática de acompanhamento dos pacientes em seus leitos. Devido a situação pandêmica inusitada da COVID 19 concomitante com outros problemas de saúde da população, houve um desequilíbrio entre quantidades de pacientes e profissionais de saúde disponíveis para a realização da assistência hospitalar. Os profissionais de enfermagem registram manualmente as atividades realizadas à beira do leito, como por exemplo: a realização de procedimentos invasivos e demais cuidados terapêuticos prescritos em impressos padronizados na instituição. Com a finalidade de permitir à equipe de enfermagem um tempo maior na realização das atividades, na interação com os pacientes, e proporcionar maior segurança e conforto aos mesmos, foi proposto a criação de um aplicativo digital, hospedado em celular Android que permite o registro dos pacientes via QR-code (do inglês, Quick Response Code), onde as anotações de enfermagem são inseridas, em tempo real, durante a execução de cuidados baseados na prescrição médica e

de enfermagem. A parceria entre as áreas de saúde e tecnologia é que tornou possível a construção desta ferramenta, onde o trabalho em equipe e a permuta de necessidades foi recíproca, com o objetivo de respeitar a individualidade dos pacientes, e garantir cuidados feitos com qualidade e de forma segura.

PALAVRAS-CHAVE: Anotações de Enfermagem; Software Embarcado ; Inteligência Artificial; Aplicativo para Android; Mobilidade.

INTRODUÇÃO

Nas unidades de terapia intensiva e nos leitos hospitalares a equipe multiprofissional de atendimento ao paciente, principalmente os profissionais da equipe de enfermagem, tem uma rotina sistemática de acompanhamento dos pacientes em seus leitos. Com a finalidade de manter a integralidade do cuidado, realiza um trabalho pautado em procedimentos diversos como a administração de medicamentos, monitoramento de sinais vitais do paciente ao controlar a pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória e outras aferições importantes solicitadas na prescrição médica.

O volume de pacientes em hospitais é grande devido às circunstâncias de problemas de saúde da população, seu natural envelhecimento (REIS et al, 2016) e outras fontes de problemas oriundas do desenvolvimento sócio econômico (CARRAPATO et al, 2017). Em 2020 considerando a situação inusitada pandêmica da “COVID 19” houve um aumento do número de pacientes em hospitais (NORONHA et al, 2020). Ainda em 2021, 2022 e 2023 observa-se ainda uma adaptação do hospitais para atenderem as diversas demandas por leitos após a pandemia.

Neste contexto aparece a situação de desequilíbrio entre quantidades de pacientes e profissionais de saúde, e a quantidade de leitos disponíveis para internação. Nas unidades de terapia intensiva há equipamentos que controlam os sinais vitais dos pacientes. Estas informações podem ser recebidas via rede de comunicação de dados em uma central de supervisão e controle, que intercede em situações de alerta e gravidade. Entretanto, em outras áreas dos hospitais também existem leitos que muitas vezes não dispõe desta tecnologia, onde os profissionais de enfermagem registram manualmente as atividades realizadas à beira do leito, como por exemplo a realização de procedimentos invasivos e demais cuidados terapêuticos prescritos em impressos padronizados na instituição hospitalar. Outras informações igualmente relevantes, como a prescrição médica, a evolução clínica e os pedidos e resultados de exame, já se encontram inseridos no prontuário eletrônico dos pacientes nas instituições hospitalares. Visto que a equipe de enfermagem tem por objetivo um trabalho baseado na competência técnica, na melhoria contínua da qualidade oferecida de forma integral e segura, os registros das condições dos pacientes, das evoluções dos quadros clínicos e de recuperação são também muito importantes. Com a finalidade de otimizar esses registros e sistematizar as informações, foi desenvolvido um dispositivo de registro de informações, e uma sistemática inteligente de forma que

formulários automáticos podem ser criados pela equipe de supervisão sem a necessidade de intervenção sistêmica da área de tecnologia, ou seja, os formulários de cuidados e outros procedimentos da enfermagem podem ser criados em tempo de execução no próprio aplicativo. O objetivo desta ação é oferecer à equipe de enfermagem um tempo maior na realização das atividades, na interação com os pacientes, e proporcionar mais segurança e conforto aos mesmos. Além de permitir que o trabalho da equipe de enfermagem seja viabilizado e sistematizado, seria igualmente importante para a administração hospitalar uma vez que economizaria nos impressos e na organização dos prontuários, lembrando que esses são instrumentos legais que comprovam a assistência realizada aos pacientes.

As informações relativas aos pacientes são confidenciais e desta forma se estes dados necessitassem ser enviados ao sistema do hospital podem ser descarregados em arquivos criptografados pela própria aplicação e recepcionados em um servidor com banco de dados para armazenamento das informações. O celular estaria funcionando de forma corporativa e assim o aplicativo rodaria em modo proprietário como se fosse uma prancheta onde sua utilização é restrita aos serviços de enfermagem como se fosse um instrumento de trabalho como um estetoscópio, ou um termômetro.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento dos principais procedimentos realizados pela equipe de enfermagem em uma realidade hospitalar (BRACCIALLI, A R J et al, 2014), listou-se os mais recorrentes da rotina da equipe de enfermagem e suas respectivas anotações.

Foi adotada e criada uma metodologia de levantamento de procedimentos de enfermagens para serem cadastrados no aplicativo de forma inteligente para que os formulários de anotações de enfermagem fossem gerados pelo aplicativo dinamicamente sem a necessidade de programação prévia. Na metodologia, para descrever e documentar as anotações usou-se a ferramenta “Google Documentos” (GOOGLE DOCS, 2022). Entretanto, foi necessário normalizar as anotações por meio de tipificações de domínio e descrição conhecida e menos valores arbitrados em campos descritivos conforme exemplificado na Figura 1. Optou-se pela ferramenta “Google Formulários” (GOOGLE FORMS, 2022), criando-se modelos de anotação específicos para cada procedimento. Estes formulários posteriormente são cadastrados no aplicativo SUPER pela equipe de supervisão de forma a automatizar o registro dos cuidados utilizando estes procedimentos como base e seus modelos e conteúdos são armazenados em banco de dados no aplicativo, para posteriormente gerarem automaticamente as telas de registro de cuidados a serem preenchidas eventualmente.

Dispositivo de oxigenoterapia

- Inalação
- Cateter nasal
- Nebulização contínua com máscara facial
- Máscara com dispositivo de Venturi
- Máscara de reservatório de oxigênio
- Tenda de oxigênio
- Outros...

Figura 1: Exemplo de padronização e tipificação de itens de procedimentos

As funcionalidades do aplicativo permitem ao usuário da enfermagem realizar e acompanhar as rotinas de enfermagem em tempo real, pois assim que o paciente é internado em uma instituição hospitalar, ele recebe uma pulseira de identificação com data de nascimento, nome completo sem abreviações e número de registro – prontuário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2022) e um Quick Response Code (QR code) conforme Figura 2. Ao ser admitido em uma unidade de internação, a enfermagem com autorização de acesso (login e senha) irá captar essas informações de identificação via aplicativo, hospedado no celular. Por meio dele é possível aos profissionais de enfermagem registrar o horário do cuidado realizado, os valores dos sinais vitais e anotações gerais pontuais (observações, cuidados e procedimentos de enfermagem), onde os registros serão realizados via teclado do celular. Estes dados são criptografados e hospedados na área de cache do aplicativo, e ao término do plantão serão encaminhados para o prontuário eletrônico com o número de registro do profissional (COREN - Conselho Regional de Enfermagem), visto tratar-se de informações fidedignas e confidenciais. Estas informações após as transferências são excluídas permanentemente da área de cache do aplicativo. O fluxo destas informações encontra-se esquematizado na Figura 3.

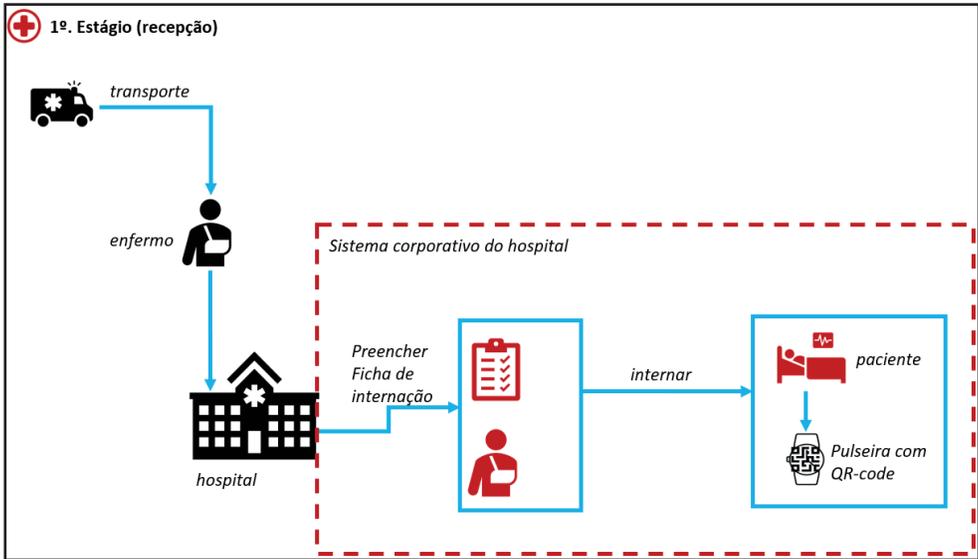


Figura 2: Recepção do paciente

A ferramenta foi desenvolvida para o celular e sistema operacional Android, usando-se linguagem Java e Kotlin (KOTLIN, 2022). Para tornar possível a comunicação e a conexão remota do paciente (GIUSEPPE e LO RE, 2014), com a enfermagem nos moldes dos sistemas de UTI (KOUNTCHEV e IANTOVICS, 2013), usou-se os protocolos Bluetooth e WI-FI (do inglês, Wireless Fidelity) para transferência de informações.

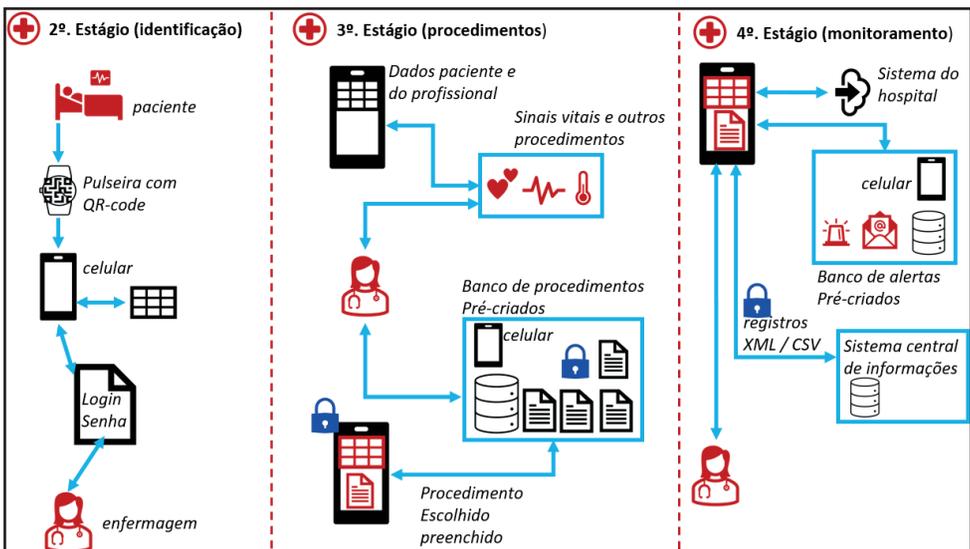


Figura 3: Fluxo de informação no aplicativo SUPER

Os registros da equipe de enfermagem seriam capturados para um sistema centralizado por meio da descarga destes dados em tempo real ou na troca de plantões, por meio de formatos padrão de arquivos CSV (do inglês, comma-separated values) ou XML (do inglês, Extensible Markup Language) criptografados. O aplicativo foi desenvolvido para ser hospedado em um celular com finalidade específica e em modo exclusivo, configurado apenas para viabilizar os procedimentos e anotações de enfermagem, com aplicação única e fechada que facilita o controle e a comunicação.

Para a aplicação utilizou-se o ambiente de desenvolvimento do Android Studio, que é um IDE (do inglês, Integrated Development Environment) (ANDROID STUDIO, 2022), gratuito para o sistema operacional Android. Após a instalação do software foi necessário estudo sobre as linguagens de programação, para conhecimento e manejo adequado dos recursos na construção e aplicabilidade. De início criaram-se os arquivos de telas em XML (do inglês, Extensible Markup Language) da aplicação e depois foram colocadas as funções para cada atividade exercida. Tudo o que foi feito, seguiu um modelo de dados criado no início do projeto, que modificou-se de acordo com as necessidades que surgiram. Desta forma, criou-se para o aplicativo um sistema de login e senha, cadastros para o profissional de enfermagem e para pacientes, por meio da leitura do QR-code. A ferramenta também permite ao enfermeiro, profissional que coordena a equipe de enfermagem, excluir ou cadastrar novos procedimentos, seus itens detalhados, e as classes ou tipificações de cada item, como por exemplo uma lista de valores, um tipo de informação textual ou de múltipla escolha, com o propósito de atender as peculiaridades da unidade de internação. Sendo assim, além de auxiliar e otimizar as anotações de enfermagem, por meio do preenchimento dos formulários elaborados baseados nos procedimentos, as informações são exportadas para o prontuário eletrônico do hospital. Para uso do aplicativo algumas ações prévias são necessárias de configuração do ambiente lógico e físico do celular, os principais estão representados na Figura 4.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aplicativo foi desenvolvido para ser de uso prático e rápido por parte dos profissionais de enfermagem. Desta forma, a equipe de desenvolvedores do software levou em consideração a linguagem de programação, ambiente de desenvolvimento, banco de dados e o sistema operacional que melhor se adequasse à proposta do projeto. As linguagens utilizadas foram Java e Kotlin (KOTLIN, 2022), com ênfase maior para as codificações em Kotlin ao considerar as vantagens que a linguagem possui. A opção por Kotlin deve-se ao seu código ser limpo, simples e legível, e por contemplar menos regras quando comparada ao Java e outras linguagens de programação. Tanto Java quanto Kotlin podem ser usados para criar aplicativos de alto desempenho, mas o Google tem adotado uma abordagem voltada para o Kotlin prioritariamente para bibliotecas, ferramentas,

documentação e recursos de aprendizado. O Kotlin oferece um código muito mais simples e curto que o código Java para abordar as mesmas tarefas. Programas do Kotlin dispensam o uso do ponto e vírgula, o que facilita sua leitura e compreensão, além de *templates* de *string* inteligentes. Código em linguagem concisa significa não apenas menos possibilidades de bugs, como também menos chances de erros em tempo de execução e de compilação. Há também a compatibilidade com o Java, quando várias bibliotecas e frameworks podem ser usados em projetos Kotlin, incluindo-se os frameworks avançados. Além disso, traduzir Java para Kotlin é fácil, basta usar um plugin no IntelliJ ou no Android Studio. O Kotlin é uma linguagem totalmente interoperável com Java (LOERNET, 2022).

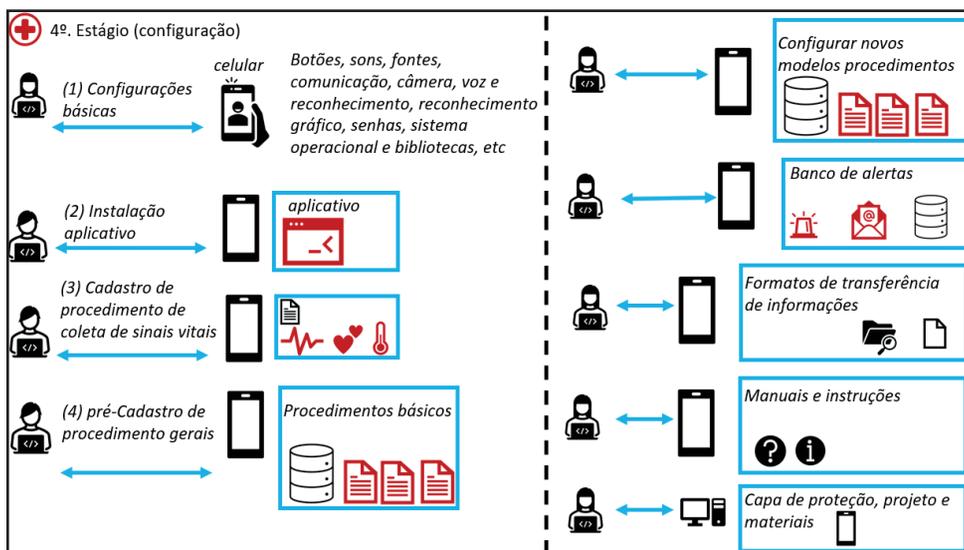


Figura 4: Configurações necessárias para uso do aplicativo

Importante dizer que as facilidades conquistadas com o uso de uma linguagem de alto nível associada a metodologia rápida de desenvolvimento propiciou mais tempo da equipe para interagir com os profissionais de enfermagem, eliminando as barreiras tecnológicas e os vícios de projeto que afastam o usuário do desenvolvedor. Houve uma convivência maior e melhor entendimento das necessidades da enfermagem.

Ao considerar a praticidade e o tempo gasto para o aprendizado e a realização do projeto, todo o aplicativo foi desenvolvido no Android Studio, um IDE gratuito para desenvolvimento na plataforma Android, sendo este um dos motivos pelo qual foi escolhido como sistema operacional, além de ser uma plataforma muito utilizada por desenvolvedores (ANDROID, 2022).

Para o armazenamento das informações no aplicativo, foi feita uma pesquisa sobre qual banco de dados melhor se adequava aos requisitos, e o SQLite (SQL, 2022)

por ser completo, rápido, gratuito e de alta confiabilidade foi o escolhido (VIEIRA, 2022), (CANGUÇU,2018), (SOLID IT, 2022), (STACKSHARE, 2022).

A equipe da enfermagem trabalhou ativamente na conformação e harmonização das telas do aplicativo escolhendo sequências, cores, formatos, fontes de letras ícones ilustrativos e muitos outros objetos que aparecerem na tela e na interação com o aplicativo. Para a aplicabilidade da ferramenta criaram-se telas sequenciais que permitem aos usuários a navegação e o registro das informações. No primeiro acesso, o profissional de enfermagem deverá se cadastrar, inserir o seu número de registro profissional (COREN) e criar uma senha conforme Figura 5.



Figura 5: Tela de acesso do administrador

Após o processo de validação da senha tem-se um menu que permite selecionar opções, sendo que entre elas há um sistema de cadastro de novos procedimentos, itens e classes, conectados uns aos outros por meio de uma hierarquia de chaves estrangeiras. Tal funcionalidade permite ao enfermeiro, profissional que coordena a equipe de enfermagem, na função de desenvolvedor, excluir ou cadastrar novos procedimentos para atender as peculiaridades da unidade de internação, de forma prática e fácil. O cadastro do paciente no aplicativo será feito por meio da leitura do QR-code, instalado na pulseira de identificação que ele recebe no ato da internação hospitalar, de acordo com a Figura 6. Após fazer login,

o usuário terá acesso baseado em permissões relacionadas à suas atividades, conforme Figura 7.

Desta forma, terá acesso aos colegas de equipe do setor (enfermeiro e técnicos de enfermagem), aos pacientes, aos cuidados e assim como as anotações de enfermagem devidamente cadastrados.



Figura 6: Cadastro do paciente por QR-code



Figura 7: Menu de funcionalidades enfermagem e supervisão

Para a realização dos cuidados, o usuário deverá selecionar o paciente e na seqüência o cuidado a ser realizado e registrado. Os registros serão criptografados e hospedados na área de cache do aplicativo, que poderão ser visualizados no item anotações de enfermagem, assim como consta nas Figuras 8, 9 e 10. Os dados utilizados de nome de pessoas foram da própria equipe para que fossem realizados os testes. O conteúdo dos procedimentos foram obtidos após a padronização dos questionários e escolha dos mesmos

A equipe de enfermagem experimentou a ferramenta e aprovou sua interface e não teve muitas dificuldades para preenchimento das informações e do cadastramento dos procedimentos padrões. As novas gerações têm familiaridade com a tecnologia e mostraram-se muito interativas com os procedimentos em seus celulares nos testes de validação. Sugeriram utilizar o sistema em aulas do curso de enfermagem o que facilitaria o entendimento das informações importantes das anotações e serviria como guia de aprendizado em aulas teóricas sobre a existência destes procedimentos e que informações eles coletam e preenchem além da prática de sua execução.



Figura 8: Sequência de telas associar paciente e procedimento

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do projeto é de enorme relevância, direcionada para auxiliar e otimizar as anotações de enfermagem de forma padronizada, prática e segura. A parceria entre as áreas de saúde e tecnologia é que tornou possível a construção do aplicativo. O trabalho em equipe e a permuta de necessidades foi recíproca, com o objetivo de oferecer à equipe de enfermagem um tempo maior para a realização dos cuidados, em tempo real, pautado nas determinações do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), ao respeitar a individualidade da pessoa e direcionar o atendimento para suas necessidades (SOUZA A B G et al, 2021), assim como, firmar a importância do uso da pulseira de identificação, item necessário para acessar o sistema e permitir um cuidado seguro e de qualidade. A utilização do aplicativo no auxílio das anotações de enfermagem de forma corporativa em hospitais e instituições de saúde depende de uma discussão mais abrangente sobre como a tecnologia poderia atender demandas de setores hospitalares com presença mais restrita da tecnologia em comparação com outros setores com sua maior presença. Somente a oportunidade de discutir estas ideias e trilhar um caminho de proposições e soluções mostrou-nos como ideias simples podem ser úteis para

determinados processos dentro de um ambiente tão importante para a sociedade.



Figura 9: Sequência de telas “Cuidados” parte 1

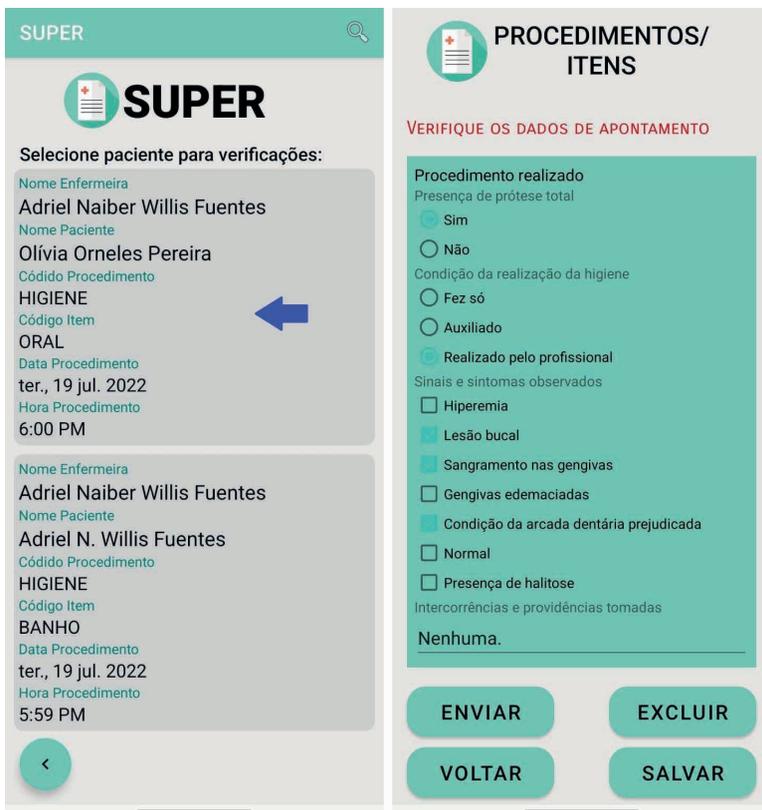


Figura 10: Sequência de telas “Cuidados” parte 1

REFERÊNCIAS

ADVANCES in Intelligent Analysis of Medical Data and Decision Support Systems. Edição de Roumen KOUNTCHEV, Barna IANTOVICS. Heidelberg: Springer International Publishing: Imprint: Springer, 2013. E-BOOK. (VIII, 247), online resource. (Studies in Computational Intelligence, 473). ISBN 9783319000299. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-00029-9>. Acesso em: 22 jul. 2022.

ADVANCES onto the Internet of Things: How Ontologies Make the Internet of Things Meaningful. Edição de Salvatore Gaglio, Giuseppe Lo Re. Cham: Springer International Publishing: Imprint: Springer, 2014. E-BOOK. (IX, 352 p. 125 illus), online resource. (Advances in intelligent systems and computing, 260). ISBN 9783319039923. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-03992-3>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ANDROID STUDIO, Google LLC. Android Studio Chipmunk | 2021.2.1 Patch 1, Build #AI-212.5712.43.2112.8609683, built on May 18, 2022. <https://developer.android.com/>. Acesso em 21/07/2022.

ANDROID, Google LLC. Sistema operacional Android V11. https://www.android.com/intl/pt-BR_br/everyone/. Acesso em 22/02/2022.

BRACCIALLI, A. R. J. et al. Introdução à enfermagem. Campinas, 2014. (Apostila).

CANGUÇU, Raphael. SQLite vs. Realm: qual é a melhor base de dados para Android? 19/junho/2018. <https://codificar.com.br/sqlite-vs-realm-qual-e-a-melhor-base-de-dados-para-android/>. Acesso em 22/07/2021.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 6 Abril 2023], pp. 676-689. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, COFEN, 2016.

GOOGLE DOCS, Google LLC. Google Workspace, editor de documentos. <https://workspace.google.com/>. Acesso em 21/07/2022.

GOOGLE FORMS, Google LLC. Google Workspace, formulários. <https://workspace.google.com/>. Acesso em 21/07/2022.

KOTLIN, Google LLC. Kotlin Linguagem de desenvolvimento. <https://developer.android.com/kotlin>. Acesso em 21/07/2022.

LOERNET, Laura. Vantagens e Desvantagens do Kotlin sobre o Java. Revelo Community. 04/03/2022. <https://bitly.com/KsmmQw>. Acesso em 12/07/2022.

MOURA, Livia; CAMARGO, Gustavo. Impacto econômico e social do Android no Brasil. 2020 Bain & Company, Inc. <https://www.bain.com/contentassets/a9200a057a0241b8963c05a9b09e33fe/impactos-do-android-no-brasil.pdf>.

solid IT. DB-Engine. Firebase Realtime Database vs. Realm vs. SQLite. <https://db-engines.com/en/system/Firebase+Realtime+Database%3BRealm%3BSQLite>. Acesso em 22/07/2022.

NORONHA, K. V. M. de S.; GUEDES, G. R.; TURRA, C. M.; ANDRADE, M. V.; BOTEGA, L.; NOGUEIRA, D.; CALAZANS, J. A.; CARVALHO, L.; SERVO, L.; FERREIRA, M. F.. (2020). Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(6)), e00115320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>

REIS, C. S. Dos; NORONHA, K.; WAJNMAN, S.. (2016). Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Revista Brasileira De Estudos De População*, 33(Rev. bras. estud. popul., 2016 33(3)), 591–612. <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016c0007>

SOUZA A B G et al. Manual prático do técnico de enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

SQLite. SQLite database Version 3.39.2, <https://www.sqlite.org/index.html>. Acesso em 21/07/2022.

VIEIRA, Danielle. SQLite: o que é, como funciona e qual é a diferença entre o MySQL.08/03/2022. <https://www.hostgator.com.br/blog/sqlite-o-que-e-como-funciona-e-qual-e-a-diferenca-entre-o-mysql/>. Acesso em 12/07/2022.

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Data de aceite: 02/05/2023

Franciele Sayonara Portilho Fernandes

Centro Universitário Newton Paiva
Belo Horizonte – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-2545-3765>

Marcela Bárbara Pereira

Centro Universitário Newton Paiva
Belo Horizonte – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-0042-1134>

Morena Maria Dias Rocha

Centro Universitário Newton Paiva
Belo Horizonte – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0001-6830-4287>

Valquíria Fernandes Marques

Centro Universitário Newton Paiva
Belo Horizonte – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-8025-0493>

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu no serviço de saúde como um trabalho voluntário em meados de 1970 com alvo em atividades de educação a saúde voltadas para mulheres, gestantes e crianças. Nesta década, estratégias como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) de 1976, e o Programa Nacional de Serviços Básicos

de 1982, desejavam expandir o acesso à saúde e descentralizar a assistência, reforçando a necessidade de políticas públicas que atendessem a porção menos favorecida e marginalizada da população.

Em 1991 foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sob a finalidade de criar uma classe de trabalhadores que façam parte da comunidade e articulem como intermediários entre a prestação dos serviços de saúde e os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS).

Embora a regulamentação da profissão tenha ocorrido somente a partir da Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, desde a implementação do PACS e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, fez-se necessária a atividade de profissionais que agissem como vinculação entre os usuários e o serviço de saúde, favorecendo a atuação dos ACS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em 5 de outubro de 2006 a Lei nº 10.507/2002 foi revogada pela Lei nº

11.350/2006, que resolve em seu Art. 2º que os ACS e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) são profissionais da saúde com profissões regulamentadas e de exclusividade de seu exercício ao Sistema Único de Saúde (SUS) através de vínculo direto entre esses profissionais e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Torna-se, a partir de seu Parágrafo 1º, essencial e obrigatória a presença desses agentes na ESF, como parte da estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.

O Parágrafo 3º do Art. 3º da Lei 11.350, determina como atividades do ACS dentro dos limites de sua microrregião de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional; IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento; V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: a) de situações de risco à família; b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação; VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), (BRASIL, lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006).

A participação do ACS na UBS como parte da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) é vista pelos demais profissionais da equipe como o elo de ligação que aproxima os saberes médicos das ambições, ansiedades e percepções da população acerca de suas necessidades e as práticas assistenciais ofertadas naquela região, levando à população informações e serviços pertinentes a saúde, e, em contrapartida, permitindo que as equipes assistenciais e administrativas recebam e compreendam os feedbacks dos usuários.

Sendo a APS a porta de entrada do usuário aos três níveis de complexidade de assistência à saúde, pode-se compreender os ACS como percussores dessa adesão dos usuários à prevenção, diagnóstico, tratamentos e encaminhamentos necessário, visto que são profissionais de saúde inseridos na comunidade, moradores da região em que exercitam a profissão, e são capazes de levar a UBS as necessidades da população explícitas e traduzidas.

Ressalta-se que a atuação do ACS tem relação íntima com os profissionais da enfermagem, que são protagonistas em estratégias diretamente relacionadas com as atribuições dos agentes. Liderança, organização, versatilidade, comunicação, educação em saúde, humanização da assistência e abordagem holística dos clientes são práticas adotadas pelos enfermeiros que, com excelência, coordenam as ESF e supervisionam as equipes de ACS, sendo de responsabilidade deles o efetivo desempenho desses profissionais.

Diante disso, este relato tem como objetivo descrever a experiência dos acadêmicos de enfermagem durante o estágio supervisionado, em relação à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em um centro de saúde na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A partir das visitas domiciliares, percebeu-se que os ACS têm grande domínio de informações pertinentes aos usuários e ao centro de saúde, relacionadas às demandas da população e históricos pregressos e atuais de saúde dos usuários, fazendo da atuação deles uma ligação efetiva entre os serviços disponíveis e as demandas individuais e familiares a serem solucionadas pelo sistema de saúde.

A participação desses profissionais como extensores do ambiente domiciliar em que os usuários estão inseridos aos centros de saúde de referência, corroboram com a relevância social e com a execução das atividades de prevenção e promoção da saúde, além da implementação de atendimentos pautados na equidade, nos princípios de integralidade e participação social do SUS.

Para além da prestação dos serviços de saúde, a proximidade do ACS com a comunidade favorece a humanização da assistência, visto que são profissionais que exercem suas atividades no âmbito da intimidade individual e coletiva dos moradores da microrregião de abrangência da UBS, agindo como precursor da escuta ativa, da captação de usuários e da confiança dos pacientes acerca da efetividade da assistência prestada.

Destacamos que o vínculo estabelecido pelo ACS e os usuários, foi um dos fatores determinantes para a execução das práticas assistenciais realizadas na comunidade em que estivemos inseridas, unindo saberes técnico-científicos com saberes populares. Contribuindo para a adesão da população aos novos profissionais inseridos na unidade de saúde, uma vez que a alta demanda, as dificuldades de acesso às moradias, a baixa disponibilidade de veículos para transferência de materiais e trabalhadores, interfere diretamente na interação, proximidade e capacidade de liderança dos novos profissionais com a população, influenciando na assistência ao cliente.

Nota-se que dentre os fatores que proporcionam a execução da APS nas UBS, o protagonismo social do ACS se dá devido a liberdade conquistada por eles nos atendimentos prestados à população, e sua capacidade de articular a interação entre os demais profissionais das equipes multidisciplinares da UBS e os usuários.

Dessa forma, torna-se evidente a importância dos ACS na manutenção e continuidade da assistência nas UBS, uma vez que ele é figura fundamental na saúde da família, se caracterizando como elo entre a comunidade e a equipe. Tal profissional possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe multidisciplinar, que irá intervir junto à comunidade, permitindo também a manutenção do fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde.

Além disso, faz-se necessário discutir as ações do ACS, proporcionando a atualização contínua dos saberes técnico científicos relacionados à assistência ao cliente.

Já que o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios contribui na elaboração de estratégias que visem a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde da família, sendo ele parte valiosa da equipe nas UBS.

Sendo assim, cabe ao enfermeiro responsável pela educação continuada e supervisão da ESF e dos ACS, transmitir conhecimento teórico e prático, a fim de, promover ações e construir estratégias para melhor atuar na comunidade, para que diante das adversidades os profissionais consigam desenvolver um processo de confiança com os pacientes, atendendo à todas as suas necessidades durante seu acolhimento.

REFERÊNCIAS

Araujo, E, F, S; Paz, E, P, A; Ghelman, L, G; Mauro, M, Y, C; Donato, M; Farias, S, N, P. **Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2018; 6:e18425.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>.

Brilhante, V; Alencar, O, De Sá Barreto, M; Lopes, K; Ferreira, M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde como doação, abnegação e criação de vínculo: subjetividades produzidas.** Revista Uruguaya de Enfermería, 2022; 17(1): e2022v17n1a1. DOI: 10.33517/rue2022v17n1a1 eISSN: 2301-0371.

Figueiras, A. S; Silva, A. L. A. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 899-915, 2011.

Garcia, L, L; Guimarães, X, N, F, R; Gomes, S, A; Andrade, B, M; Gazetta, E, C. **Análise do engajamento no trabalho em agentes comunitários de saúde no período pré-pandêmico.** Journal Health NPEPS, 6(2). 2021. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/6012>>.

Lanzoni, G, M, M; Meirelles, B, H, S. **Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 557-63. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rj/reben/a/HkCFJFFPCdGqMZZfvFcdW6s/?format=pdf&lang=pt>>.

Levy, F. M; Matos, P, E, S; Tomita, N, E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde.** Cadernos De Saúde Pública, 20 (Cad. Saúde Pública, 2004 20(1)), 197–203. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100036>>.

Seabra, D, C; Carvalho, A, C, D; Forster, A, C; **O agente comunitário de saúde na visão da equipe mínima de saúde.** Rev. APS, v. 11, n. 3, p. 226-234, jul./set. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14264/7714>>.

Sebold, LF; Silva, FM; Silveira, BM; Kagauchi, TS; Amante, LN; Girondi, JB. **Protagonismo dos agentes comunitários de saúde nas ações de cuidado a pessoa obesa.** Enfermagem em Foco. 2022; 13:e-202217. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202217>>.

Silva, J, A; Dalmaso, A, S, W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 6 (Interface (Botucatu), 2002 6(10)), 75–83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100007>>.

PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE, ADMISSÃO E DESLIGAMENTO DOS USUÁRIOS

Data de aceite: 02/05/2023

Carmem Rita Sampaio de Sousa

RESUMO: **Objetivo:** descrever as percepções e vivências dos Serviços de Atenção Domiciliar quanto aos critérios de elegibilidade, admissão e desligamento dos usuários. **Métodos:** estudo qualitativo, com 17 gestores e profissionais de saúde dos Serviços de Atenção Domiciliar vinculados aos hospitais estaduais do Ceará. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada com os entrevistados, além da observação sistemática e análise de documentos, e a informação transcrita foi submetida à análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** da análise do discurso dos participantes, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: Percepção sobre o cuidado domiciliar; Processo de admissão e os critérios de elegibilidade; Desligamento do paciente do Serviços de Atenção Domiciliar. **Conclusão:** das percepções e vivências dos gestores e profissionais de saúde dos Serviços de Atenção Domiciliar salientam-se que cada um dos serviços tem a sua implementação individualizada de acordo com o perfil assistencial da unidade hospitalar que está

vinculada, e com composição da equipe multiprofissional de acordo com a extensão de atendimento. Os pontos de semelhança na implementação dos serviços avaliados são os critérios de elegibilidade e a dificuldade do desligamento do paciente ao serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; Políticas Públicas de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

KEYWORDS: Home Care Services; Home Nursing ; Home Care Services, Hospital-Based; Health Policy ; Health Services Research.

INTRODUÇÃO

A prática da assistência domiciliar tem acompanhado a evolução do conhecimento científico, as tecnologias disponíveis e as mudanças socioeconômicas dos diferentes países. O processo de industrialização aliado às descobertas científicas teve repercussões diretas sobre o local e a forma de

prestação dos cuidados aos indivíduos doentes, destacando os hospitais como locais de alta densidade tecnológica e escolha preferencial para os cuidados curativos. Entretanto, o crescente custo das práticas médicas, a mudança no perfil de morbidade e mortalidade e o envelhecimento populacional têm resgatado e valorizado o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, numa perspectiva de humanização das práticas de saúde⁽¹⁻³⁾.

No cenário internacional, aliado ao envelhecimento populacional, e ao o aumento da cronicidade das doenças , a difusão da atenção domiciliar em diversos países segue, paralelamente , aos interesses dos sistemas de saúde, no processo de desospitalização, na rotatividade do leitos hospitalares , na redução dos custos hospitalares e no cuidado individualizado e centrado no paciente⁽⁴⁻⁶⁾.

No Brasil, os primeiros sistemas de assistência domiciliar foram: o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, organizado para os assegurados e beneficiários dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e o serviço de atendimento domiciliar criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A partir de 2006, a assistência domiciliar ganha novo impulso com o advento da Estratégia Saúde da Família , como a estratégia da atenção básica, que propõe uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde, visando à produção de novos modos de cuidado, a Equipe Saúde da Família propõe a visita domiciliar como instrumento central no processo de trabalho das equipes, garantindo interação da equipe com usuário, conhecimento acerca do ambiente em que está inserido, e proporcionando uma assistência baseada na integralidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

O processo de implementação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde no Brasil está ancorado em diversas normatizações dessa modalidade ao longo dos últimos 30 anos. No total, somam-se 19 portarias que tratam da organização e efetivação de serviços relacionados com a AD: a primeira deliberada em 1998 e a mais recente em 2016. Em 1998, na tentativa de organizar a disposição dos serviços de AD , a Portaria nº 2.416, estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. A partir daí a configuração da AD no SUS foi ocorrendo gradativamente por meio da formulação de portarias subsequentes e complementares.

Outro marco na construção da AD no Brasil foi o lançamento do Programa Melhor em Casa, pelo governo federal, que incorporou a AD ao SUS como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e, nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria nº 1.600, de julho de 2011, deveria estar inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Reestabeleceu normas para cadastro dos SAD e suas respectivas equipes, assim denominadas: Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar

(EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). Também estabeleceu critérios de habilitação dos estabelecimentos de saúde, como um SAD, aos quais as EMAD e EMAP estariam vinculadas. Em seguida, em 2013, a Portaria nº 963 novamente redefiniu a AD no âmbito do SUS; ganhando nova versão em 2016, a partir da Portaria nº 825 que, além de redefinir a AD no âmbito do SUS, impulsionou a habilitação dos SAD.

Ainda, através das últimas portarias descritas, foram estabelecidos alguns critérios para que os usuários tivessem acesso a essa modalidade de atendimento, e que contempla: os critérios de elegibilidade do quadro clínico, os critérios de admissão e de alta do serviço, a fim de definir o perfil do paciente e a equipe que prestará assistência. E ao realizar a busca pela produção científica sobre o tema de Atenção Domiciliar, pode-se verificar a rica produção, tanto internacional e nacional, no que compete a temática dos cuidadores domiciliares, capacitação e enfrentamento das atividades profissionais que são executadas no ambiente domiciliar e a particularidade desse cuidado em domicílio, garantido a individualidade da assistência.

No entanto, foi evidenciado a diversidade de funcionamento de cada Serviço de Atenção Domiciliar, o que dificultava a determinação dos critérios de inclusão e alta dos usuários, e daí surgiu a pergunta norteadora desse estudo: Como os gestores e profissionais de saúde percebem esses critérios de inclusão e alta dos usuários nos Serviços de Atenção Domiciliar?

Buscando dar continuidade e contribuir com essa discussão no contexto brasileiro, no desenvolvimento desse estudo, foi almejado abordar a Atenção Domiciliar inserida no modelo assistencial, diante da necessidade de responder às novas demandas em saúde e à estruturação, organização e coordenação do cuidado, em especial nos serviços de atenção domiciliares vinculados aos hospitais estaduais do Estado do Ceará. Diante disso, esse estudo objetivou descrever as percepções e vivências dos Serviços de Atenção Domiciliar quanto aos critérios de elegibilidade, admissão e desligamento dos usuários.

MÉTODOS

O estudo qualitativo, seguindo como referencial teórico-metodológico uma abordagem de análise de conteúdo, uma vez que é uma técnica com intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva, e foi desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) para pesquisa qualitativa.

Foi realizada com 17 gestores e profissionais de saúde dos serviços de atenção domiciliar vinculados aos hospitais estaduais localizados no município de Fortaleza. A escolha desse cenário foi a possibilidade da pluralidade dos serviços, contemplando todas as faixas etárias de usuários e a amplitude do alcance território desse tipo de assistência, permitindo a diversidade na caracterização dos serviços

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional de saúde ou de gestão do programa e trabalhar no serviço por seis meses, minimamente. Em contrapartida, os critérios de exclusão adotados foram: profissionais e gestores que estavam afastados do trabalho no período da coleta dos dados, ou que não estavam disponíveis para realização da entrevista no momento ofertado as pesquisadoras devido a dinâmica das atividades da assistência.

A coleta dos dados foi efetuada por um dos autores no período de maio a julho de 2018, sendo utilizada a entrevista semiestruturada com os participantes, em profundidade, e orientadas pelas seguintes perguntas: como você descreveria o processo de admissão? Quais as suas percepções a respeito dos critérios de elegibilidade utilizados para traçar o perfil do usuário? Fale-me como você vivencia o processo de desligamento do usuário do serviço de atenção domiciliar. Além dessas questões, o roteiro também contemplou algumas variáveis dos profissionais, a saber: a profissão, o vínculo empregatício, o tempo de atuação.

A captação dos participantes, iniciou-se com o contato prévio por via telefônica com gestor de cada serviço com a finalidade de agendar o encontro presencial e visita ao serviço. No dia agendado, era realizada essa visita de conhecimento do serviço e entrevista com o gestor, que auxiliava no acesso do pesquisador aos profissionais de saúde dos serviços, além de oportunizar a análise documental e a observação sistemática da rotina de trabalho.

Ao se aproximar do objeto de pesquisa, as pesquisadoras evidenciaram que a equipe de profissionais de saúde que contemplavam cada serviço eram muito numerosa, e não teria como abranger todos os profissionais, determinando que deveria ser realizada a entrevista com o gestor do serviço e dois profissionais de cada serviço, que seriam delegados pela gestão do serviço. E no dia agendado para as entrevistas com cada serviço, foi evidenciado também a dificuldade na disponibilidade dos profissionais devido a rotina de suas atividades assistenciais e as cargas horárias.

Para realização das entrevistas individuais em ambiente de escolha dos participantes e com garantia da privacidade. Todas as entrevistas aconteceram no local do trabalho, antes ou após o turno laboral, e tiveram a duração média de 60 minutos, sendo gravadas em arquivos de áudio, com a posterior transcrição das mesmas, sem o uso de qualquer software.

Na visita da pesquisadora aos serviços de Atenção domiciliar, através da técnica de observação sistemática, seguiu-se o roteiro com os seguintes pontos: infra-estrutura do serviço, composição da equipe multiprofissional e dinâmica de trabalho. Durante a realização da observação, a pesquisadora anotava no diário de campo anotações dos pontos do roteiro e contestava as suas observações com os participantes da pesquisa.

Como técnica de análise, adotou-se a análise temática de conteúdo, envolvendo as etapas de: pré-análise, para a sistematização das ideias que emergiram das

entrevistas, seguida da leitura flutuante; exploração e organização do material, para a definição das unidades de registro; e codificação, quando as unidades de significações foram identificadas e agrupadas em conjuntos maiores.

Os resultados foram organizados em grandes temáticas que emergiram das narrativas dos sujeitos: 1- Percepções sobre o cuidado domiciliar; 2- Processo de admissão e os critérios de elegibilidade; 3- Desligamento do paciente do Serviço de Atenção Domiciliar.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos pelo parecer nº 3.520.872/2019 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 17995019.7.0000.5054, segundo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Essa pesquisa foi constituída pelos seguintes participantes: ao total, foram 17 entrevistados, sendo 2 gestores exclusivos de atividades gerenciais, 6 gestores que exerciam atividades assistenciais, e 9 profissionais de saúde. Quanto a categoria profissional, participaram 7 enfermeiras, 5 médicas, 2 fisioterapeutas, 2 assistentes social e uma psicóloga.

Por tempo de formação acadêmica, 8 profissionais tinham de 1 a 5 anos de conclusão de graduação, 5 acima de 10 anos de formação, e 4 tinham acima de 20 anos de formação.

Quanto ao tempo em exercício nos serviços de atenção domiciliar foi observado que 3 estavam nos serviços acima de 10 anos, 7 estavam entre 5 anos e 10 anos, 7 estavam a menos de 5 anos nos serviços. A faixa etária dos participantes desse estudo compreendiam de 20-30 anos de idade eram 3 profissionais; 31-40 anos compreendiam 8 profissionais; 41-50 anos compreendiam 4; e entre 51- 70 anos estavam com 2 profissionais.

Entre os entrevistados, foi observado uma composição mista quanto ao regime do vínculo trabalhista, pois havia 5 terceirizados /cooperados, 5 em regime Consolidação das Leis Trabalhistas, e 7 concursados.

PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO DOMICILIAR

Durante a realização do estudo, pela observação sistemática dinâmica dos Serviços de Atenção Domiciliar e pela evidencia das percepções dos entrevistados, pode-se evidenciar que os principais objetivos que desejavam alcançar com a implantação do cuidado domiciliar, era a rotatividade de leitos, desospitalização com a continuidade de assistência para o domicílio, redução de custos, a individualidade e a humanização do cuidado. Segue relatos: *Temos como finalidade desospitalizar para vagar leitos hospitalares, e em casa, o custo é muito menor e é mais humanizado. (E12). O objetivo de desafogar os leitos, rodiziar e otimizar os leitos hospitalares, então esse foi o discurso. (...)na intenção de desobstruir*

esse volume de pacientes nos corredores, eles mandavam com certa frequência (E16)

Na organização do cuidado domiciliar os atores também sinalizavam a grandiosidade, a particularidade de tal assistência, e a contribuição para a excelência e o aprimoramento de suas atividades profissionais: (...) *gosto desse atendimento mais próximo a população, pois é uma experiência nova, onde todos os dias você tem um conhecimento novo do paciente e uma demanda nova, não sendo aquela rotina de ser sempre a mesma coisa (...).* (E1). *O cuidado domiciliar tem suas particularidades, suas dificuldades e seus encantamentos. Exerço a minha função com muita maestria, e tento fornece o meu apoio, carinho e atenção, pois nesse caso, não é só doente o paciente, a família também se torna doente, pelo comprometimento da saúde de um ente querido, as preocupações exageradas que o cuidado domiciliar possui e a reponsabilidade que cada decisão envolve.* (E2).

Pelas falas dos gestores, a alocação dos profissionais tem se mostrado uma preocupação para a gestão dos recursos humanos nos serviços avaliados, e as decisões quanto ao número, as especializações são influenciadas pelo planejamento estratégico de cada hospital, em que o serviço está inserido. Isso repercute na dinâmica das atividades, dos cuidados, e as demandas do usuário e famílias, por vezes, não são contempladas, tal como se pode constatar pelas seguintes unidades de registro: *Hoje não consigo efetivar um cuidado mais detalhado, pois disponibilizo de apenas uma equipe multiprofissional, onde os profissionais são cedidos um turno para o Serviço de Atenção Domiciliar e o que compromete a eficiência da assistência. Toda equipe não é exclusiva para o Serviço de Atenção Domiciliar* (E3). *Equipe ainda não é completa, sentimos falta de profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, e fonoaudiólogos* (E16). *Não disponibilizamos de assistente social* (E13).

Segundo o relato da entrevistada 11, pode-se perceber que a falta de vínculo empregatício dos profissionais, torna difícil a permanência desses nos serviços, resultando em uma maior rotatividade e quebrando um dos princípios básicos da assistência domiciliar que é o vínculo de confiança, de respeito e até de carinho entre a equipe e usuário/família, além da quebra do plano de cuidados realizado pelo profissional anterior: *Falta de valorização do profissional, o que resulta numa maior rotatividade, comprometendo o acompanhamento. Temos também a dificuldade de encontrar profissionais que tenham o perfil para a atendimento domiciliar, pois o mesmo valor que eles ganham atendendo no hospital, eles ganham atendendo em casa, e por isso muitos preferem ficar no hospital.* (E11).

PROCESSO DE ADMISSÃO E OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O processo de admissão dos pacientes nos Serviços de Atenção Domiciliar, observados nos dias de entrevistas constitui um processo individualizado de cada serviço, no entanto com alguns pontos e critérios comuns a todos, descritos a seguir.

Na fala da entrevistada 5, o início do processo de admissão se dá pela seguinte forma: *os pacientes são encaminhados pela equipe assistencial da internação hospitalar, que percebe a presença de necessidades exigindo a continuidade de alguns cuidados para o domicílio. É realizado um relatório por esta equipe, constando a condição clínica do paciente e todas as necessidades de cuidados para o domicílio, para avaliação pela equipe assistencial dos SAD.*

Diante da análise dos discursos a respeito da avaliação inicial para inclusão do pacientes nos SAD, a avaliação médica, de enfermagem e do serviço social foram muito destacadas: (...) e *ao recebermos a solicitação de inclusão, providenciamos uma visita ao leito , que na maioria das vezes é iniciada pela enfermeira, mas também vão visitar o médico e a assistente social. O enfermeiro avalia o perfil , seguindo as dependências (...) (E5). Ao recebermos, realizamos a avaliação previa no leito , conversa com a família, vai ate o domicilio , realizado pela enfermagem e pelo serviço social.(E14). Quando ele chega aqui, a enfermeira vai agilizando dentro do espectro de conhecimento dela , ela vai articulando o restante da equipe que precisa avaliar esse paciente e todo mundo foca no encaminhamento e realizamos a visita ao paciente. Como assistente social, realizo a visita no leito do paciente, o que me permite traduzir para o paciente e família o que é o programa, em linhas básicas e gerais , pois o funcionamento do programa vai sendo aprendido por ele de forma gradual e sistemática , e eles terão a percepção do que é o programa. (E16).*

Nessa avaliação inicial, alguns critérios são relevantes para que a admissão tenha um desfecho positivo com a desospitalização do paciente para seu domicílio. São os chamados critérios de elegibilidade, os fatores de dependência que o paciente possui quanto a cuidados dentro do domicílio, além de condições socioeconômicas, territorial, e familiar que o indivíduo está inserido. No entanto, alguns deles são comuns em diversas experiências, apesar da heterogeneidade e das singularidades locais. Isso segue descrito na fala a seguir: *Os critérios de inclusão são: residir em Fortaleza, possuir cuidador, paciente acamando, sem possibilidade de locomoção para atendimento ambulatorial, ter condições familiares e socioeconômicos, ter acesso seguro para assistência domiciliar, porque diante da violência urbana precisamos estabelecer isso, apresentar estabilidade clínica, sem necessidade de medicação endovenoso e necessitar de cuidados que necessitam de supervisão da equipe, tais como, curativos, dieta enteral, reabilitação, suporte de oxigênio e ventilação mecânica cuidados com ostomias, tratamento cuidados paliativos (E6).*

Diante de quaisquer adversidades a essas condições, o paciente fica impossibilitado de ter a alta hospitalar para o domicílio em acompanhamento dos programas: A única impossibilidade do paciente não ir para casa assistido pelo SAD , e o caso que o paciente não tem condição de energia elétrica, falta de saneamento , com precariedade do ambiente domiciliar, e nos casos em que o paciente não tenha um acompanhante para ser o cuidados principal , tipo ele mora só e família não se responsabilizar pelo seu cuidado. Outro critério para acompanhamento domiciliar pelo SAD é o paciente residir em Fortaleza,

não atendemos áreas metropolitanas. (E1). O que mais impacta na desospitalização do paciente é a condição financeira , que eles não tem como se sustentar , infelizmente o paciente não sai do hospital. O SAD oferta insumos e equipamentos ,mas casa , comida e demais custos é de responsabilidade da família (E5)

DESLIGAMENTO DO PACIENTE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Após o entendido como está desenhado atualmente a implementação do cuidado domiciliar, um ponto que merece destaque é o desligamento dos pacientes dos referidos programas. Foi observado que a população usuária desses programas contempla portadores de doenças crônicas degenerativas, com prognóstico conservador, sem possibilidades de reabilitação, ou de reabilitação parcial, com a dependência de cuidados e de suporte de equipamentos essenciais a vida, e daí surge a inquietação de como ser possível o desligamento desses pacientes do programa que auxilia em sua sobrevivida?

E essa inquietação foi respondida ao constatar que os serviços possuem baixíssimas taxas de desligamento, devido a dependência dos pacientes, a falta de estrutura da Atenção Básica que absorva o contingente de pacientes dependentes dessa assistência. Isso constata que a rotatividade das vagas dos serviços não existe e que a permanência desses pacientes nos programas é até a sua finitude. Diante disso tudo cabe ressaltar a insegurança da família diante do desligamento, gerando conflitos.

Muitos foram as falas que retrataram a dificuldade do desligamento: *As formas de desligamento são através da alta melhorada, óbito e transferência para as Unidades Básicas de Saúde. No entanto não estamos conseguindo transferir para as Unidades Básicas de Saúde, ...pois temos paciente com perfil de alta, perfil para acompanhamento pela atenção básica, daí não conseguimos dar alta para esse paciente porque sabemos que esse paciente vai ficar largado, sem assistência... Essas transferências têm sido motivo de grandes conflitos, onde as Unidades Básicas de Saúde afirmam não ter estrutura para admitir os pacientes., e ainda possuem o posicionamento contra a nossa alta, instigando a família a processar o programa, caso tenham alta (E3). Quanto a alta, temos um grande problema de dar essa alta, porque hoje estamos sem estratégia de saúde da família, ne? São poucas as unidades que prestam serviço na territorialização . O ideal seria nós (SAD) estabilizar o paciente , e retornar a atenção básica para esse acompanhamento, No entanto , não é isso que acontece Em alguns pacientes, conseguimos dar a alta , e tem os casos dos pacientes que saem e ficam perdidos, porque a atenção básica não assume. Em resumo a nossa alta se dá por alta melhorada, depois da reabilitação; pelo óbito esperado. E ai vamos ficando com o paciente , porque não temos a válvula de escape desses pacientes (E5).No entanto temos a dificuldade de dar continuidade pela atenção básica, melhoramos a comunicação ,mas continua muito difícil porque eles estão desfalcados , onde a atenção básica não existe . (E6) .*

Outra possibilidade de desligamento é o reinternamento hospitalar, pois diante de uma intercorrência clínica, onde exista a necessidade do internamento hospitalar, a maioria dos serviços não possuem leitos de retaguarda nos hospitais que sediam, e daí o paciente é orientado a acionar os serviços de urgência e emergência móveis, para serem levados aos serviços de pronto-atendimento da rede, e podendo ter a possibilidade de internar nos mais diversos hospitais que contemplam a rede hospitalar. *No caso de intercorrências no domicílio , orientamos, entrar em contato com o SAMU, e entram pela emergência aqui ou em outros hospitais , e a família entra em contato com agente. Quando eles estão de alta do outro hospital, o médico manda pela família um relatório informando a atual quadro clínico. E fazemos a reinclusão no domicílio do paciente.(E13).* Nisso, eles podem perder o contato com o serviço de origem, apesar de haver situações em que o próprio programa fica monitorando a condição do paciente junto a família e após a alta hospitalar retoma o acompanhamento domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar de origem. Conforme o relato a seguir: *Então, pode acontecer do paciente internar em outro hospital, acabando com o acompanhamento pelo nosso Programa de Atenção Domiciliar. Se o outro hospital não encaminhar, ou sinalizar o nosso programa, acabamos perdendo o vínculo com o paciente (E1).*

DISCUSSÃO

Os benefícios deste estudo são evidentes, uma vez que os achados refletem a complexidade do processo de cuidar no domicílio que vai além dos cuidados propriamente ditos, reforçando a necessidade de fortalecimento, financiamento e amplitude desse tipo de assistência. Ainda, os resultados aqui firmados reforçam a importância de determinar os critérios de elegibilidade e o fortalecimento da rede de atenção à saúde em que a atenção domiciliar está inserida. Considera-se importante relatar que um único encontro ou entrevista pode não ter sido suficiente para capturar os sentidos e significados atribuídos pelos participantes, podendo caracterizar uma limitação.

O cuidado domiciliar possui peculiaridades importantes, pois será realizado no contexto da vida privada do indivíduo, e com presença das relações intrafamiliares, onde requer mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais e o desenvolvimento de novas habilidades, necessitando de um profissional que saiba lidar com a singularidade e a subjetividade que circunda o processo de cuidar no domicílio(2,13).

A multidisciplinariedade da equipe assistencial na assistência domiciliar , visa propiciar que vários profissionais , com suas áreas de conhecimento e diferentes proposta de trabalho e de atuação, possam agir em conjunto , sem estabelecimento de hierarquia, impulsionando o desenvolvimento , difusão e a produção da diversidade na assistência à saúde.(9,14).

Os serviços domiciliares precisam possuir equipe coesas e que os vínculos de

atuação junto a família sejam preservados, pois dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado que os profissionais trabalhadores da AD estudada, identificava-se a existência de contratação por diferentes regimes jurídicos, como os contratos temporários ou a alocação de profissionais concursados já existente na rede, comprometendo a organização do trabalho, acometendo a solidificação do sistema público de saúde. Quanto a rotatividade significativa de trabalhadores colocam em risco a qualidade do cuidados aos usuários, por romper vínculos, a continuidade e a inviabilidade de planos de cuidados interprofissionais⁽¹⁷⁾.

Estudos complementam a análise realizada, ao descreverem os critérios de inclusão e de elegibilidade nos SAD. Os critérios de elegibilidade abrangem aspectos clínicos e administrativos. Os aspectos clínicos dizem respeito à situação do quadro do paciente, aos procedimentos assistenciais e a frequência de visitas. Os aspectos administrativos referem-se às condições operacionais e legais para que o atendimento do paciente seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente. Os critérios de inclusão na AD estão relacionados aos aspectos administrativos, possuir domicílio com infraestrutura física compatível com a realização da AD (água, energia elétrica, fontes de comunicação, acesso para veículos, janelas e dimensão mínima para um leito e equipamentos)^(15,17,19,20).

Os estudos apontam que o acesso a atenção domiciliar deveria partir das três possibilidades de organização, frente as seguintes portas de entradas: demanda advinda da equipe Saúde da Família; demanda advinda da instituição hospitalar e demanda advinda das unidades de pronto-atendimento. Essa abertura criaria uma oportunidade para a atenção domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa de eleição para certos tipos de situação clínica, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva^(12,20).

Além da dependência dos cuidados, outro ponto que impedem a desligamento dos pacientes dos serviços é a deliberação de insumos importantes para o cuidado domiciliar e que devido a condições financeiras do paciente e família na maioria das vezes estar comprometida pelo percurso da doença, recorrem a judicialização da saúde para manter tanto a assistência domiciliar quanto a continuidade do recebimento dos insumos. Outro fato, que mantém esse vínculo dos pacientes aos serviços é questão da dependência dos cuidadores terem a necessidade do acompanhamento dos cuidados prestados, evitando danos ao paciente devido aos cuidados prestados⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, cabe os Serviços de Atenção Domiciliar começarem a fortalecer a autonomia do cuidador, e bem como o desenvolvimento dos cuidados paliativos em domicílio. Para maior controle dos riscos no ambiente domiciliar, são adotadas medidas de controle na hora de selecionar o paciente que será cercado dos cuidados paliativos na modalidade de assistência domiciliar, avaliando principalmente, o entorno familiar na predisposição para suportar as demandas. Quanto a equipe de profissionais recomendam-

se capacidade técnica e habilidade na transmissão de conhecimento e informações essenciais ao grupo familiar, fortalecendo os cuidados paliativos, e a percepção da finitude da via com qualidade^(16,19).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu descrever a percepção dos principais atores na implementação dos serviços de atenção domiciliar, que são os gestores e os profissionais de saúde, ressaltando a admissão e o desligamento do paciente do serviço, bem como a composição da equipe multiprofissional de cada unidade e a periodicidade de visitas domiciliares. Cada um dos serviços tem a sua implementação individualizada de acordo com o perfil assistencial da unidade hospitalar que está vinculada, e com composição da equipe multiprofissional de acordo com a extensão de atendimento. Os pontos de semelhança na implementação dos serviços avaliados são os critérios de elegibilidade e a dificuldade do desligamento do paciente ao serviço.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Better off at home: safety device. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(1):e2660015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>
2. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate* 2019; 43(121):592-604. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.
3. Silva CKA, Freitas CASL, Goyanna NF. Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral-Ceará. *Essentia* [Internet]. 2018 [cited Mar 12, 2021]; 19(2):23-33. Available from: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/232>
4. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves RL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2016-0002 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
5. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):903-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>
6. Rojão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(5):1863-77. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
7. Neves ACOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. *PHYSIS*. 2019; 29(2):e290214. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290214>
8. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(2):e58553. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58553>

9. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviço de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(2):244-52. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p244>
10. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*. 2017; 41(115):1116-29. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>
11. Paiva PA, Costa FM, Vieira MA, Silva SSS, Dias OV. Internações sensíveis à atenção domiciliar em um hospital de ensino em Montes Claros - MG, Brasil. *Rev Unimontes Científica* [Internet]. 2015 [cited Mar 12, 2021];17(2):14-26. Available from: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/413>
12. Gutierrez LLP, Fernandes NRM, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde Debate*. 2017; 41(114):885-98. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711417>
13. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2016; 40(110):172-82. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>
14. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Why is it better at home? service users' and caregivers' perception of home care. *Cogitare Enferm* 2017; 22(4):e49660. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660>
15. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>
16. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate*. 2016; 40(108):156-69. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080013>
17. Gilmour, Heather. Formal home care use in Canada. *Statistics Canada* [Internet]. 2018 [cited Mar 12, 2021]; 29(9):3-9. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018009/article/00001-eng.htm>
18. Hernández C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Implementation of Home hospitalization and early discharge as na integrated care service: a ten years pragmatic assessment. *Int J Integrated Care*. 2018; 18(2):1-12. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.3431>
19. Neves ACOJ, Castro EAB, Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(4):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069514>
20. Cunha V, Escarigo MC, Nortadas R, Azevedo PC, Beirão P, Gomes A, et al. Hospitalização domiciliária: balanço de um ano da primeira unidade Portuguesa. *Med Interna*. 2017; 24(4):290-5. doi: <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS

Data de aceite: 02/05/2023

Rachel Cristina Cardoso Pereira

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0764068984266073>

Joyce Costa Melgaço de Faria

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5511294531968793>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

RESUMO: O aumento progressivo da população idosa mundial está associada à alta prevalência de doenças crônicas e elevado consumo de medicamentos. A baixa adesão à farmacoterapia é um aspecto crítico no idoso. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o resultado das intervenções do farmacêutico na adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. O resultado das intervenções foi avaliado a partir de ensaios clínicos disponíveis no MEDLINE, interface PUBMED. Do total de

418 estudos, oito foram selecionados. As intervenções englobaram aconselhamento/educação do paciente, revisão completa da farmacoterapia, dispensação individualizada de medicamentos e atenção farmacêutica. As medidas de adesão empregaram entrevistas individuais (auto-relato), contagem de comprimidos e uso dos instrumentos de Haynes-Sackett e Morisky-Green. Cinco dos oito estudos evidenciaram resultados positivos das intervenções do farmacêutico na adesão à farmacoterapia em idosos. Nenhum estudo demonstrou piora nos resultados após a intervenção. Observou-se heterogeneidade nos métodos empregados. Essa revisão ressaltou a contribuição do farmacêutico na melhoria da adesão à farmacoterapia em idosos. Novos estudos com adequada qualidade metodológica são necessários para maior aprofundamento dessa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacêuticos, adesão à medicação, idoso, ensaio clínico.

PHARMACEUTICAL INTERVENTION IN ADHERENCE TO DRUG THERAPY IN THE ELDERLY

ABSTRACT: The progressive increase in the elderly population is associated with high

prevalence of chronic diseases and high consumption of drugs. Low adherence to therapy is critical in the elderly. The aim of this study was to perform an integrative review of the literature on the impact of pharmacist interventions on adherence to drug treatment in the elderly. The impact of these interventions was evaluated in clinical trials available in MEDLINE, PUBMED interface. Of the 418 studies, eight were selected. Interventions encompassed counseling/patient education, full review of pharmacotherapy, drug individualized dispensing and pharmaceutical care. Measures of adherence employed individual interviews (self-report), pill count and the use of the instruments of Haynes-Sackett and Morisky-Green. Five out of the eight studies have shown positive results of pharmacist interventions on adherence to pharmacotherapy in the elderly. No study showed worsening of the results after interventions. There was heterogeneity in the employed methods. This review showed the pharmacist's contribution in improving adherence to pharmacotherapy in the elderly. New studies with adequate methodological quality are needed to further deepening of this theme.

KEYWORDS: Pharmacists, medication adherence, aged, clinical trial.

INTRODUÇÃO

O número de idosos apresenta um aumento progressivo em todo mundo. Em 2012, havia 810 milhões de idosos, representando 11,5% da população global. Projeta-se que em 2050 esse número alcance dois bilhões de pessoas, representando 22% da população global. Esse crescimento é decorrente da redução da fecundidade, da mortalidade e do aumento da expectativa de vida nas idades mais avançadas (UNFPA, 2012). Com o envelhecimento populacional, a saúde do idoso torna-se uma importante preocupação. Nessa faixa etária, há o aumento da prevalência de doenças crônicas e eleva-se o número de medicamentos consumidos, sejam eles prescritos ou não (Loyola Filho *et al.*, 2005).

O uso de medicamentos na população idosa apresenta algumas particularidades advindas de seu processo de senescência (Carlson, Merel & Yukawa, 2015). As mudanças fisiológicas do processo de envelhecimento acarretam alterações farmacocinéticas com potencial impacto nos processos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos medicamentos, levando a uma maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto aos efeitos adversos dos fármacos (Mukhtar & Jackson, 2015). Outros fatores, como a presença de múltiplas doenças e a polifarmácia, também aumentam o risco da ocorrência de problemas decorrentes de interações medicamentosas e de eventos adversos relacionados a medicamentos. O aumento de déficits cognitivos e visuais pode, ainda, dificultar o reconhecimento do medicamento e prejudicar o cumprimento adequado da prescrição médica pelos idosos (Loyola Filho *et al.*, 2005; Rozenfeld, 2003; Marcum & Gellad, 2012).

A não adesão ao tratamento medicamentoso é um dos principais problemas relativos à farmacoterapia do idoso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao tratamento é definida como a escala de comportamento de um indivíduo frente a administração de medicamentos, seguimento da dieta e/ou alterações no estilo de vida

que concordam e correspondem com as recomendações acordadas entre o paciente e os profissionais de saúde (World Health Organization, 2003). A alta prevalência de doenças crônicas, o alto consumo de medicamentos e as mudanças no comportamento e nos hábitos de vida são alguns dos fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso no idoso (Tavares *et al.*, 2013; Osterberg & Blaschke, 2005). Dentre as consequências da não adesão, destacam-se: redução da efetividade da farmacoterapia, incapacidade, piora da qualidade de vida, redução da expectativa de vida, aumento do risco de complicações e de custos advindos da necessidade de novas intervenções tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar (Poor adherence..., 2003).

Ações de enfrentamento à não adesão à farmacoterapia devem ser planejadas e, diante da complexidade que estas envolvem, faz-se necessário uma abordagem multiprofissional (Osterberg & Blaschke, 2005). Os potenciais benefícios do farmacêutico como integrante da equipe multiprofissional de cuidado ao idoso foram abordados em diversas revisões sistemáticas que investigaram intervenções em diferentes aspectos da farmacoterapia. Esses estudos abordaram intervenções voltadas para a redução do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (Forsetlund *et al.*, 2011; Kaur *et al.*, 2009), qualidade da prescrição (Forsetlund *et al.*, 2011; Verrue *et al.*, 2009; Meid *et al.*, 2015), redução da admissão hospitalar (Thomas *et al.*, 2014), da polifarmácia (Rollason & Vogt, 2003), bem como da adesão ao tratamento medicamentoso (George, Elliott & Stewart, 2008; Conn *et al.*, 2009; Chisholm-Burns *et al.*, 2010).

Em uma revisão sistemática e meta-análise que incluiu 298 estudos, demonstrou-se que intervenções realizadas por farmacêuticos americanos em idosos melhorou de forma significativa a adesão à farmacoterapia ($p < 0.05$) (Chisholm-Burns *et al.*, 2010). O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre o resultado das intervenções do farmacêutico na adesão ao tratamento medicamentoso em idosos.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura envolvendo a busca de artigos publicados até o dia 14 de junho de 2014 em periódicos indexados nas bases de dados MEDLINE, interface PUBMED. Foram empregados descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e não MeSH combinados, como se segue: “(*pharmaceutical care OR pharmacist*) AND (*adherence OR medication adherence OR compliance*) AND (*aging OR aged OR elderly OR geriatric*) AND (*clinical trial OR trial*)”.

Os critérios de inclusão foram: idiomas inglês, espanhol e português, delineamento empregado foi ensaio clínico cujo foco era intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sem limites para a data de início de publicação dos estudos. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos observacionais; intervenções não realizadas por farmacêuticos; intervenção não

focada na adesão ao tratamento medicamentoso; idade inferior a 60 anos.

A seleção dos estudos envolveu três etapas, a saber: i. dois revisores independentes analisaram todos os títulos e resumos dos artigos encontrados por meio da busca. Nos casos em que houve discordância entre os revisores, houve avaliação por um terceiro revisor; ii. leitura da metodologia dos artigos não excluídos na primeira etapa; iii. leitura dos artigos na íntegra.

O processo de tomada de decisão para inclusão dos artigos teve como foco inicial a definição da população estudada como sendo idosa. Como muitos estudos não trouxeram essa informação de forma clara no título e resumo, foi necessário acessar o artigo na íntegra e realizar a leitura completa dos métodos e/ou resultados para verificar a faixa etária envolvida. Posteriormente, as informações observadas foram o emprego de ensaio clínico como desenho do estudo e se a intervenção analisada envolvia a atuação do farmacêutico para melhoria da adesão à farmacoterapia. As seguintes informações foram consideradas de interesse para análise na revisão: país de realização do estudo, cenário de prática, patologias envolvidas, objetivo e tipo de intervenção farmacêutica, instrumento adotado para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e principais resultados encontrados levando-se em consideração a significância estatística da comparação entre os grupos intervenção e controle.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi identificado um total de 418 artigos, dos quais foram selecionados oito artigos sobre a intervenção do farmacêutico na adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Todos os estudos selecionados foram realizados em países desenvolvidos, sendo três estudos na Inglaterra (Clifford *et al.*, 2006; Wandless & Whitmore, 1981; Lowe *et al.*, 2000), dois nos Estados Unidos (Lee, Grace & Taylor, 2006; Lipton & Bird, 1994) e os demais na Dinamarca (Olesen *et al.*, 2014), Espanha (Sánchez-Gili *et al.*, 2011) e Canadá (Volume *et al.*, 2001), sendo a maioria publicada nos últimos 15 anos. Na Tabela 1, estão sumarizados os principais achados desses estudos.

Dentre as intervenções realizadas pelo farmacêutico descritas nos estudos, destacam-se: atenção farmacêutica (Olesen *et al.*, 2014; Sánchez-Gili *et al.*, 2011; Volume *et al.*, 2001), aconselhamento farmacêutico (Clifford *et al.*, 2006; Wandless & Whitmore, 1981), dispensação individualizada e educação do paciente (Lee, Grace & Taylor, 2006), educação do paciente e revisão de medicamentos (Lowe *et al.*, 2000) e acompanhamento com farmacêutico clínico (Lipton & Bird, 1994).

Para avaliar a adesão, os estudos empregaram como método entrevistas individuais (auto-relato) e contagem de comprimidos. No estudo de Sánchez-Gili *et al.* (2011), foram utilizados os testes de Haynes-Sackett e o Morisky-Green e no estudo de Volume *et al.*

(2001), apenas o teste de Morisky-Green. Clifford *et al.* (2006), Lowe *et al.* (2000) e Lipton & Bird (1994) utilizaram o auto-relato para determinar não adesão ao tratamento, sem aplicação de instrumento validado. Olesen *et al.* (2014), Lee *et al.* (2006), Lowe *et al.* (2000) e Wandless *et al.* (1981) empregaram a contagem de comprimidos para essa avaliação. Apenas os estudos de Sánchez-Gili *et al.* (2011), Lee *et al.* (2006) e Clifford *et al.* (2006) delimitaram a análise da adesão ao tratamento medicamentoso em doenças específicas.

Cinco dos oito estudos analisados evidenciaram resultados positivos das intervenções do farmacêutico na adesão à farmacoterapia em idosos. Lipton *et al.* (1994) empregaram como intervenção o acompanhamento com farmacêutico clínico e Lowe *et al.* (2000) realizaram revisão de medicamentos e educação do paciente, observando que a adesão ao tratamento medicamentoso no grupo intervenção alcançou 92,0% e 91,3%, e no grupo controle 77,0% e 79,5%, respectivamente ($p < 0,001$ em ambos os estudos). Ao avaliarem o impacto do aconselhamento do paciente, Clifford *et al.* (2006) demonstraram que a não adesão foi menos frequente no grupo intervenção (9,0%) do que no grupo controle (16,0%) ($p = 0,032$). No estudo realizado por Lee *et al.* (2006), foram empregadas como intervenção a educação do paciente e a dispensação individualizada resultando em um percentual de adesão ao tratamento medicamentoso 95,5% no grupo intervenção e 69,1% no grupo controle ($p < 0,001$). Sánchez-Gili *et al.* (2011) demonstraram, ainda, que os pacientes do grupo intervenção apresentaram aumento global de 45,5% da adesão ao tratamento quando comparados ao grupo controle ($p < 0,001$).

O estudo de Wandless *et al.* (1981) que empregou o aconselhamento do paciente e os estudos Volume *et al.* (2001) and Olesen *et al.* (2014) que adotaram como intervenção a atenção farmacêutica não apresentaram diferença estatisticamente significativa ao comparar a adesão entre os grupos intervenção e controle, sendo que nenhum estudo apresentou piora de adesão no grupo intervenção.

Identificou-se baixo número de estudos avaliando o resultado das intervenções do farmacêutico sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos, apesar da relevância do tema. Porém, há uma tendência crescente de publicações após o ano 2000 envolvendo estudos realizados em países desenvolvidos. A maior preocupação em ampliar os conhecimentos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso no idoso pode ser um reflexo da transição demográfica nesses países, da necessidade de minimizar os gastos crescentes com a compra de medicamentos e de implementar ações mais efetivas para melhorar a efetividade e segurança do tratamento nesse grupo populacional (UNFPA, 2012).

Os estudos empregaram três formas de intervenção, sendo: análise completa da farmacoterapia prevendo interação com o paciente e demais profissionais, incluindo o prescritor; dispensação individualizada de medicamentos; ações junto ao paciente para aumentar os conhecimentos sobre os medicamentos utilizados.

A intervenção farmacêutica mais frequente foi a análise completa da farmacoterapia

que englobou a atenção farmacêutica (Olesen *et al.*, 2014; Sánchez-Gili *et al.*, 2011; Volume *et al.*, 2001), a revisão dos medicamentos (Lowe *et al.*, 2000) e o acompanhamento com farmacêutico clínico (Lipton & Bird, 1994) cujas atividades foram descritas em cinco dos oito estudos selecionados. Em quatro estudos (Clifford *et al.*, 2006; Wandless & Whitmore, 1981; Lowe *et al.*, 2000; Lee, Grace & Taylor, 2006), foram investigadas ações voltadas para o conhecimento do paciente sobre o tratamento medicamentoso incluindo aconselhamento farmacêutico e educação do paciente. A dispensação individualizada foi abordada em apenas um estudo (Lee, Grace & Taylor, 2006). O caráter das intervenções encontradas se distingue do trabalho de Romano-Lieber *et al.* (2002) que encontraram maior número de intervenções restritas ao aconselhamento do paciente sobre o medicamento. Por outro lado, a maioria dos estudos analisados nesta revisão vão ao encontro dos achados de Houle *et al.* (2014) sobre uma expansão das atividades de análise completa da farmacoterapia. Nesse contexto, observa-se uma ampliação das perspectivas de atuação do farmacêutico que passa a exercer atividades que vão além da dispensação de medicamentos, abrangendo atividades clínicas com abordagem mais aprofundada da farmacoterapia.

Essas atividades citadas podem ser desenvolvidas no contexto da atenção farmacêutica que foi a forma de intervenção mais frequentemente empregada nos estudos selecionados. A atenção farmacêutica foi proposta nos anos 1990 por Hepler & Strand (1990) sendo definida como “a provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de obtenção de resultados definitivos que melhoram a qualidade de vida do paciente. Seu objetivo é melhorar os resultados e qualidade da assistência ao paciente, e envolve a identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados com o medicamento (PRM).” Essa prática profissional pressupõe uma padronização no processo de cuidado e permite ao farmacêutico trabalhar em cooperação com o paciente e com outros profissionais da saúde utilizando diferentes estratégias para melhorar os resultados da farmacoterapia.

Nos três estudos que empregaram atenção farmacêutica (Olesen *et al.*, 2014; Sánchez-Gili *et al.*, 2011; Volume *et al.*, 2001), não houve piora da adesão ao tratamento medicamentoso no idoso e apenas um apresentou melhoria significativa da adesão. Existem limitações na avaliação do impacto da atenção farmacêutica na adesão as quais podem ser atribuídas ao desconhecimento da taxa de adesão no início do acompanhamento, à heterogeneidade da capacidade funcional e das necessidades dos idosos, ao perfil diversificado dos farmacêuticos e às possíveis deficiências dos instrumentos utilizados para mensuração da adesão (Olesen *et al.*, 2014; Volume *et al.*, 2001).

Os métodos de avaliação de adesão da farmacoterapia podem ser diretos e indiretos. Cada método apresenta vantagens e desvantagens, e nenhum é considerado padrão-ouro (Osterberg & Blaschke, 2005). Os métodos diretos - determinação do fármaco, metabólito ou marcador em fluidos biológicos - são específicos e podem refletir melhor o grau de adesão, porém são caros e invasivos. Já os métodos indiretos - entrevista individual (auto-

relato), registro diário de uso de medicamentos, contagem de comprimidos - são simples e baratos, mas têm a desvantagem da imprecisão (Osterberg & Blaschke, 2005; Sánchez-Gili *et al.*, 2011). Os estudos avaliados empregaram apenas métodos indiretos, destacando-se entrevistas individuais e contagem de comprimidos (Marcum & Gellad, 2012; World Health Organization, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005; Santa-Helena, Nemes & Eluf Neto, 2010). A utilização de métodos combinados foi observada em dois estudos avaliados, sendo essa estratégia importante para melhorar a confiabilidade dos resultados das intervenções (Sánchez-Gili *et al.*, 2011; Volume *et al.*, 2011). Mesmo sem a existência de padrão-ouro ou mesmo considerando as dificuldades apresentadas pelos diferentes métodos disponíveis, ressalta-se que a escolha de um dos métodos é necessária devido ao seu potencial de melhoria da adesão e auxílio na sistematização do planejamento de intervenções.

A polifarmácia foi associada de modo recorrente à não adesão à farmacoterapia. Além do uso concomitante de elevado número de medicamentos, a complexidade do regime terapêutico envolvendo, por exemplo, a administração de medicamentos por vias não orais e instruções específicas de dose também pode contribuir para a não adesão ao tratamento⁶. A simplificação do regime posológico foi proposta por Lipton & Bird (1994), Lowe *et al.* (2000) e Olesen *et al.* (2014) como estratégia para minimizar dificuldades na adesão em idosos.

Quanto às particularidades do idoso, observa-se que a saúde nessa faixa etária relaciona-se com sua capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Carlson, Merel & Yukawa, 2015). A intervenção sobre a saúde do idoso requer avaliação multidimensional para a elaboração de propostas condizentes com as necessidades e condições apresentadas. Mais de 50% dos idosos têm três ou mais doenças crônicas com diferentes efeitos cumulativos das mesmas. Idosos com múltiplas patologias necessitam de abordagens mais flexíveis e amplas, considerando seu estado funcional, polifarmácia, prognóstico, gravidade de suas doenças e risco de eventos adversos (American Geriatrics Society, 2012). As causas para a não adesão à farmacoterapia no idoso podem ser múltiplas, envolvendo: esquecimento da dose, recusa para tomar o medicamento, dificuldade de deglutição, falta de acesso a medicamentos de alto custo, medicamento não disponível no mercado ou falta de compreensão das instruções. Cada causa identificada requer uma abordagem específica para individualização da conduta.

Os resultados positivos encontrados nos estudos analisados (Clifford *et al.*, 2006; Lowe *et al.*, 2000; Lee, Grace & Taylor, 2006; Lipton & Bird, 1994; Sánchez-Gili *et al.*, 2011) sugerem a relevância da atuação do farmacêutico no cuidado aos idosos e podem justificar o planejamento da inserção desse profissional nas equipes de saúde no âmbito da saúde pública. O aumento da adesão à farmacoterapia é um aspecto de suma importância para o alcance dos resultados terapêuticos desejados. Na revisão sistemática e meta-análise realizadas por Chisholm-Burns *et al.* (2010), as intervenções realizadas por farmacêuticos

apresentaram múltiplos desfechos positivos envolvendo efetividade e segurança da farmacoterapia. Observou-se melhoria de parâmetros clínicos, tais como hemoglobina A1c, colesterol LDL e pressão arterial, bem como redução de eventos adversos a medicamentos. Além da melhoria da adesão à farmacoterapia, observou-se ainda nesse estudo, aumento do conhecimento do paciente e melhoria das condições de saúde em geral. Outras revisões sistemáticas que investigaram o impacto de intervenções em geral na adesão à farmacoterapia também destacaram a importância do farmacêutico no cuidado ao idoso, embora tenham tido dificuldade em indicar a melhor estratégia de intervenção devido à heterogeneidade dos métodos empregados nos estudos (George, Elliot & Stewart, 2008; Conn *et al.*, 2009). O emprego combinado de diferentes estratégias voltadas para melhoria da adesão em idosos parece uma decisão razoável para amplificar os resultados positivos das intervenções do farmacêutico.

A partir de uma análise mais aprofundada, observou-se a presença de resultados contraditórios quanto à eficácia das intervenções farmacêuticas voltadas para a adesão à farmacoterapia em idosos. Alguns fatores podem ter contribuído para um possível insucesso na demonstração de eficácia, destacando-se a baixa qualidade metodológica de alguns estudos. O poder analítico pode ter sido influenciado pelo número limitado de pacientes estudados que variou de 53 a 517. Além disso, a intensidade do efeito de uma intervenção pode ser afetada por alguns fatores que precisam ser considerados nas análises, tais como patologias envolvidas, gravidade dos pacientes, número de medicamentos utilizados e complexidades dos regimes terapêuticos, além do rigor, duração e grau de padronização da intervenção farmacêutica aplicada. A maioria dos estudos selecionados nessa revisão não apresentou descrição clínica e terapêutica adequada dos idosos estudados. O protocolo de intervenção também não foi detalhado nos estudos o que prejudica sua reprodutibilidade em estudos futuros e sua aplicação nas práticas de saúde.

Em suma, como limitações dessa revisão, destaca-se uma dificuldade de comparação entre os estudos devido à heterogeneidade das intervenções empregadas e às diferentes técnicas e métodos de análise da adesão. Observou-se heterogeneidade das populações estudadas e ausência de detalhamento nos artigos quanto à faixa etária predominante. Além disso, a busca se restringiu à base de dados PubMed, o que pode ter dificultado a inclusão de artigos relevantes que possam estar disponíveis em outras bases, bem como em outros idiomas de publicação.

CONCLUSÕES

A revisão de literatura evidenciou a contribuição do farmacêutico na melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso em idosos na maioria dos trabalhos analisados. Nos últimos anos, observou-se nos países desenvolvidos uma tendência crescente de realização de estudos sobre o papel das intervenções do farmacêutico na adesão à

farmacoterapia em idosos. Considerando-se a complexidade da mensuração da adesão e a necessidade de padronização de técnicas que considerem as especificidades dos idosos, há necessidade de realização de novos estudos com adequada qualidade metodológica que aprofundem essa temática, particularmente em países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J. Am. Geriatr. Soc.* 60(10): 1957-1968, 2012.
- Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med. Clin. North Am.* 99(2): 263-279, 2015.
- Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med. Care.* 48(10): 923-933, 2010.
- Clifford S, Barber N, Elliott R, Hartley E, Horne R. Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharm. World Sci.* 28(3): 165-170, 2006.
- Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Ruppert TM, Mehr DR, Russell CL. Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist.* 49(4): 447-462, 2009.
- Forsetlund L, Eike MC, Gjerberg E, Vist GE. Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr.* 11: 16, 2011.
- Fundo de População das Nações Unidas. (UNFPA). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio (Resumo Executivo)*. Fundo de População das Nações Unidas, 2012.
- George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging.* 25(4): 307-324, 2008.
- Hepler CD & Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47(3): 533-543, 1990.
- Houle SK, Grindrod KA, Chatterley T, Tsuyuki RT. Paying pharmacists for patient care: A systematic review of remunerated pharmacy clinical care services. *Can. Pharm. J.* 147(4): 209-232, 2014.
- Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging.* 26(12): 1013-1028, 2009.
- Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA.* 296(21): 2563-2571, 2006.
- Lipton HL & Bird JA. The impact of clinical pharmacists' consultations on geriatric patients' compliance and medical care use: a randomized controlled trial. *Gerontologist.* 34(3): 307-315, 1994.

Lowe CJ, Raynor DK, Purvis J, Farrin A, Hudson J. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 50(2): 172-175, 2000.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JeO, Lima-Costa MF. [A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS)]. *Cad. Saúde Pública.* 21(2) :545-553, 2005.

Marcum ZA & Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. *Clin. Geriatr. Med.* 28(2): 287-300, 2012.

Meid AD, Lampert A, Burnett A, Seidling HM, Haefeli WE. The impact of pharmaceutical care interventions for medication underuse in older people: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 80(4): 768-776, 2015.

Mukhtar O & Jackson SH. Drug therapies in older adults (part 1). *Clin. Med.* 15(1): 47-53, 2015.

Olesen C, Harbig P, Buus KM, Barat I, Damsgaard EM. Impact of pharmaceutical care on adherence, hospitalisations and mortality in elderly patients. *Int. J. Clin. Pharm.* 36(1): 163-171, 2014.

Osterberg L & Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.* 353(5): 487-497, 2005.

Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. 2003. *Rev. Panam. Salud Pública.* 14(3): 218-221, 2003.

Rollason V & Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging.* 20(11): 817-832, 2003.

Romano-Lieber NS, Teixeira JJ, Farhat FC, Ribeiro E, Crozatti MT, de Oliveira GS. [A literature review on pharmacists' interventions in the use of medication by elderly patients]. *Cad. Saúde Pública.* 18(6): 1499-1507, 2002.

Rozenfeld S. [Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review]. *Cad. Saúde Pública.* 19(3): 717-724, 2003.

Sánchez-Gili M, Toro-Chico P, Pérez-Encinas M, Gómez-Pedrero AM, Portolés-Pérez JM. [Pharmaceutical intervention on the therapeutic adherence in patients with chronic renal disease]. *Rev. Calid. Asist.* 26(3): 146-151, 2011.

Santa-Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. [Risk factors associated with non-adherence to anti-hypertensive medication among patients treated in family health care facilities]. *Cad. Saúde Pública.* 26(12): 2389-2398, 2010.

Tavares NU, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GV, Mengue SS. [Factors associated with low adherence to medication in older adults]. *Rev. Saúde Pública.* 47(6): 1092-1101, 2013.

Thomas R, Huntley AL, Mann M, et al. Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age Ageing.* 43(2): 174-187, 2014.

Verrue CL, Petrovic M, Mehuy E, Remon JP, Vander Stichele R. Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes : a systematic review. *Drugs Aging.* 26(1): 37-49, 2009.

Volume CI, Farris KB, Kassam R, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical care research and education project: patient outcomes. *J. Am. Pharm. Assoc.* 41(3): 411-420, 2001.

Wandless I & Whitmore J. The effect of counseling by a pharmacist on drug compliance in elderly patients. *J. Clin. Hosp. Pharm.* 6(1): 51-56, 1981.

World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

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

Aborto espontâneo 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26

Adesão à medicação 185

Anotações de enfermagem 155, 157, 160, 163, 164

Aplicativo para Android 156

Atenção primária à saúde 101

Autonomia 2, 6, 11, 35, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 133, 138, 150, 153, 182

Autonomia profissional 2, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111

C

Comunicação em saúde 113

Covid-19 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 79, 80, 86, 88, 91, 92, 96, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 167

Cuidados de enfermagem 5, 50, 55, 67, 82, 113, 153

Cuidados paliativos 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 179, 182, 183

D

Doença viral 128, 129, 130

Doente terminal 65, 66, 67, 73, 74

E

Enfermagem 1, 2, 3, 5, 6, 9, 12, 14, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 35, 36, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 73, 75, 77, 81, 82, 83, 84, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 179, 184, 196

Enfermagem do trabalho 77, 81, 82, 83, 84, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100

Enfermagem obstétrica 2, 5, 6, 12, 138

Enfermeiros 60, 61, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 96, 99, 101, 103, 105, 108, 110, 111, 113, 116, 118, 125, 136, 137, 138, 139, 148, 150, 151, 152, 169

Ensaio clínico 80, 81, 185, 187, 188

Estudantes de enfermagem 49, 81

Ética em instituições de saúde 128, 130

F

Farmacêuticos 185, 187, 190, 191

G

Gestante 3, 9, 11, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 39, 169

I

Idoso 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192

Inteligência artificial 156

M

Mãe 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 60

Maranhão 27, 28, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 138, 139, 140

Medicina ocupacional 94, 95

Mobilidade 7, 156

Mortalidade 10, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 54, 129, 130, 131, 174, 186

Morte 14, 17, 22, 29, 39, 48, 49, 50, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 97, 132, 137

Mulheres em idade fértil 37, 38, 41, 42, 43, 46

P

Pandemia covid-19 130

Parto humanizado 2

Planos de ação em saúde 128, 130

Puérpera 7, 8, 10, 11, 27, 28, 29, 30, 35, 39

Puerpério 4, 14, 35, 44

S

Saúde da mulher 2, 11, 18, 25, 46

Saúde do trabalhador 76, 82, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 143

Segurança do paciente 113, 114, 115, 124, 125, 126, 196

Sentimentos 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 33, 34, 35, 60, 148

Situação terminal de vida 49

Software embarcado 156

T

Tocologia 2

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

3



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2023

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

3



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2023