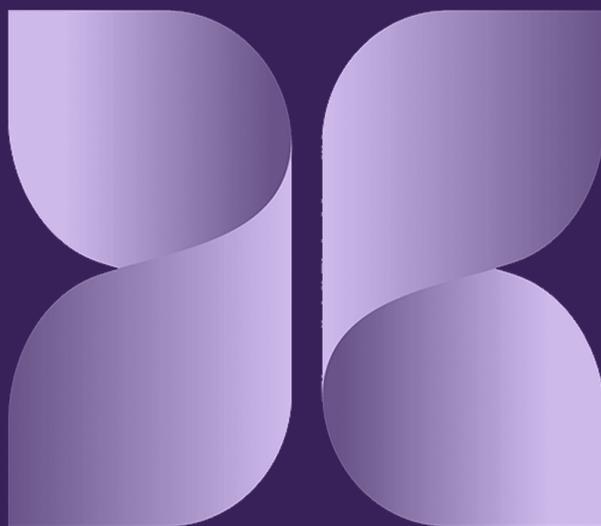


Enfermagem na linha de frente:

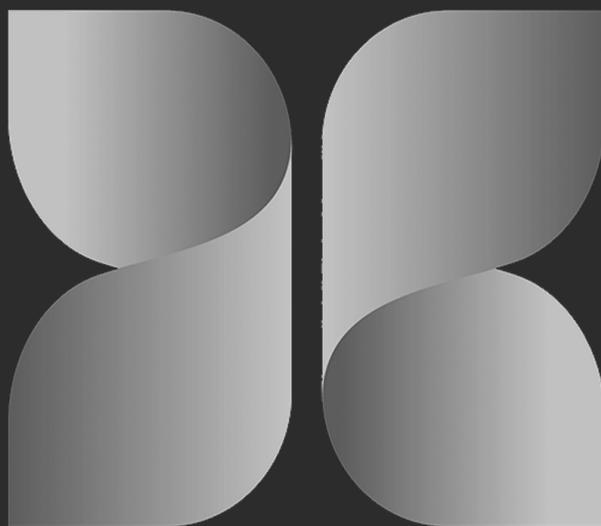
EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



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

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili 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-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

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

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

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

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

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 Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do 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 Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	<p>Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas / 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 978-65-258-2013-2 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.132230512</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.

Temos a satisfação de apresentar o livro “Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: A contribuição do enfermeiro intensivista para a prática da advocacia em saúde numa unidade de terapia intensiva; As diferentes possibilidades de atuação do enfermeiro como auditor nos serviços de saúde; Elogio: uma estratégia para a satisfação profissional; Teorias de aprendizagem e a educação em enfermagem; A importância da enfermagem na promoção do vínculo pais/bebê na unidade neonatal; Riscos no abuso de substâncias psicoativas durante a gravidez: atuação da enfermagem; Supervisão clínica em enfermagem: importância no desenvolvimento dos estudantes de enfermagem; Abordagens avançadas na assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme: desafios e perspectivas; A atuação do enfermeiro na prevenção da Sífilis Congênita na atenção primária; Conhecimento dos enfermeiros em um hospital universitário do nordeste brasileiro sobre o uso da técnica de hipodermóclise; Medidas de segurança no transporte intra-hospitalar: uma revisão integrativa; Higiene corporal em pacientes gravemente enfermos: avaliação dos sinais vitais; Atuação da enfermagem no atendimento de urgência/emergência ao paciente suicida: revisão integrativa da literatura; A teleconsulta como intervenção de enfermagem com a pessoa em situação paliativa; Tromboprolaxia em pacientes clínicos hospitalizados em instituição pública em Belo Horizonte.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade das políticas públicas, assistência e gestão em saúde diante de experiências da linha de frente. 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**A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA PARA A PRÁTICA DA ADVOCACIA EM SAÚDE NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Adriane Nunes Diniz
 Silvia Daniela Minossi
 Lilian Josiane da Rosa Soares
 Fernanda dos Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305121>

CAPÍTULO 2 6**AS DIFERENTES POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO AUDITOR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Mari Nei Clososki da Rocha
 Dayanne Klein Pastoriza
 Ana Paula Narcizo Carcuchinski
 Márcio Josué Trasel
 Denise Oliveira D`Avila
 Fabiane Bregalda Costa
 Morgana Morbach Borges
 Elisa Justo Martins
 Bruna Boniatti
 Zenaide Paulo silveira
 Maicon Daniel Chassot

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305122>

CAPÍTULO 3 16**ELOGIO: UMA ESTRATÉGIA PARA A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Andrieli Daiane Zdanski de Souza
 Josiele de Lima Neves
 Karema da Conceição Pereira Cargnin
 Mateus Cechet
 Thainá Melo da Silva
 Juciane Aparecida Furlan Inchauspe

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305123>

CAPÍTULO 4 21**SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

Isabel Maria Ribeiro Fernandes
 Teresa Silveira Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305124>

CAPÍTULO 5 34**TEORIAS DE APRENDIZAGEM E A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Emanuella Pereira de Lacerda
 Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Fabiano Rossi Soares Ribeiro
 Élide Cristina Santos Corrêa
 Cynthia Lays Batista Barroso de Sousa
 Karla Andreia da Costa Carvalho
 Maria Barbara Rocha
 Danessa Silva Araújo
 Livia Anniele Sousa Lisboa
 Suzana Portilho Amaral Dourado
 Luciana Cortez Almeida Navia
 Domingas Ramos Rios Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305125>

CAPÍTULO 644

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO VÍNCULO PAIS/
 BEBÊ NA UNIDADE NEONATAL**

Bruna Boniatti
 Ana Paula Narcizo Carcuchinski
 Mari Nei Clososki da Rocha
 Márcio Josué Trasel
 Dayanne Klein Pastoriza
 Zenaide Paulo Silveira
 Fabiane Bregalda Costa
 Elisa Justo Martins
 Morgana Morbach Borges
 Maicon Daniel Chassot
 Denise Oliveira D`Avila

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305126>

CAPÍTULO 757

**RISCOS NO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A
 GRAVIDEZ: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

Mariana Sofia Ferreira Alencar
 Julia Beatriz Nunes Gomes
 Anna Júlia Rabelo Rodrigues
 Tamila Cunha Pikhardt
 Marcos André de Matos
 Meillyne Alves dos Reis.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305127>

CAPÍTULO 874

**ABORDAGENS AVANÇADAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A
 CRIANÇAS COM ANEMIA FALCIFORME: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Amanda Cristhina Silva Barbosa
 Amanda de Cássia Tulher Gomes
 Daniele Aparecida da Silva
 Fernando de Faria Rocha Soares
 Jéferson de Oliveira Vieira

Larissa Cristina de Souza Veloso
 Nathaly Rhaiane Marinho de Oliveira Alves
 Nayara Faria Lopes Sales
 Ramon Mateus da Silva Matos
 Victoria Duarte Silva
 Ynara de Souza Fonseca
 Cláudia Maria Soares Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305128>

CAPÍTULO 983

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Thais Cristina Alves
 Roberta Messias Marques
 Patrícia Honório Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1322305129>

CAPÍTULO 10.....93

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO SOBRE O USO DA TÉCNICA DE HIPODERMÓCLISE

Kércia Dantas Oliveira de Moura
 Luana Ravany Café da Silva
 Malu Rodrigues Santos
 Allissany de Castro Passos Reis
 Mariza Reis do Amaral
 Bruna Silva Souto
 Jadson Galdino da Silva Costa
 Gilvan Rodrigues da Cruz Junior
 Paula Eloíse de Sousa Campos
 Israel de Lima Florentino
 Lucimara Araújo Campos Alexandre
 Audimar de Sousa Alves
 Gyllyandeson de Araújo Delmondes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051210>

CAPÍTULO 11 102

MEDIDAS DE SEGURANÇA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Raquel Adjane Machado
 Elisiane de Oliveira Machado
 Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner
 Simone Thais Vizini
 Fabio Silva da Rosa
 Rejane Silveira de Campos
 Vanessa Frighetto Bonatto
 Suimara Santos

Maicon Daniel Chassot
 Evelyn Tavares Alves
 Djulia Andriele Wachter
 Maialu Ramos Pinto Martino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051211>

CAPÍTULO 12..... 110

**HIGIENE CORPORAL EM PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS:
 AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS**

Raquel Adjane de Magalhães Machado
 Rejane Silveira de Campos
 Elisiane de Oliveira Machado
 Simone Thais vizini
 Suimara Santos
 Maicon Daniel Chassot
 Fernanda dos Reis
 Fabio Silva da Rosa
 Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner
 Christian Negeliskii
 Djulia Andriele Wachter
 Evelyn Tavares Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051212>

CAPÍTULO 13..... 122

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/
 EMERGÊNCIA AO PACIENTE SUICIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA
 LITERATURA**

Ana Carolina Lisboa Caldas
 Allan Vitor da Silva Gonçalves
 Camila Gabriele da Silva Pinheiro
 Cristiane Costa da Cruz.
 Elber de Souza Billy
 Ingrid Cristina Siraides dos Anjos
 Luana Katellen Costa do Carmo
 Luzia Viana Lisboa
 Rafaela Cristina Marques de Araújo.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051213>

CAPÍTULO 14..... 125

**A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A
 PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

Inês Filipa Martins Duarte
 Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051214>

CAPÍTULO 15..... 133

TROMBOPROFILAXIA EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS EM

INSTITUIÇÃO PÚBLICA EM BELO HORIZONTE

Francisco Diniz Silveira

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Cássia Rodrigues Lima Ferreira

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.13223051215>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 152

ÍNDICE REMISSIVO..... 153

A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA PARA A PRÁTICA DA ADVOCACIA EM SAÚDE NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de submissão: 09/11/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Adriane Nunes Diniz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/7721716299471647>

Silvia Daniela Minossi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/7507040482068836>

Lilian Josiane da Rosa Soares

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<https://lattes.cnpq.br/2781245290523699>

Fernanda dos Reis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0009-0000-1593-0508>

RESUMO: A advocacia do paciente pode ser definida como um conjunto de ações que os enfermeiros tomam a fim de promover o bem estar e acesso aos direitos dos pacientes, bem como as informações para tomadas de decisões. Trata-se de um relato de experiência, dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva (UTI) na prática da advocacia em saúde de um hospital público de referência, em Porto

Alegre. No ambiente da UTI, o enfermeiro defende rigorosamente os desejos e vontades daqueles pacientes que não podem expressar esses desejos, por meio do conhecimento de suas necessidades ou do conhecimento destas a partir do diálogo com a família. Essa atuação assegura fatores, como garantia da qualidade e integralidade do cuidado ao paciente, defesa da atuação autônoma na tomada de decisão pelos pacientes e familiares, além de auxiliá-los no entendimento de seus direitos. O papel dos enfermeiros na advocacia tem sido definido na instituição como a voz dos pacientes, uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde. Servindo como um elo entre o paciente e o ambiente de saúde, podendo contribuir para a qualidade do cuidado, defendendo os direitos dos pacientes e proporcionando segurança na assistência prestada.

PALAVRA-CHAVE: Advocacia em saúde, enfermagem, defesa do paciente.

THE CONTRIBUTION OF THE INTENSIVE NURSE TO THE PRACTICE OF HEALTH ADVOCACY IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Patient advocacy, in Brazil, was proposed as an ethical role for nurses' professional practice with patients and aims to ensure their rights, contributing to their autonomy. This is an experience report of nurses from an intensive care unit (ICU) in the practice of health advocacy at a reference public hospital, in Porto Alegre. In the ICU environment, the nurse rigorously defends the desires and wishes of those patients who cannot express these desires, through knowledge of their needs or knowledge of these through dialogue with the family. This action ensures factors such as guaranteeing the quality and completeness of patient care, defending autonomous action in decision-making by patients and their families, in addition to helping them understand their rights. The role of nurses in advocacy has been defined in the institution as the voice of patients, a way of empowering patients to make decisions and intervening in communication gaps between patients and other health professionals. Serving as a link between the patient and the healthcare environment, contributing to the quality of care, defending patients' rights and providing security in the care provided.

KEYWORDS: Health advocacy, patient advocacy, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A advocacia do paciente pode ser definida como um conjunto de ações que os enfermeiros tomam a fim de promover o bem estar e acesso aos direitos dos pacientes, bem como as informações para tomadas de decisões. Sendo assim, a advocacia em saúde, no Brasil, tem como finalidade favorecer um papel ético do exercício profissional do enfermeiro junto aos pacientes e tem como seu objetivo assegurar os direitos dos pacientes, contribuindo para a sua autonomia^{3,5}. No ambiente da UTI, o enfermeiro defende rigorosamente os desejos e vontades daqueles pacientes que não podem expressar esses desejos, por meio do conhecimento de suas necessidades ou do conhecimento destas a partir do diálogo com a família. Essa atuação assegura fatores, como garantia da qualidade e integralidade do cuidado ao paciente, defesa da atuação autônoma na tomada de decisão pelos pacientes e familiares, além de auxiliá-los no entendimento de seus direitos^{1,7}. A ideia de advocacia do paciente na prática de enfermagem está inserida nas tradições filosóficas de enfermagem e reforçada na formação dos enfermeiros. Nos cuidados de saúde, no entanto, a advocacia tem uma gama de definições, que são contextualmente baseadas: na atuação ou defesa do melhor interesse do paciente; na proteção dos seus direitos garantindo o esclarecimento para suas decisões de saúde em apoio à tomada de decisões e na qualidade do cuidado de enfermagem². A advocacia do paciente, no Brasil, foi proposta como um papel ético do exercício profissional do enfermeiro junto aos pacientes e tem como objetivo assegurar os seus direitos, contribuindo para a sua autonomia. Essa defesa exercida pelo enfermeiro pode ser definida como uma intervenção para ajudar pacientes a obter serviços e benefícios que são de seu direito, facilitando seu cuidado, tratamento e bem-estar.

2 | OBJETIVOS

Descrever as barreiras e os facilitadores no papel dos enfermeiros intensivistas diante das situações que demandam a advocacia do paciente e suas múltiplas interpretações.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, narrativo, do tipo relato de experiência, referente ao papel do enfermeiro diante das situações que demandam a advocacia do paciente dentro de uma unidade de terapia intensiva em um hospital público de referência, em Porto Alegre.

4 | RESULTADO

A advocacia em saúde, pode ser compreendida como o conjunto de ações que buscam reivindicar direitos na saúde de indivíduos e grupos sociais, principalmente os menos favorecidos. E as discussões sobre a advocacia na área da Enfermagem tiveram início por volta da década de 1970, a partir de movimentos sociais que reivindicavam mais autonomia para as pessoas no cuidado à saúde ante as práticas até então vigentes de cuidado paternalista. Tais movimentos, ao buscar direcionar o poder de decisão dos cuidados de saúde para o próprio paciente, provocaram o início das discussões sobre o papel dos enfermeiros como defensores desses direitos, já que, por estarem próximos aos pacientes, seriam os mais indicados para trabalhar com o conceito de empoderamento. Em 1976, a Associação Americana de Enfermagem (American Nurses Association – ANA) reconheceu a advocacia como inerente à prática profissional da Enfermagem. O termo ganhou maior ênfase na década de 1980 nas discussões sobre o processo de trabalho dos enfermeiros, sobre seu maior tempo de permanência nos serviços de saúde, se comparado com os demais profissionais, e sobre a proximidade com os pacientes. Ainda que o conceito de advocacia não esteja claramente definido na Enfermagem, seu exercício está relacionado a: oferecer os subsídios necessários para o alcance da saúde por indivíduos e grupos sociais; defender os direitos dessas pessoas por meio da qualidade do cuidado; e atuar como elo entre os indivíduos ou grupos e os serviços de saúde⁵. A advocacia do paciente é papel extremamente importante dos enfermeiros, sendo essa intervenção necessária quando o enfermeiro avalia que existem possíveis problemas que podem vir a prejudicar o paciente em sua internação. A advocacia, ou defesa do paciente não é um conceito definido, mas aparece desde os primeiros códigos de ética de enfermagem como cuidado ao paciente uma vez que os enfermeiros estão, mais do que ninguém, em contato com os pacientes, e assim devem entender suas necessidades e seus direitos para que possam defendê-los assegurando o melhor cuidado⁴. Na enfermagem, uma série de definições podem ser usadas para descrever a advocacia em saúde, que vão desde agir ou interceder conforme o interesse do paciente, proteção dos direitos do paciente, e uma proteção e conforto para

os pacientes incapazes de se comunicar. As múltiplas interpretações da advocacia em saúde podem tornar mais difícil a análise do papel do enfermeiro como um defensor. Em um estudo sobre o papel do enfermeiro durante as decisões de tratamento do câncer, foram descritos seis papéis de enfermagem, que incluem: informante da equipe multidisciplinar, educador do paciente, advogado do paciente, gestão de efeitos colaterais, provedor de apoio psicológico e avaliador dos resultados. Os enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como membros de uma equipe de cuidado, atuam de forma crucial no cuidado do paciente internado nessas unidades e também dão suporte a seus familiares. Essa atuação na advocacia dos pacientes assegura fatores, como garantia da qualidade e integralidade do cuidado ao paciente, defesa da atuação autônoma na tomada de decisão pelos pacientes e familiares, além de auxiliá-los no entendimento de seus direitos². A decisão dos enfermeiros, especialmente os que atuam em UTI, em defender seus pacientes, deve-se ao fato de esses profissionais entenderem que os pacientes apresentam-se em situação de vulnerabilidade, já que nessas unidades existe a necessidade de cuidados especializados em função da condição crítica em que o paciente se encontra e pela grande influência de tecnologias integradas aos cuidados de enfermagem. Ainda, na UTI, o enfermeiro torna-se referência do cuidado tanto para o paciente como para a sua família, devido à maior proximidade entre eles e por fim, evidencia-se a importância da comunicação interpessoal do enfermeiro que realiza cuidados de saúde na UTI, seja com o médico, equipe de enfermagem, outros profissionais ou com pacientes e seus familiares. Dentre as barreiras para o exercício da advocacia em saúde pelo enfermeiro intensivista, destaca-se a sobrecarga de trabalho, que também está vinculada às estruturas físicas inadequadas e à falta de profissionais de saúde, sendo que, na ausência de membros da sua equipe, o enfermeiro realiza outras atividades, e isto o afasta de cumprir com qualidade suas ações primordiais de promoção, prevenção e proteção à saúde dos pacientes¹. A sobrecarga de trabalho frequentemente também leva os enfermeiros a enfrentarem problemas morais, especialmente relacionados a sentimentos de impotência e falta de autonomia em relação ao bem-estar dos pacientes e equipe. O enfermeiro, ao prestar cuidados ao usuário, como nas questões em que advoga em seu nome, disponibiliza seus conhecimentos técnico-científicos e responsabiliza-se pela tomada de decisões e por suas ações.

5 | CONCLUSÃO

Podemos concluir com este estudo que devemos conhecer as barreiras e facilitadores encontrados pelos enfermeiros ao desenvolver a advocacia em saúde e o seu papel no âmbito da terapia intensiva, salientando a importância dessa ação para estimular a defesa e a autonomia desses profissionais. Mas não podemos deixar de salientar que as maiores barreiras enfrentadas no trabalho do enfermeiro, na advocacia em saúde, na terapia intensiva, são físicas e materiais, tendo como exemplo a estrutura inadequada,

a falta de recursos humanos e materiais, além da sobrecarga de trabalho. E também devemos mencionar os facilitadores encontrados, sendo que os de maior relevância foram os relacionados aos vínculos construídos entre profissionais e os pacientes, à participação de toda a equipe nas discussões e nas intervenções, garantindo o comprometimento profissional e o acolhimento para a aproximação de enfermeiros com os pacientes e suas equipes. Mas identificamos que a efetivação da advocacia em saúde pelo enfermeiro na terapia intensiva passa pela necessidade de mudança de atitude dos profissionais enfermeiros, assumindo sua autonomia, seus conhecimentos singulares e sua atuação central nos espaços de saúde, buscando associar suas ações de cuidado com a formação de vínculos efetivos e ao fortalecer o trabalho como equipe.

REFERÊNCIAS

1. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. **Advocacy for health equity: a synthesis review.** *Milbank Q* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 10];93(2):392-437. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12112/epd>
2. Luz, K. R. da ., Vargas, M. A. de O., Peter, E., Barlem, E., Viana, R. A. P. P., & Ventura, C. A. A.. (2019). **Advocacy in intensive care and hospitalization by court order: What are the perspectives of nurses?.** *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20180157. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>.
3. Neves FB, Vargas MAO, Zilli F, Trentin D, Huhn A, Brehmer LCF. **Advocacia em saúde na enfermagem oncológica: revisão integrativa da literatura.** DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0106>.
4. Oliveira MAC, Silva TMR. **Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(supl1):748-51
5. Oliveira MAC, Silva TMR. **Health advocacy in nursing: contribution to the reorientation of the Brazilian healthcare model.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 1):700-3. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0615>
6. Vargas, C. P., Vargas, M. A. de O., Tomaszewski-Barlem, J. G., Ramos, F. R. S., Schneider, D. G., & Camponogara, S.. (2019). **Ações de advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas.** *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 53, e03490. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490>
7. Vargas, C. P. ., Vargas, M. A. de O. ., Ramos, F. R. S. ., Brito, M. J. M. ., Barth, P. O. ., & Caram, C. da S. (2022). **Advocacia do paciente por enfermeiros brasileiros no contexto da terapia intensiva.** *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(37), 45–56. <https://doi.org/10.24276/recien2022.12.37.45-56>

AS DIFERENTES POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO AUDITOR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de submissão: 09/11/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Mari Nei Clososki da Rocha

Dayanne Klein Pastoriza

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Márcio Josué Trasel

Denise Oliveira D`Avila

Fabiane Bregalda Costa

Morgana Morbach Borges

Elisa Justo Martins

Bruna Boniatti

Zenaide Paulo silveira

Macon Daniel Chassot

de Enfermagem em 2001, cabendo-lhe privativamente: planejar, dirigir, coordenar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem. O objetivo deste trabalho foi analisar as diferentes possibilidades de atuação do enfermeiro como auditor nos serviços de saúde. A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura e os bancos de dados utilizados foram Scielo e Medline. Foram selecionados 11 artigos para revisão. Os resultados fortaleceram a orientação do enfermeiro como auditor nos serviços de saúde, visto sua liderança e competências à frente da equipe de enfermagem. Concluiu-se que a auditoria é uma ferramenta valiosa de avaliação dos serviços de enfermagem, possibilitando a análise de falhas e orientando ações para a educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria de enfermagem. Enfermagem. Registros de enfermagem. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT- Auditing has become increasingly important in health services, as it facilitates management and guarantees the quality of services provided. From 1993 onwards, the audit gained greater visibility

RESUMO – A auditoria vem se mostrando cada vez mais importante nos serviços de saúde, visto ser uma facilitadora na gestão e na garantia da qualidade dos serviços prestados. A partir de 1993, a auditoria ganhou maior visibilidade quando o serviço foi validado como essencial para avaliação contínua e periódica dos serviços. A profissão do enfermeiro auditor foi regulamentada pelo Conselho Federal

when the service was validated as essential for continuous and periodic evaluation of services. The profession of the nurse auditor was regulated by the Federal Nursing Council in 2001, and is responsible for: planning, directing, coordinating, evaluating, providing consultancy, auditing and issuing an opinion on nursing services. The goal of this work was to analyze the different possibilities for nurses to act as auditors in health services. The methodology used was a literature review and the databases used were Scielo and Medline. Eleven articles were selected for review. The results strengthened the orientation of nurses as auditors in health services, given their leadership and skills at the head of the nursing team. It was concluded that the audit is a valuable tool for evaluating nursing services, enabling the analysis of failures and guiding actions for continuing education.

KEYWORDS: Nursing audit. Nursing. Nursing records. Quality of health care.

1 | INTRODUÇÃO

A auditoria vem se mostrando cada vez mais importante nos serviços de saúde, visto ser uma facilitadora na gestão e na garantia da qualidade dos serviços prestados. A palavra auditoria tem sua origem no verbo latino *audire*, que significa “ouvir”. Na língua inglesa, *audit* traz um significado mais complexo: examinar, corrigir e certificar (FABRO et al., 2020).

A auditoria surgiu no início do século XX, nos Estados Unidos, na área da saúde, como importante ferramenta na análise de prontuários, com finalidade de mensurar a qualidade da assistência prestada ao paciente. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei 8080/1990 estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), visando fortalecer as práticas do SUS e garantir acesso de qualidade dos serviços ofertados aos usuários. A partir de 1993, a auditoria ganhou maior visibilidade quando o serviço foi validado como essencial para avaliação contínua e periódica dos serviços (ALVES, BANASZESKI, 2021).

Segundo o COFEN, resolução 720 de 15 de maio de 2023, a Auditoria de Enfermagem é o conjunto de atividades exercidas com o objetivo de promover a segurança assistencial em todos os níveis de saúde nos seus múltiplos aspectos para possam refletir de forma coesa na promoção da saúde e satisfação do paciente /cliente.

A auditoria em enfermagem é uma avaliação sistemática da qualidade dos processos de trabalho da equipe, utilizando-se dos registros de enfermagem nos prontuários, como documentação legal. Sua aplicação deve ter caráter educacional e ter a finalidade de identificar problemas e fragilidades, possibilitando apontar sugestões, possíveis resoluções e implementação de ações que visem a melhoria de processos.

A profissão do enfermeiro auditor foi regulamentada pelo conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 05 de outubro de 2001, por meio da Resolução N°266, cabendo-lhe privativamente: planejar, dirigir, coordenar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem. Na atuação do seu trabalho, o enfermeiro atua diretamente na liderança, tendo a auditoria como uma atividade

inerente para monitorar as ações e os indicadores nos diferentes níveis de complexidade de atuação. Em 15 DE MAIO DE 2023, a resolução COFEN N° 720 normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria.

A auditoria em saúde pode ser classificada de diferentes modos, de acordo com os objetivos que se quer alcançar. Quanto ao modo de intervenção, pode ser do tipo interna, quando é realizada pela própria instituição ou externa quando é realizada por pessoas que não atuam na instituição. Quanto ao modo de execução e análise, pode ser preventiva, quando é realizada antes da prestação do serviço, visando a identificação de possíveis falhas que podem afetar a qualidade da assistência; operacional, quando é realizada após o episódio auditado, com finalidade de avaliar a eficiência e eficácia dos serviços prestados, com objetivo de melhorar o desempenho e a produtividade; concorrente, quando é realizada concomitante ao processo de assistência ou serviço, fazendo uma análise em tempo real da qualidade da assistência prestada. Na auditoria analítica, as constatações ocorrem pela análise de dados estatísticos e documentos, com a finalidade de redirecionar ou reorganizar processos. A auditoria de contas verifica a conformidade das cobranças hospitalares relacionadas aos serviços prestados (FABRO et al., 2020).

Diante de todas estas modalidades de auditoria na área da saúde, podemos perceber a importância do enfermeiro atuando como auditor, visto seu conhecimento e liderança frente aos serviços de saúde.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir de material já publicado (GIL, 2010), e que tem como objetivo mostrar a importância do enfermeiro na função de auditor.

Foram realizadas buscas da bibliografia ao longo dos meses de maio a agosto de 2023 utilizando os bancos de dados da Scielo e Medline. Foram utilizados como critérios de inclusão os seguintes descritores: Auditoria de enfermagem. Enfermagem. Registros de enfermagem. Qualidade da assistência à saúde.

A busca resultou em 20 artigos publicados no período de 2018 a 2023 (últimos seis anos), dos quais 11 estavam relacionados com a temática auditoria de enfermagem e, por isso, foram utilizados neste trabalho. As obras científicas foram organizadas em um instrumento de avaliação de dados contendo o ano, título, autores, objetivo principal do estudo e conclusão.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas pela transcrição das informações obtidas na bibliografia levantada, respeitando e preservando o nome do autor da pesquisa primária. Os artigos estão organizados em forma de quadro para melhor visualização dos resultados (Quadro 1).

3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os artigos analisados estão descritos no quadro 1 (um). Os resultados foram discutidos em quatro tópicos: **Auditoria de Enfermagem. Enfermagem. Registros de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde.**

ANO	TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	CONCLUSÃO
2018	A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar	PERTILLE, F.; ASCARI, R.A.; OLIVEIRA, M.C.B.	Analisar a produção científica nacional sobre os registros de enfermagem e sua relação direta com o faturamento hospitalar.	Os registros de enfermagem expressam a qualidade da assistência dispensada ao paciente, repercutem no faturamento da conta hospitalar. Ressalta a importância da educação permanente nos registros de enfermagem.
2018	Atribuições do enfermeiro auditor e sua importância no centro cirúrgico: revisão bibliográfica	ITACARAMBI, L.R.; et al.	Investigar as atribuições do enfermeiro auditor no centro cirúrgico voltadas à qualidade da assistência.	O enfermeiro auditor tem papel de liderança frente à equipe cirúrgica e deve estar atento às demandas, realizando ações educativas para promoção das melhorias dos serviços de saúde.
2019	Impacto das inconformidades dos registros de enfermagem no contexto das glosas hospitalares	SPIGOLON, D.N.; et al.	Descrever o impacto da inconformidade dos registros de enfermagem no contexto das glosas hospitalares.	Mostra a importância no uso de estratégias como a aplicabilidade da auditoria concorrente para reduzir as glosas hospitalares e proporcionar melhorias da qualidade nos cuidados de enfermagem.
2019	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário	SILVA, V.A.; et al.	Analisar a qualidade dos registros de enfermagem em prontuários.	A qualidade dos registros de enfermagem atende parcialmente as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem. Necessidade de educação permanente para a excelência destes registros.
2020	A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria	PINTO, M.C.; SILVA, L.S.; SOUZA, E.A.	Analisar a importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria.	O processo de auditoria ainda encontra muita fragilidade nas informações encontradas nos registros de enfermagem, o que acarreta grandes prejuízos.
2020	Atuação do enfermeiro auditor nos processos de órteses e próteses e materiais especiais	MENDIETA, G.A.; et al.	Descrever o papel do enfermeiro auditor nos processos que envolvem Órtese, Prótese e Material Especial (OPME), em ambiente hospitalar público ou privado.	A atuação do enfermeiro auditor nos processos de OPME é primordial para que se cumpram todas as etapas do processo. Constatou poucas publicações sobre a temática
2020	Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária	FABRO, G.C.R.; et al.	Refletir acerca da auditoria em saúde como instrumento para qualificar a assistência.	Os resultados das auditorias oferecem oportunidade para reforçar o caráter educativo e mudança de práticas, principalmente por serem contínuas e sistemáticas.

2020	Gestão de custos assistenciais em operadoras de planos de saúde: interface com auditoria do cuidado	MAYER, B.L.D.; BANASZESKI, C.L.	Identificar estratégias utilizadas na gestão de custos assistenciais com interface na auditoria do cuidado.	O enfermeiro é o profissional que pode realizar a auditoria voltada à qualidade do cuidado e a auditoria quando associada à tecnologia, protocolos, instrumentos avaliativos, mostra-se mais efetiva.
2021	A atuação da auditoria do Sistema Único de Saúde em um estado brasileiro	COSTA, T.D.; SILVA, A.D.L.; MELO, A.C.C.	Descrever a atuação da auditoria do Sistema Único de Saúde em um estado brasileiro.	A percepção dos profissionais auditores denota a importância da auditoria na contribuição para os serviços de saúde.
2021	Gerenciamento hospitalar e auditoria das anotações de enfermagem: revisão integrativa	SILVA, P.L.N.; et al.	Investigar o gerenciamento hospitalar quanto a auditoria das anotações de enfermagem.	A efetivação da auditoria de enfermagem facilita a avaliação da assistência oferecida, sendo as anotações de enfermagem fontes de dados de investigação na sua execução e lucro hospitalar.
2021	O uso da auditoria como instrumento de melhoria para a assistência de enfermagem	ALVES, W.F.P.; BANASZESKI, C.L.	Conhecer e discutir os principais benefícios e desafios para a assistência de enfermagem ao utilizar a auditoria como instrumento de melhoria nas publicações científicas.	A auditoria como ferramenta para avaliar as não conformidades e atuar sobre fragilidades, torna os processos assistenciais mais seguros.

Quadro 1. Descrição dos artigos.

Fonte: Scielo e Medline, mai. 2023/ago.2023.

No geral, os artigos destacam o papel do profissional enfermeiro como auditor frente aos serviços de saúde. Salientam também a importância da auditoria nos registros em prontuários, norteados ações de melhorias na assistência de enfermagem, em caráter educativo por meio da educação permanente, objetivando segurança e qualidade nos serviços de saúde.

Para atuar como auditor o enfermeiro precisa apresentar um conjunto de funções diferenciadas como:

- Agir dentro de princípios éticos e legais;
- Conhecer os documentos que fazem parte do prontuário do paciente;
- Assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade;
- Ter conhecimento da área em que vai atuar, buscando estar atualizado com as inovações do mercado da área da saúde;
- Conhecer contratos firmados pela instituição e planos de saúde;
- Ser transparente e claro na análise das contas hospitalares;
- Proporcionar que a auditoria realizada seja utilizada como ferramenta gerencial;
- Evitar desperdícios;
- Garantir a satisfação do cliente.

A auditoria é uma área de renovação permanente e requer do enfermeiro auditor que esteja constantemente atualizado nas novidades do mercado na área da saúde, visto que ele terá diferentes atribuições, dependendo do setor e da área em que irá atuar. Independente dos diferentes tipos de auditoria, o objetivo final é o mesmo: qualidade e segurança no atendimento ao cliente. O enfermeiro auditor pode atuar em qualquer unidade de saúde, valendo-se do seu conhecimento sobre as atividades realizadas em cada ambiente.

3.1 AUDITORIA NA SAÚDE PÚBLICA

A saúde é um dos principais setores na economia e tem uma gestão muito complexa, sendo necessário considerar a importância de um planejamento adequado para que ela se mantenha funcionando de forma regular e sustentável. A auditoria como instrumento de qualificação da gestão, conforme definição trazida pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), vem fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de recomendações e orientações, podendo detectar falhas, oportunizando melhorias na gestão para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecido à população. O enfermeiro auditor atuando no SUS, precisa além de conhecimento na área da saúde, ter noções e estreitas relações com as áreas jurídicas, contábeis e estatísticas. Ele vai ser o profissional que vai contribuir para a aplicação correta dos recursos públicos, avaliando a qualidade dos serviços prestados, avaliando contratos, identificando irregularidades e recomendando sugestões para a melhoria dos serviços, considerando sempre a redução de custos (COSTA, SILVA, MELO, 2021).

3.2 AUDITORIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Na auditoria interna ou externa, a atuação do enfermeiro pode estar voltada para a análise de prontuários, os quais são uma importante prova da qualidade do serviço prestado ao paciente. De acordo o artigo 6º da resolução COFEN nº 429 de 08 de junho de 2012, é de responsabilidade dos profissionais de enfermagem o registro no prontuário dos pacientes e em outros documentos próprios da área, seja em papel ou eletrônico, tudo que se diz respeito ao processo de enfermagem sendo considerado a ética e os aspectos legais (COFEN, 2012). Todos os cuidados relacionados ao paciente deveriam estar descritos nos prontuários. O prontuário é um instrumento de compartilhamento de informações e orientações entre a equipe multidisciplinar, direcionando as ações e tomadas de decisões necessárias para a assistência que será prestada a este paciente. No prontuário do paciente é possível avaliar sistematicamente a assistência detalhada, realizada pela equipe de enfermagem, permitindo que se façam melhorias nas ações assistenciais e nos dados registrados, que na maioria das vezes são deficientes, justificados por falta de tempo, estresse, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional ou até

mesmo pelo desconhecimento da importância desta atividade (SILVA, et al., 2019). Neste momento, verificamos a importância da educação permanente, capacitando a equipe para a realização adequada dos registros, e com isto valorizando o trabalho da enfermagem. É por meio de todas estas informações, que o enfermeiro auditor avalia não só o cuidado prestado, mas também os gastos provenientes dos serviços de saúde, adotando diretrizes para avaliação, acreditação, certificação e redução de custos hospitalares.

3.3 AUDITORIA NO CENTRO CIRÚRGICO (CC)

Outra função do enfermeiro auditor se dá no Centro Cirúrgico, cujo setor tem fundamental importância para o funcionamento de um hospital. É uma área de alta complexidade, com grande rotatividade de pacientes e colaboradores, que atende procedimentos eletivos e emergenciais e é composto por materiais e equipamentos de alta tecnologia e de valores consideráveis, exigindo avaliação criteriosa de todo o processo que envolve o ato cirúrgico. A sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) nesta área, envolve todo o registro do cuidado ofertado ao paciente desde o período pré-operatório até o pós-operatório (ITACARAMBI, et al., 2018). A auditoria em CC envolve a análise e solicitação prévia de materiais, uso de sala cirúrgica, autorização dos planos de saúde, avaliação dos registros da SAEP, da ficha anestésica, da descrição cirúrgica, da ficha de débitos do procedimento, do uso da sala de recuperação anestésica e do controle de materiais de alto custo que são utilizados com grande demanda nos procedimentos cirúrgicos que são as OPME (Órteses, próteses e materiais especiais).

A preocupação dos gestores das instituições em saúde é atender, com efetividade e eficácia, garantindo a qualidade da assistência prestada ao cliente, mantendo uma relação custo-benefício, a qual onera o setor financeiro, exigindo organização, conhecimento do fluxo do processo e habilidade para gerir com imparcialidade os assediadores (fornecedores e fabricantes) que desejam induzir profissionais ao direcionamento de solicitação de seus produtos, tornando desleal as concorrências dos materiais com melhores qualidade. Estes materiais necessitam de monitoramento especializado visando minimizar possíveis erros e custos elevados tanto para a instituição como para o usuário, necessitando um controle rigoroso no seu preparo, utilização, conferência, devolução e finalmente o faturamento (MENDIETA, et al., 2020). Frente a estes dados verificamos a importância dos registros adequados de toda a equipe que atua nesta área e do conhecimento e influência do enfermeiro auditor em CC, orientando o processo de assistência segura ao paciente, o preenchimento correto dos documentos pertinentes ao procedimento e o uso adequado dos insumos.

3.4 AUDITORIA NAS GLOSAS HOSPITALARES

Os registros de enfermagem, servindo como documento legal do atendimento ao paciente, têm grande valor como fonte de investigação, comprovando a utilização do material ou realização de um procedimento. Muitas vezes são observadas inconsistências nesses registros, desde falta de algum documento importante no prontuário, como coisas banais que deixam de ser registradas, como: tempos de sala, uso de oxigênio, permanência em sala de recuperação, medicamentos e cuidados que não são checados, uso de materiais que não são justificados, realização de exames sem a solicitação adequada, rasuras nos documentos e uso excessivo de materiais, levando ao desperdício e que acabam impactando financeiramente uma instituição. Os valores verificados nas contas hospitalares devem ser vistos como um processo do gerenciamento dos custos hospitalares. Cada conta é analisada com a finalidade de verificar se existe algo fora do contexto. As glosas nas organizações de saúde são definidas pelo não pagamento de algum item da conta por falta de comunicação do que foi ofertado previamente, com a operadora de saúde, seja pelo SUS ou operadoras de planos de saúde particulares (SPIGOLON, et al., 2019). As glosas em auditoria se classificam em:

- **Administrativas:** relacionada com o processo interno, motivada por falhas operacionais, como ausência de assinaturas, preenchimento incorreto de documentos, erros de digitação, entre outros.
- **Técnicas:** apresentação de valores dos serviços vinculados à assistência prestada ao paciente (pela equipe interdisciplinar).

A falta desses pagamentos pode ser evitada pelo uso de um sistema de normas detalhadas, uma comunicação eficiente e uma gestão consciente dos recursos. O enfermeiro auditor atuando no processo das contas hospitalares, exerce influência na educação e aperfeiçoamento permanente, buscando orientar o processo da assistência, o preenchimento correto de instrumentos, a contenção dos insumos, levantando inclusive valores dos produtos e procedimentos, visando sensibilizar as equipes que atuam no atendimento destes pacientes (PINTO, SILVA, SOUZA, 2020).

A auditoria em saúde em suas diferentes aplicabilidades oportuniza avaliar a prática da assistência, monitorando indicadores, orientando onde podem ser realizadas melhorias, promovendo mudanças nos comportamentos da equipe, com a finalidade de alcançar assistência qualificada e segura.

Frente a estes exemplos de atuação do enfermeiro auditor, podemos perceber que todas as funções têm o mesmo objetivo, qualidade da assistência prestada ao paciente, mantendo sua segurança com o menor custo possível.

Para isto o enfermeiro auditor, sendo líder de equipe e apresentar conhecimento específico da área assistencial, precisa ter uma visão holística sobre a assistência prestada, mudar paradigmas em relação à auditoria de enfermagem, que ainda reforçam

a tendência de acreditar que a finalidade da auditoria se restringe à custos hospitalares, quando na verdade é um conjunto de ações voltadas para a segurança do paciente, com um atendimento adequado e padronizado dos serviços de enfermagem, onde as ações corretivas realizadas não sejam associadas a ações punitivas.

Os registros em prontuário do paciente são indispensáveis para a auditoria e o enfermeiro auditor precisa tornar-se um educador permanente na orientação dos profissionais da equipe de enfermagem, para que os cuidados e os registros da assistência estejam adequados às normas da organização da saúde.

4 | CONCLUSÃO

Os registros de enfermagem são importante fonte de dados da assistência realizada ao paciente. Quando estão adequadamente documentados, permitem uma comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar, favorecendo a elaboração de um plano de cuidados efetivo.

Muitas vezes, acontecem inconsistências e/ou ausência de informações que comprovem a garantia da assistência prestada ou a continuidade do cuidado. Isto implica em aspectos que fragilizam a confiabilidade da assistência realizada. Neste momento salienta-se a importância da auditoria como instrumento de gestão e do profissional enfermeiro na função de auditor, analisando os dados, orientando as ações educativas, buscando comprovar a qualidade dos serviços prestados pela instituição, voltados sempre para a segurança do paciente e a redução dos custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

ALVES, W. F. P. ; BANASZESKI, C. L. O uso da auditoria como instrumento de melhoria para a assistência de enfermagem. **Caderno saúde e desenvolvimento**. UNINTER. v.10 n.18 (2021). Disponível em : <<https://www.cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/1637>> Acesso em: 05 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP**. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>> Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Auditoria**. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/audsus/sna> > Acesso em: 30 mai. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução N. 720**, de 15 de maio de 2023. Normatiza a atuação do enfermeiro em Auditoria. Disponível em: < <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/resolucao-cofen-n720-15-maio-2023.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2023.

COSTA, T. D.; SILVA, A. D. L.; MELO, A. C. C. A atuação da auditoria do Sistema Único de Saúde em um estado brasileiro. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2021;34:11072 . DOI: 10.5020/18061230.2021.11072 . Acesso em: 05 ago. 2023.

FABRO, G. C. R. et al. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **Cuid Enferm.** 2020 jul.-dez.; 14(2):147-155. Acesso em: 06 ago. 2023.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010, p. 1-175.

ITACARAMBI, L. R. et al. Atribuições do enfermeiro auditor e sua importância no centro cirúrgico: revisão integrativa. **Espac. Saúde.** 2022;23:e819 . Doi 10.22421/1517-7130/es.2022v23.e819 © 2018 - ISSN 15177130 . Acesso em: 22 jul. 2023.

MAYER, B. L. D.; BANASZESKI, C. L. Gestão de custos assistenciais em operadoras de planos de saúde: interface com auditoria do cuidado. **Revista Nursing,** 2020; 23 (264): 3952-3958. <DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3952-3965>> Acesso em: 12 ago. 2023.

MENDIETA, G. A. et al. Atuação do enfermeiro auditor nos processos de órteses e próteses e materiais especiais. **Revista Nursing,** 2020; 23 (264): 3938-3944. DOI: < <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3938-3951> > Acesso em: 25 jul. 2023.

PERTILLE, F.; ASCARI, R. A.; OLIVEIRA, M. C. B. A importância dos registros de enfermagem no faturamento hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, 12(6):1717-26, jun., 2018. < <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234419p1717-1726-2018> > Acesso em: 10 ago. 2023.

PINTO, M. C.; SILVA, L. S.; SOUZA, E. A. A importância dos registros de enfermagem no contexto avaliativo da auditoria. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR,** Umuarama, v. 24, n. 3, p. 159-167, set./dez. 2020 . ISSN 1982-114X . Acesso em: 08 ago. 2023.

SILVA, P. L. N. et al. Gerenciamento hospitalar e auditoria das anotações de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Nursing,** 2021; 24 (282) 6397-6402 . Acesso em: 05 ago. 2023.

SILVA, V. A. et al. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enferm. Foco** 2019; 10 (3): 28-33 . Acesso em: 02 ago. 2023.

SPIGOLON, D. N. et al. Impacto da inconformidade dos registros de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Cienc Cuid Saude** 2019 Jan-Mar 18(1) e44748. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v18i1.44748 . Acesso em: 08 ago. 2023.

ELOGIO: UMA ESTRATÉGIA PARA A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Data de aceite: 01/12/2023

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1024379701363422>

Josiele de Lima Neves

Professora substituta da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de
Pelotas, Pelotas – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1375862013059196>

Karema da Conceição Pereira Carginin

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9344359560348102>

Mateus Cechet

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5532910690562513>

Thainá Melo da Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3514988856976856>

Juciane Aparecida Furlan Inchauspe

Professora da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul/UFRGS, Porto Alegre-Rio Grande do
Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5386588033374524>

RESUMO: relatar a repercussão do elogio para os técnicos de enfermagem no ambiente de trabalho. **Método:** relato de experiência, desenvolvido em uma unidade de internação clínico-cirúrgica de um hospital universitário, no período de março a julho de 2023. **Resultados:** A utilização do elogio para os profissionais repercutiu em melhores resultados da pesquisa de experiência do paciente, motivação dos profissionais e trabalho em equipe, o que resulta em um cuidado com segurança e qualidade. **Considerações Finais:** o estudo demonstrou que o elogio pode motivar os profissionais e, paulatinamente, contribui para que a cultura de gentileza seja incorporada no ambiente de trabalho. **PALAVRAS-CHAVE:** Satisfação no Trabalho. Equipe de Enfermagem. Motivação.

COMPLIMENT: A STRATEGY FOR PROFESSIONAL SATISFACTION

ABSTRACT: report the impact of compliment on nursing technicians in the work environment.

Method: experience report, developed in a clinical-surgical inpatient unit of a university hospital, from March to July 2023. **Results:** The use of compliment for professionals resulted in better results from the patient experience survey, motivation of professionals and teamwork, which results in safe and quality care. **Final Considerations:** the study demonstrated that compliment can motivate professionals and, gradually, contributes to the incorporation of a culture of kindness into the work environment.

KEYWORDS: Job Satisfaction. Nursing Team. Motivation.

1 | INTRODUÇÃO

A satisfação no ambiente de trabalho é um processo subjetivo, complexo, dinâmico, podendo estar associado a um conjunto de fatores emocionais, influenciado pela percepção e necessidades pessoais, sendo variável para cada indivíduo. Ademais, a satisfação pode refletir na qualidade de vida do profissional e no serviço prestado ao paciente (SARTORETO; KURCGANT, 2017).

Compreende-se que muitos fatores podem influenciar na satisfação do trabalho, como a realização pessoal, o reconhecimento, o trabalho em si, a responsabilidade (MARTINS; SANTOS, 2006). Adicionalmente, constatou-se que a maior fonte de satisfação da enfermagem está relacionada a poder ajudar as pessoas, pois ao prestar o cuidado, o profissional se sente útil e estimulado pelo que realiza (GALLO, 2005; MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Ao percorrer a literatura, estudo realizado no Reino Unido em 54 hospitais, analisou 1.267 cartas de elogios, buscando compreender quais práticas estavam sendo elogiadas pelos pacientes (GILLESPIE; READER, 2021).

Dentre as práticas elogiadas, 77% estavam associadas à qualidade do relacionamento entre paciente e a equipe, logo, a maioria dos elogios ponderava profissionais atenciosos, gentis, simpáticos e empáticos. Para além desses elementos, a boa comunicação e o respeito aos direitos dos pacientes também foram elencados (GILLESPIE; READER, 2021).

Corroborando com a literatura, entende-se que o elogio pode ser uma estratégia que possibilite a satisfação dos profissionais no trabalho, a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, fortalecimento da relação de confiança entre paciente e equipe. Diante disso, este estudo teve como objetivo relatar a repercussão do elogio para os técnicos de enfermagem no ambiente de trabalho.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizado por enfermeiras (os), membros da equipe, em uma unidade de internação clínica-cirúrgica adulto, de um hospital universitário

do Sul do Brasil, durante o período de março a julho de 2023.

Foram realizadas reuniões de curta duração, de aproximadamente 10 minutos, com os técnicos de enfermagem. Nestes encontros foram apresentados os *feedbacks* dos pacientes da pesquisa de experiência do paciente. Além disso, as lideranças apontaram o conjunto de ações que resultou naquela avaliação favorável do paciente internado.

Ademais, *feedbacks* com críticas e apontamentos de melhorias, também foram trabalhados com os técnicos de enfermagem, na premissa de diminuir as fragilidades no ambiente de trabalho e buscar o aprendizado através das sugestões elencadas.

Outros resultados da pesquisa foram às avaliações qualitativas dos registros de enfermagem sobre o cuidado realizado ao paciente. Estes registros são avaliados por um grupo de enfermeiras da instituição e, após as avaliações, encaminhados os elogios ou sugestões de melhorias para cada técnico de enfermagem através do *e-mail* institucional.

A escuta acolhedora realizada de maneira individual com cada profissional, também é um momento para dialogar sobre o bom andamento do processo de trabalho e oportuniza as lideranças locais elogiar individualmente cada profissional.

3 | DESENVOLVIMENTO

No contexto em estudo, as lideranças da unidade conduziram esse processo de valorizar os elogios atribuídos à equipe de enfermagem, buscando manter uma escuta acolhedora, respeitosa, envolvendo todos os profissionais, observando melhor a satisfação da enfermagem no trabalho e, alicerçando, mesmo que de maneira incipiente, a consolidação de um ambiente que promova o desenvolvimento de uma cultura de gentileza.

Nos Estados Unidos, o modelo *Triple Aim*, desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), descreve novas abordagens visando aperfeiçoar o desempenho dos sistemas de saúde, sustentado por três pilares: melhorando a experiência do paciente, melhorando a saúde da população, reduzindo o custo per capita dos cuidados em saúde e, atualmente está sendo discutida a possibilidade de incluir o quarto vértice, que discorre sobre a satisfação dos profissionais em relação ao seu processo de trabalho (IHI, 2022).

A investigação de Lapaine (2021), que aplicou o *Quadruple Aim* em um hospital canadense, desenvolveu a “cultura de gentileza” entre os funcionários, incentivando as equipes a incorporarem em suas rotinas atividades e metodologias que estimulem o processo de gentileza e bondade entre as diferentes categorias profissionais.

Em síntese, a aplicação do *Quadruple Aim* nessa instituição demonstrou melhor envolvimento dos funcionários no seu processo de trabalho, aumentando a confiança na liderança, melhorando os escores de experiência do paciente e reduzindo custos (LAPAINE, 2021).

Conforme citado, assim como os pacientes precisam ser motivados para se envolverem nos seus cuidados, os profissionais também precisam ser estimulados, para

que esse processo de parceria e tomada de decisão entre profissionais e pacientes ocorra com sucesso.

Observa-se na presente pesquisa, a satisfação dos profissionais quando recebem um elogio, seja através da pesquisa de experiência do paciente, do *feedback* dos registros de enfermagem, motivando-os para aprimorar cada vez mais seu processo de trabalho.

Destaca-se a importância de incorporar nas rotinas das lideranças, momentos para fornecer elogios aos profissionais, desenvolver a cultura de gentileza entre a equipe e que o momento de diálogo, não seja apenas para apontar as fragilidades.

Estudo realizado na Turquia, sobre a satisfação no trabalho de médicos e enfermeiros, tendo sido associada significativamente à remuneração, ao trabalho em equipe e seu gerenciamento (ZIKUSOOKA; ELCI; ÖZDEMİR, 2021). Por conseguinte, entende-se que o investimento nos profissionais pode contribuir para um cuidado de qualidade aos pacientes, com fortalecimento da segurança e do envolvimento do paciente.

Para além do incentivo financeiro, dentre os diversos fatores que impactam na construção de competência para desempenhar sua atividade laboral, está a sua satisfação com o trabalho executado e o ambiente em que é desenvolvido.

Estar em um espaço onde se preza por diálogo, desenvolvimento de uma cultura de gentileza e valorização de conhecimento e habilidades técnicas têm impacto positivo na satisfação com o ambiente de trabalho (ALMARWANI; ALZHRANI, 2023). Estas características têm algo em comum: podem ser desenvolvidas utilizando o elogio como estratégia para sua construção.

Autores apontam o valor intangível do reconhecimento profissional pelos gestores em saúde. Tal reconhecimento reflete no bem-estar do colaborador, pois repercute na saúde mental, melhora a produtividade e maior motivação para realizar as tarefas (AMORIM *et al.*, 2017).

Por conseguinte, poderá contribuir para que a equipe de enfermagem realize a assistência com mais ânimo, o que facilita o relacionamento interpessoal no trabalhando em equipe e, sobretudo na qualidade do cuidado aos pacientes.

4 | CONCLUSÃO

Para que o fortalecimento dos vínculos interpessoais se consolide é fundamental a incorporação do diálogo como ferramenta balizadora para a qualidade do serviço.

Nesta conjuntura, a prática do elogio reforça a valorização do profissional, que o apodera da sua real importância durante a experiência de internação hospitalar dos pacientes, contribuindo para a satisfação no trabalho, com consequente projeção da cultura de gentileza no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMARWANI, A.M.; ALZHRANI, N.S.; Factors Affecting the Development of Clinical Nurses' Competency: A Systematic Review. **Nurse Education in Practice**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103826>. Acesso em:

AMORIM, L.K.A, SOUZA, N.V.D.O.; PIRES, A.S.; FERREIRA, E.S.; SOUZA, M.B.; VANK, A.C.R.P. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. *Revist Enfermagem UFPE online*, v.11, n.5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201722>. Acesso em: 15 Jul. 2023

GALLO, C.M.C. **Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação o trabalho de uma equipe de enfermagem**. 2005. 214f. Dissertação-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/RS.

GILLESPIE, A.; READER, T.W. Identifying and encouraging high-quality healthcare: an analysis of the content and aims of patient letters of compliment. **BMJ Quality & Safety**, v.30, n.6, p.484-492, 2021. Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Acesso em: 10 Jul. 2023

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). The IHI Triple Aim. Disponível em: <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Acesso em: 4 Mar. 2023.

LAPAINÉ, M. Embracing the Quadruple Aim: One hospital's experience. **Healthcare Management Forum**, v. 34, n. 1, p. 26-28, 2021. Disponível em: [10.1177/0840470420942791](https://doi.org/10.1177/0840470420942791). Acesso em: 12 abr. 2023.

MARTINS, M.C.F.; SANTOS, G.E. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **PsicoUSF**, v. 11, n. 2, p. 195-205, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712006000200008>. Acesso em: 07 Jun. 2023.

MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA, P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.4, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400026>. Acesso em: 04 abr. 2023.

SARTORETO, I.S.; KURCGANT P. Satisfação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira Ciências Saúde**, v.21, n.2, p.181-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n2.23408>. Acesso em: 09 jul. 2023.

ZIKUSOOKA, M.; ELCI, O.C.; ÖZDEMİR, H. Job satisfaction among Syrian healthcare workers in refugee health centres. **Human Resources For Health**, v. 19, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00685-x>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2023

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico da Guarda
Unidade de Investigação UICISA:E
<https://www.cienciavtae.pt/portal/0610-9D3E-000F>
<https://orcid.org/0000-0001-7478-9567>

Teresa Silveira Lopes

Escola Superior de Saúde de Viseu –
Instituto Politécnico de Viseu
Ciência vitae C81F-B8C4-CDAD
<https://orcid.org/0000-0003-1920-3054>

RESUMO: A supervisão clínica engloba o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais visando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios clientes e a satisfação profissional sendo desenvolvida por pares e implicando processos de colaboração; mediação; partilha e reflexão conjunta. O supervisor desafia o supervisionado para que este se comprometa com o seu processo de ensino aprendizagem e com a aquisição e desenvolvimento de competências, agindo e refletindo de forma ponderada, realista e construtiva, tendo por base os referenciais

da profissão de Enfermagem. Procura servir de guia orientador e desenvolver uma relação mediadora e cooperante, em que se ajustam constantemente as estratégias e o ritmo em função das necessidades do supervisionado e servir como modelo de referência para o processo de consolidação da identidade pessoal e profissional do supervisionado. A supervisão clínica é então considerada como um meio facilitador para a otimização do desempenho do estudante em enfermagem, uma vez que implica a compreensão do mesmo nos seus diferentes níveis de desenvolvimento em relação às atividades que têm para desenvolver.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, supervisão clínica, formação profissional

ABSTRACT: Clinical supervision encompasses the monitoring and development of professional skills aimed at the quality of care provided, the safety of clients themselves and professional satisfaction, being developed by peers and involving collaborative processes; mediation; sharing and joint reflection. The supervisor challenges the supervisee to commit to the teaching-learning process and the acquisition and development of skills,

acting and reflecting in a considered, realistic and constructive way, based on the references of the Nursing profession. It seeks to serve as a guiding guide and develop a mediating and cooperative relationship, in which strategies and rhythm are constantly adjusted depending on the needs of the supervisee and to serve as a reference model for the process of consolidating the supervisee's personal and professional identity. Clinical supervision is then considered as a facilitating means for optimizing nursing student performance, as it implies understanding students at their different levels of development in relation to the activities they must develop.

KEYWORDS: nursing, clinical supervision, professional training

INTRODUÇÃO

A área científica de enfermagem implica a interação de profissionais com pessoas vulneráveis, que se encontram a vivenciar processos de saúde-doença e que carecem de cuidados no sentido de os resolverem.

Neste sentido, o processo de cuidar do Outro exige um conjunto de intervenções devidamente planejadas e ancoradas num corpo de conhecimentos científicos que caracteriza a profissão de enfermagem, implicando a responsabilização do estudante para o desenvolvimento de uma prática efetiva.

Mediante tal premissa, o ensino dos estudantes de enfermagem irá exigir um acompanhamento contínuo que vise o esclarecimento pontual de qualquer dúvida surgida e o desenvolvimento das competências necessárias para um desempenho de funções de qualidade e que ofereça segurança para as pessoas que carecem de cuidados.

A supervisão clínica em enfermagem define-se então como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor e o supervisionado, com o objetivo de estruturar a aprendizagem, construir conhecimento e desenvolver competências reflexivas, analíticas e profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Considera-se um processo dinâmico pois centra-se na pessoa e objetivos de desenvolvimento do supervisionado, sendo possível alterar aspetos do processo supervisiivo sempre que uma nova necessidade seja detetada (Chapman, 2017; Martin et al., 2014).

SUPERVISÃO CLÍNICA

A supervisão clínica engloba o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais visando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios clientes e a satisfação profissional sendo desenvolvida por pares e implicando processos de colaboração; mediação; partilha e reflexão conjunta.

A palavra supervisão deriva do latim *super* e *videre*, que traduzem acima ou mais e ver, respetivamente. Corresponde então a ter uma visão “para além de” ou superior ao normal, mais abrangente (Borges, 2013).

A supervisão clínica em enfermagem, enquanto processo sistemático, constrói-

se numa base de reunião regular com o intuito de propiciar uma reflexão crítica, mas não diretiva, sobre questões de trabalho do supervisionado, focada na prática clínica, devidamente planeada, preparada e documentada pelos intervenientes (Chapman, 2017).

Trata-se de um processo interpessoal, pois prevê a existência de pelo menos dois indivíduos: o supervisor clínico e o supervisionado (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Park et al., 2019). O enfermeiro supervisor clínico é responsável pelo processo de supervisão, detendo um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da supervisão clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área e o supervisionado é o sujeito do processo supervisivo que desenvolve competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste processo supervisivo, o profissional de saúde sénior guia e orienta a prática clínica de um profissional menos experiente (Pires et al., 2021; Snowdon et al., 2017).

Deste modo, privilegia-se um ambiente favorecedor do crescimento da pessoa que aprende, como um ser que pensa autonomamente e que é um membro responsável de uma sociedade. Em contexto clínico o estudante aprende com as experiências e vai construindo a sua identidade à medida que vai contactando com outros profissionais. Na realidade portuguesa a supervisão clínica acontece quase sempre de forma direta, em que o supervisor acompanha o supervisionado presencialmente, desenvolvendo uma comunicação assertiva e adequada, esclarecendo dúvidas no momento, com o objetivo de promover a qualidade e a segurança dos cuidados a prestar.

Esta relação interpessoal é provavelmente, o aspeto central para a promoção da mudança e desenvolvimento do supervisionado (Park et al., 2019; Rothwell et al., 2021; Watkins, 2020). A perceção de uma aliança positiva entre supervisor-supervisionado melhora a satisfação com o processo supervisivo, a autoeficácia e conhecimento do supervisionado (Park et al., 2019), sendo que uma relação supervisiva baseada na confiança, na qual o supervisionado reconhece credibilidade e respeita o supervisor, possui espaço para explorar crenças, valores e experiências de ambos e é facilitadora do desenvolvimento pessoal e profissional (Rothwell et al., 2021).

Para tal, o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais acontece com vista à melhoria dos cuidados prestados e a segurança dos envolvidos, sendo premente o estabelecimento de uma relação entre o supervisor e supervisionado onde não predomine a anulação do outro ou assimetrias, procurando-se a participação conjunta e a partilha de experiências.

Na preparação de futuros profissionais de enfermagem, a supervisão clínica assume um papel importante, na medida em que a sua experiência em contexto de trabalho permite uma simbiose entre a teoria e prática, favorecendo a aquisição de competências para uma prática de cuidados segura e tomadas de decisão responsáveis.

Este processo envolve a transmissão de conhecimento aliada à experiência, tanto de supervisor como de supervisionado, verificando-se muitas vezes que a experiência

vivenciada se revela instrutiva para ambos, na medida em que um dos seus princípios se prende com o desenvolvimento do pensamento crítico e das competências de resolução de problemas (Ludke, Almeida e Silva, 2017).

A supervisão clínica visa o desenvolvimento ou *empowerment* da capacidade de análise, avaliação e intervenção mediante uma situação particular, promovendo-se níveis de autonomia e de responsabilização, com implicação direta na qualidade dos cuidados que são prestados pelos enfermeiros e, conseqüentemente, na segurança oferecida aos beneficiários desses mesmos cuidados. Um dos requisitos essenciais para tal prende-se com a criação de um ambiente favorável ao bom desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

Neste sentido, a supervisão clínica traduz-se num processo contínuo de formação em contexto da prática clínica em que o estudante/enfermeiro têm oportunidade de rever as suas práticas e de desenvolver competências e habilidades científicas. Pretende-se desenvolver no estudante uma atitude proactiva na procura de informação e conhecimentos; na capacidade de se autoavaliar e avaliar o contexto onde se desenvolve; no desenvolvimento de sentimentos de confiança e capacidade preditiva em relação a algumas situações, em interajuda com o supervisor e com os colegas de formação sobre as situações vivenciadas, definindo estratégias de intervenção eficazes e adaptativas.

Os seus componentes essenciais passam pela observação, avaliação, retroalimentação e autoavaliação, em associação com a capacidade de instrução, modelamento e resolução de problemas. De acordo com Fonseca (2016), podem considerar-se os seguintes objetivos da supervisão clínica: promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos estudantes; promover o desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos; promover o desenvolvimento de competências profissionais promotoras da *expertise* profissional; facilitar os processos comunicacionais entre os envolvidos no processo supervisivo; promover a prestação de cuidados com qualidade e segurança, minimizando o erro; promover a satisfação profissional; promover a maturação profissional; responsabilizar o estudante pelo seu processo de ensino-aprendizagem e promover o desenvolvimento das competências do supervisor.

Neste seguimento, a supervisão clínica aparece como mediadora dos processos de aprendizagem que se sustenta na definição clara dos objetivos da instituição de ensino; na relação entre a teoria e a prática; na vigilância contínua dos estudantes e na formação dos enfermeiros cooperantes neste processo (Simões, Alarcão e Costa, 2008). Os supervisores assumem um papel fundamental enquanto profissionais experientes, facilitadores de todo o processo de aprendizagem, supervisionando e avaliando os estudantes em ensino clínico, o que implica uma relação de proximidade (Ramos e Nunes, 2017).

Para Macedo (2012, p. 90),

[...] a supervisão proporciona aos enfermeiros, a aquisição de competências ao nível da reflexão *para, na e sobre a acção* [sic] ajudando-os na tomada

de decisão, face aos dilemas da prática, assegurando o desenvolvimento pessoal e profissional, o desenvolvimento da própria organização e, em primeira instância, a qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas.

A preocupação base da supervisão clínica é a promoção de práticas com qualidade, a segurança das pessoas beneficiárias dos cuidados e uma prática reflexiva sobre a ação. Mais importante do que saber, é saber o que fazer com esse saber, sendo a partilha e o estabelecimento de processos mediadores da aprendizagem essenciais para o desenvolvimento de competências.

A qualidade do processo de ensino aprendizagem está dependente do tipo de relações estabelecidas entre os estudantes, professores e profissionais da prática, sendo essencial uma relação de ajuda e acompanhamento para o aumento dos níveis de satisfação dos envolvidos. Mas, para além disto, é importante que existam modelos apropriados a cada contexto.

Um modelo traduz uma matriz explicativa baseada num corpo organizado de conceitos ou ideias que facilitam o processo de pensamento e orientam a ação. Existem diferentes modelos de supervisão “clínica”, sendo que todos oferecem algumas vantagens e revelam algumas fragilidades. A definição de um modelo único e aplicável em qualquer contexto é utópico, carecendo de ser sempre adaptado às características do supervisionado, supervisor e instituição/cliente, com vista ao aperfeiçoamento das intervenções de enfermagem desenvolvidas. Os modelos supervisivos não são isentos de algumas limitações no âmbito da sua efetividade, exigindo-se sempre uma adequação ao contexto, às características dos envolvidos e aos objetivos delineados para o processo formativo, visando a obtenção de resultados efetivos, em termos do processo de ensino aprendizagem, sendo essencial uma comunicação clara entre as instituições de saúde e as escolas.

Segundo Carvalho, Barroso, Pereira, Teixeira, Pinho & Osório (2019), cada modelo supervisivo desenvolve-se segundo eixos estruturantes, nomeadamente: i) contexto; ii) cuidados de enfermagem; iii) desenvolvimento pessoal e iv) supervisão. O contexto refere-se ao ambiente onde os cuidados de enfermagem se desenvolvem, sendo caracterizados por diferentes níveis de complexidade que irão exercer uma influência direta sobre os restantes eixos. Os cuidados de enfermagem focam-se na relação interpessoal estabelecida entre um enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados ou entre um enfermeiro e um grupo de clientes (família ou comunidade), ancorados a um quadro ou crenças e valores específicos de cada um dos envolvidos e em que se promove a proatividade e a capacitação dos clientes na sua responsabilização pela gestão do seu processo de saúde ou doença. O desenvolvimento pessoal está muito relacionado com as características pessoais, com o contexto e a cultura de cuidados aplicada, aliada aos objetivos delineados por cada um, sendo essencial que a pessoa deseje adquirir o máximo de competências, exigindo-se um contexto que seja facilitador e que promova melhorias no processo de ensino-aprendizagem.

No âmbito do processo de formação profissional e, conseqüentemente, aquisição do

desenvolvimento de competências profissionais, a Ordem dos Enfermeiros, tendo por base o regulamento nº 366/2018, defende que é essencial a criação de um modelo ancorado ao reconhecimento e certificação de competências, definindo que a supervisão clínica é

[...] um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor clínico e um ou mais supervisionados, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.

Carlos et al. (2018) citam Schön que defende quatro processos distintos para a formação, nomeadamente: conhecimento na ação (saber fazer); reflexão na ação (pensamento); reflexão sobre a ação; reflexão sobre a reflexão na ação (enquanto processos de pensamento retrospectivos sobre uma determinada situação), referindo que “... o momento da prática de ensino supervisionada é, cada vez mais, assumido como efetivamente essencial no processo de qualificação para a docência e de desenvolvimento profissional, sendo a supervisão pedagógica entendida como um processo de orientação do supervisor em relação ao supervisionado, no sentido da melhoria das práticas” (Carlos et al., 2018: 16).

O ambiente de ensino clínico é um aspeto importante da educação em enfermagem. Os estudantes têm a oportunidade de aplicar as suas habilidades e conhecimentos ao cuidado do cliente, afetando os resultados da aprendizagem, a preparação para a prática e a satisfação do estudante com a profissão, a autoconfiança e a preparação para a prática clínica (Flott & Linden, 2016; Larsson et al., 2023; Zhang et al., 2022). Os desafios que os estudantes enfrentam durante o ensino clínico, afetam-nos de forma direta e molda as suas práticas futuras de cuidar (Subke et al., 2020).

Neste contexto, o primeiro ensino clínico representa um momento de transição do estudantes, estando associado a períodos de maior ansiedade e stress, com diferentes etapas: preparação, ajustamento e adaptação (Aloufi et al., 2021; Younas et al., 2022). Ao longo deste momento transicional o estudante enfrenta desafios afetivos (sentimentos de desadequação profissional, abandono e sensação de impotência) e desafios relacionais (incerteza acerca do papel – percebido e antecipado, negligência do supervisor, dissonância entre estereótipo e realidade, silêncio versus desafios na comunicação) (Younas et al., 2022).

Ao longo dos quatro anos de curso e dos diferentes ensinamentos clínicos realizados, os estudantes vão desenvolvendo competências e adquirindo conhecimentos que os vão tornar mais proficientes no desempenho das suas funções profissionais. No início recorrem mais à imitação, procurando fazer exatamente como viram fazer os profissionais. Posteriormente, visam o desenvolvimento da sua capacidade de autonomia, demonstrando mais iniciativa, maior destreza e à-vontade na realização das diferentes intervenções de enfermagem exigidas. Com o passar do tempo e com a vivência de diferentes situações o estudante vai adquirindo conhecimentos e destreza que o conduzem a um estado de maior

autonomia.

Tendo como desiderato o desenvolvimento de competências e sabendo que se trata de um processo progressivo, qualquer modelo supervisivo pode-se ancorar a uma teoria de enfermagem. Na nossa opinião a teoria de Patrícia Benner, torna-se relevante no campo da supervisão, uma vez que assume a aprendizagem como um processo contínuo e inacabado e defende que a aquisição de saberes e desenvolvimento de competências é gradativa, passando do nível de iniciado a perito.

Para Benner, citada por Diogo et al. (2016), a análise das práticas de enfermagem permite o desenvolvimento de momentos reflexivos na e sobre a ação, sendo que o desenvolvimento do enfermeiro passa por diversas fases, revelando-se um processo pautado por mudanças na sua postura e conduta profissional e pelo desenvolvimento e aquisição de habilidades, com vista a um cuidar de qualidade. Esta mudança surge pela vivência de situações diversas, onde se aplicam os conhecimentos adquiridos ou se procuram novas informações que permitam a resolução das situações identificadas.

A prática vem sempre complementar à teoria, sendo que é no contexto prático que se vivenciam situações complexas que não podem ser totalmente explicadas na teoria. Os supervisionados vão desenvolvendo competências e progredindo por patamares, nomeadamente: *Principiante* – segue as normas e regras como única responsabilidade; vivenciando situações simples; *Principiante avançado* – põe em prática experiências anteriores para tentar resolver situações atuais; *Competente* – traduz o saber fazer e como em função de diferentes níveis de competências; *Eficiente* – faz uma análise da ação e avalia o contributo de várias experiências na tomada de decisão e *Perito* – resolve os problemas, demonstrando capacidade intuitiva e pensamento crítico e reflexivo.

Paulatinamente, fruto de diferentes competências adquiridas pela experiência, e de acordo com as diferentes necessidades de ensino e aprendizagem identificadas, o supervisionado (estudante ou enfermeiro) é capaz de contribuir para uma construção profissional mais ajustada.

Neste sentido as competências englobam o saber saber; o saber fazer e o saber ser e estar e na opinião de Chaves et al. (2017, p. 1169),

[...] o desafio posto é de compreender a supervisão como instrumento estruturado e articulado ao processo de trabalho em saúde e em enfermagem e, deste modo, ser considerada como um espaço estratégico dos sujeitos, que podem reinterpretar e transformar o pensar e o agir na construção da integralidade da atenção à saúde,

exigindo-se que ambos os intervenientes colaborem entre si, no sentido de promoverem momentos significativos de aprendizagem.

CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA

O processo de construção identitária a nível profissional é influenciado diretamente pela atividade profissional desenvolvida, resultando de processos de educação e socialização no trabalho, no contexto institucional, sendo importante distingui-lo do processo de identificação que traduz o reconhecimento da qualidade dos outros, objetivando sobretudo a melhoria dos níveis de autoestima.

Na opinião de Ramos e Nunes (2017), a formação de caráter prático revela-se uma componente essencial no processo de aquisição e integração de conhecimentos dos estudantes, no sentido de desenvolverem competências, assumindo um papel fundamental e estruturante no processo de socialização e de construção identitária, a nível pessoal e profissional.

O desenvolvimento de competências pelo supervisionado e pelo supervisor resultam da articulação entre a teoria de enfermagem e a prática desenvolvida, sobretudo das práticas de âmbito reflexivo associadas e indissociáveis das situações de trabalho e das ações desenvolvidas ao longo de todo o percurso de formação qualificante que caracteriza a enfermagem.

O objetivo central prende-se com a autonomização gradual do supervisionado, sendo desenvolvido com base nos seguintes eixos centrais: ação, reflexão e colaboração. O supervisor desafia o supervisionado para que este se comprometa com o seu processo de ensino aprendizagem e com a aquisição e desenvolvimento de competências, agindo e refletindo de forma ponderada, realista e construtiva, tendo por base os referenciais da profissão de Enfermagem. Procura servir de guia orientador e desenvolver uma relação mediadora e cooperante, em que se ajustam constantemente as estratégias e o ritmo em função das necessidades do supervisionado e servir como modelo de referência para o processo de consolidação da identidade pessoal e profissional do supervisionado.

É um processo essencial na construção da identidade pessoal e profissional dos estudantes, implicando momentos de reflexão e retroalimentação contínuos, baseados em estratégias de orientação e relação de ajuda centradas em graus de exigência e no desenvolvimento de práticas orientadas.

A supervisão clínica é então considerada como um meio facilitador para a otimização do desempenho do estudante em enfermagem, uma vez que implica a compreensão do mesmo nos seus diferentes níveis de desenvolvimento em relação às atividades que têm para desenvolver.

Para Abreu (2007), importa lembrar que o processo supervisivo é constituído por três fases: fase inicial de integração; realização/experimentação e de autonomia ou de processamento. Na primeira fase o foco é mais intenso no supervisionado na medida em que este está muito dependente do supervisor, revela medo e insegurança e é pouco capaz de perceber o processo de enfermagem. É importante que o supervisor clínico

conheça bem o contexto orgânico, demonstre apoio e encoraje o supervisionado a superar as dificuldades sentidas. A segunda fase comporta a ação e a reflexão sobre a ação, proporcionando maior nível de segurança e motivação para a mudança de comportamentos. Pela maior capacidade reflexiva pode dar-se uma maior probabilidade de conflitos, sendo necessário gerir as emoções para que se integrem os conhecimentos e se promova a autonomia do supervisionado. A terceira fase corresponde à autonomia, que resulta dos processos reflexivos desenvolvidos com apreciação crítica e avaliativa dos resultados obtidos. O objetivo é que o supervisionado adquira maior autonomia e desenvolva as suas competências pessoais e profissionais, assumindo o supervisor um papel mais observador e de companheiro.

O estabelecimento de uma relação supervisiva profícua é essencial para o sucesso do processo de ensino aprendizagem. É aceitável que os envolvidos neste processo, manifestem, inicialmente, alguma ansiedade que com o tempo e a convivência se dissipa, transformando-se em cumplicidade.

Neste contexto, a relação supervisiva compreende a relação entre supervisor e supervisionado, sendo essencial que se pautem por uma atmosfera agradável do ponto de vista afetivo e relacional. É importante que se encare esta relação como colaborativa, em que não existe uma hierarquia vincada e sugestiva de superioridade. Para isso é premente o estabelecimento de uma relação onde não predomine a anulação do outro ou assimetrias, procurando a participação conjunta e a partilha de experiências, uma vez que a diferença entre estes dois elementos reside no seu nível de conhecimento e experiência, em que o primeiro se manifesta disponível para partilhar o que sabe, contribuindo para o desenvolvimento de competências no segundo.

Significa que mais importante que ensinar é fazer e incutir o desejo constante de saber porquê e como fazer, mediante processos de autorreflexão, num ambiente facilitador de valores democráticos e humanos.

Quanto mais igualitário for o tratamento estabelecido com os estudantes maior a sua vontade e compromisso em aprender, pelo que se deve assumir um estilo não diretivo e mais colaborativo. Desta forma, facilita-se o processo de ensino-aprendizagem ao estudante, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos com base na experiência e fundamentados num corpo de conhecimentos teóricos, na flexibilidade e adequabilidade dos contextos, visando o crescimento individual e profissional do estudante.

O objetivo é que o supervisor e supervisionado, com base no estabelecimento de uma relação supervisiva, identifiquem problemas de natureza clínica e delineiem estratégias para a resolução dos mesmos, favorecendo uma aprendizagem baseada na proatividade. A efetividade deste processo prende-se com a capacidade dos envolvidos estabelecerem uma relação empática, comunicação efetiva, apoio, capacidade para desenvolver o processo de ensino aprendizagem e promover o estabelecimento de um compromisso, entre os atores e a profissão de enfermagem.

Para tal, Wall, Fetherston e Browne (2018) sugerem a criação de um ambiente de aprendizagem favorável, baseado em sentimentos como afeto e disponibilidade, promotor do estabelecimento de uma relação de confiança em que se valoriza o apoio e as relações entre os supervisionados e os supervisores, onde todos colaboram para o sucesso da aprendizagem, para a qualidade dos cuidados e para a satisfação de todos os envolvidos neste processo. É da reflexão sobre a ação que resulta um planeamento de cuidados mais ajustado às necessidades da pessoa, incutindo-se no supervisionado o dever de pensar no que faz, coresponsabilizando-o pelos cuidados de enfermagem que presta.

Neste sentido, a boa relação estabelecida entre o supervisor e supervisionado facilitará o processo de aprendizagem do supervisionado, incutindo-lhe o sentido de responsabilidade pela sua formação, o que terá uma implicação direta no processo de socialização profissional enquanto estudante e depois, no papel de profissional, facilitando o processo de integração à vida profissional e a vivência de transições profissionais positivas.

O desenvolvimento de capacidades de resiliência inicia-se logo durante o ensino clínico, pois o estudante tem de se adaptar a um novo contexto, a diferentes profissionais de saúde e aos clientes/familiares que, por norma, são pessoas carentes e vulneráveis. Este processo promove um maior fortalecimento pessoal dos estudantes e o desenvolvimento de capacidades promotoras da construção da identidade pessoal e profissional responsável e madura, onde a aprendizagem para lidar com a sensação de fracasso, culpa e ansiedade inerente à vivência de processos de cuidar em situações agudas, graves ou em contexto de fim de vida, se desenvolve progressivamente.

É um processo moroso e inacabado, exigindo do estudante a definição de estratégias pessoais de controlo emocional, que o preparam para lidar com o outro em situação de extrema vulnerabilidade ao longo do seu percurso pessoal e profissional, obrigando-o a refletir sobre a forma como vive a sua vida e como pretende desenvolver a sua profissão. Aliada à determinação de estratégias está também a definição de objetivos pessoais e profissionais, que o estudante partilha com o supervisor, tendo em conta os objetivos específicos da unidade curricular e o que pretende desenvolver e adquirir, assumindo um papel ativo no processo de ensino aprendizagem.

A evolução do estudante é progressiva, sendo constituída por três fases, especificamente: *fase inicial* em que se revela extremamente dependente do supervisor e inseguro; a *fase experimental* em que vai demonstrando cada vez maior motivação e segurança, conducentes a um maior grau de autonomia e a *fase de autonomização* em que o estudante revela capacidades para questionar e pensar, sendo crítico e autocrítico e se preocupa com a qualidade dos cuidados prestados, procurando ser autónomo (Abreu, 2007). A duração de cada uma destas fases depende das características do contexto onde decorre o ensino clínico e das características de cada estudante, deixando de recorrer à imitação e procurando ser autónomos e responsáveis pelos cuidados de enfermagem que

prestam, gerando aprendizagens significativas que contribuem para o crescimento pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

A área da saúde continua a ser muito exigente na medida em que visa uma prestação de cuidados de qualidade e com segurança e a satisfação de todas as pessoas no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação. A saúde é o bem mais precioso daí a necessidade de ser encarado como o valor mais importante da vida das pessoas.

Para além da necessidade de desenvolver uma componente teórica é essencial encarar a componente prática como fundamental para o processo de aprendizagem, pois é neste contexto e na dialética instituída entre a prática e a teoria que o estudante, futuro enfermeiro, aprende e interioriza o conhecimento, procurando uma fundamentação e integração do *saber saber* no seu *saber fazer*.

A supervisão clínica baseia-se sobretudo em processos mediadores entre um supervisor e um supervisionado, que visam a facilitação do processo ensino aprendizagem. A sua efetividade prende-se com o suporte e a orientação profissional a partir de estratégias potenciadoras que se desenvolvem e implementam em função do contexto onde decorre o ensino clínico e das características dos estudantes, objetivando a otimização do seu desempenho clínico.

REFERÊNCIAS

ALOUFI, M. et al. Reducing stress, anxiety and depression in undergraduate nursing students: Systematic review. **Nurse Education Today**, 102, 2021, p. 104877. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104877>

ABREU, W. C. (2007). **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, Lda. 2007. 296p.

BORGES, P. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas dos Supervisores. 2013. (Mestrado em Supervisão clínica em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9447/1/Paula%20Borges_ep3955.pdf. Acesso em 12 Out. 2022.

CHAPMAN, H. Nursing theories 2: clinical supervision. **Nursing Times** [online], vol. 113, n. 12, p. 30, 2017. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/nursing-theories-2-clinical-supervision-27-11-2017/>. Acesso em 15 Set. 2023.

ABREU, W. C. (2007). **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, Lda. 2007. 296p.

CARLOS, A.; et al. Formação inicial de professores: que supervisão na qualificação docente? **Revista de Estudos Curriculares**, vol 1, n. 9, p. 122-141, 2018.

- CHAVES, L., et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 70, n. 5, p. 1165-1170, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>.
- DIOGO, P., et al. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Spe 4, p. 115-122. 2016
- FLOTT, E. A.; LINDEN, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, vol 72, n. 3, p. 501–513, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jan.12861>
- CARLOS, A.; et al. Formação inicial de professores: que supervisão na qualificação docente? **Revista de Estudos Curriculares**, Braga, vol 1, n. 9, p. 122-141, 2018.
- FONSECA, M. (2006). **Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem- Perspectiva do docente**. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 2006. 125p.
- LARSSON, M.; et al. The clinical learning environment during clinical practice in postgraduate district nursing students' education: A cross-sectional study. **Nursing Open**, vol 10, n. 2, p. 879–888. 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1002/nop2.1356>
- LUDKE, M.; ALMEIDA, E.; SILVA, A. Contribuciones de la Etapa Supervisada para la Formación de la Identidad Profesional de las enfermeras. **Cultura de los Cuidados**, vol 21, n. 48, p. 131-139, 2017. Disponível em: [doi:10.14198/cuid.2017.48.15](https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.15)
- MACEDO, A.P. **Supervisão em Enfermagem – Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital**. Santo Tirso: De Facto Editores. 2012. 248p.
- MARTINHO, J. et al. Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Lisboa, Especial 1, p. 97-102, 2014.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Regulamento n.º 366/2018, 2ª Série, N. 113, 14 de Junho de 2018, 0, 40918–40920*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>. Acesso em 10 Out. 2023.
- PARK, S.; CHOI, M.; LEE, S. The mediating effects on the relationship between campus life adaptation and clinical competence. **Nurse Education Today**, vol 72, p. 67-72, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.009>.
- PIRES, R. et al. Clinical supervision strategies. **Millenium**, vol 2, n. 14, p. 47–55, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>.
- RAMOS, L.; NUNES, L. Modelos de Acompanhamento do Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, vol 3, n. 2, p. 1014-1033, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).1014](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(2).1014).
- ROTHWELL, C. et al. Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. **BMJ Open**, vol 11, n. 9, p. 1-10, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>.

SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. **Revista de Enfermagem Referência**, II Série, n. 6, p. 91-108, 2008.

SNOWDON, D.; LEGGAT, S.; TAYLOR, N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. **BMC Health Services Research**, vol 17, n.1, p. 786, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>.

WALL, P.; FETHERSTON, C.; BROWNE, C. Understanding the enrolled nurse to registered nurse journey through a model adapted from Schlossberg's transition theory. **Nurse Education Today**, vol 67, p. 6-14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.017>.

WATKINS, C. What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. **Counselling and Psychotherapy Research**, vol 20, n. 2, p. 190–208, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1002/capr.12287>.

YOUNAS, A., et al. Struggles and adaptive strategies of prelicensure nursing students during first clinical experience: A metasynthesis. **Journal of Professional Nursing**, vol 42, p. 89–105, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.06.006>.

ZHANG, J., et al. The clinical learning environment, supervision and future intention to work as a nurse in nursing students: a cross-sectional and descriptive study. **BMC Medical Education**, vol 22, n.1, p. 1–9, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03609-y>.

TEORIAS DE APRENDIZAGEM E A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data de submissão: 09/11/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Emanuella Pereira de Lacerda

Universidade Federal do Maranhão-UFMA
São Luís – Maranhão
<https://orcid.org/0000-0003-0787-9989>

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luís – Maranhão
<https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>

Fabiano Rossi Soares Ribeiro

Universidade Vale do Rio dos Sinos-
UNISSINOS
São Luís – Maranhão
<https://orcid.org/0000-0001-6336-3421>

Élida Cristina Santos Corrêa

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
<https://orcid.org/0009-0007-2691-8249>

Cynthia Lays Batista Barroso de Sousa

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
<https://orcid.org/0009-0000-8973-0664>

Karla Andreia da Costa Carvalho

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/ EBSEERH
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7041735563282346>

Maria Barbara Rocha

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSEERH

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1651624230291721>

Danessa Silva Araújo

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9600992265820479>

Livia Anniele Sousa Lisboa

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís – Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-5835-9038>

Suzana Portilho Amaral Dourado

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSEERH
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7133793096287504>

Luciana Cortez Almeida Navia

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSEERH
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7059164628114091>

Domingas Ramos Rios Santos

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSEERH
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6380072561565439>

RESUMO: As teorias de aprendizagem buscam reconhecer a dinâmica envolvida nos atos de ensinar e aprender, partindo do reconhecimento da evolução cognitiva do homem, e tentam explicar a relação entre o conhecimento pré-existente e o novo conhecimento. Objetivo: Descrever as teorias de aprendizagem e mencionar exemplos de sua aplicação no ensino superior de enfermagem. Método: Trata-se de um texto reflexivo, que traz à luz algumas das principais características das teorias de aprendizagem e discorre sobre sua aplicabilidade no ensino superior em enfermagem. Resultados: Após a descrição de cada teoria de aprendizagem e suas principais características percebeu-se a influência de suas diretrizes no ensino na graduação, especificamente de enfermagem, como exemplos, o uso da sala de aula invertida alicerçada nos referenciais teóricos de Vygotsky e no Processo de Enfermagem. Considerações finais: Em suma, as teorias de aprendizagem se mostram como verdadeiros alicerces para a concretização do processo de ensino e aprendizagem, desde as séries iniciais até a graduação e também posteriormente.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Enfermagem, Aprendizagem, Educação Superior.

LEARNING THEORIES AND NURSING EDUCATION

ABSTRACT: Learning theories seek to recognize the dynamics involved in the acts of teaching and learning, based on the recognition of human cognitive evolution, and try to explain the relationship between pre-existing knowledge and new knowledge. Objective: To describe learning theories and mention examples of their application in higher nursing education. Method: This is a reflective text that brings to light some of the main characteristics of learning theories and discusses their applicability in higher education in nursing. Results: After describing each learning theory and its main characteristics, we realized the influence of their guidelines on undergraduate teaching, specifically nursing, such as the use of the inverted classroom based on Vygotsky's theoretical references and the Nursing Process. Final considerations: In short, learning theories are shown to be the true foundations for the realization of the teaching and learning process, from the early grades through to graduation and beyond.

KEYWORDS: Nursing Education, Learning, Higher Education.

1 | INTRODUÇÃO

As teorias de aprendizagem buscam reconhecer a dinâmica envolvida nos atos de ensinar e aprender, partindo do reconhecimento da evolução cognitiva do homem, e tentam explicar a relação entre o conhecimento pré-existente e o novo conhecimento. Têm em comum o fato de assumirem que indivíduos são agentes ativos na busca e construção de conhecimento, dentro de um contexto significativo (POZO, 1998).

O ser humano está continuamente aprendendo novos comportamentos ou tem modificações de comportamentos. Pode-se aprender em toda parte, na escola e fora dela, também de forma sistemática, organizada e assistemática. Cada indivíduo apresenta um conjunto de estratégias cognitivas que mobilizam o processo de aprendizagem. Em outras palavras, cada pessoa aprende a seu modo, estilo e ritmo. Embora haja discordâncias entre

os estudiosos, estas são cinco categorias representativas dos estilos de aprendizagem: Visual: aprendizagem centrada na visualização; Auditiva: centrada na audição; Leitura/escrita: aprendizagem através de textos; Ativa: aprendizagem através do fazer; Olfativa: através do cheiro pode possibilitar conhecimento já adquirido anteriormente (STENBERG, 2000).

No campo da aprendizagem, por exemplo, são muitas as indagações e investigações na tentativa de compreender porque a pessoa aprende ou porque não aprende. Diversos autores da área da psicologia, educação e epistemologia desenvolveram teorias para tentar explicar o processo de aprendizagem pelos indivíduos (POZO, 1998).

A docência não se reduz à simples transmissão de conhecimentos, mas requer o desenvolvimento desses saberes específicos para o ser professor. Ter domínio sobre determinado conteúdo e desenvoltura para falar em público não garantem um ensino de qualidade; é necessário que esse profissional esteja adequadamente preparado para desempenhar o papel de mediador do conhecimento. Na área da saúde, durante a graduação, os futuros profissionais são preparados para o desenvolvimento de habilidades e competências específicas para atuação prática, conforme descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais (FIGUEREDO *et al.*, 2017).

No ensino superior percebe-se claramente a influência dessas teorias, principalmente na atualidade com o uso cada vez mais crescente das metodologias ativas de ensino. Em cursos de graduação em enfermagem têm-se influência de várias teorias de aprendizagem, dentre elas pode-se citar autores como: Rogers, Vygotsky, Piaget e muitos outros. O texto reflexivo em questão tem como objetivo principal, descrever as teorias de aprendizagem e mencionar exemplos de sua aplicação no ensino superior de enfermagem.

2 | MÉTODO

A descrição metodológica refere-se a um texto de caráter reflexivo, originado de estudos sobre as teorias de aprendizagem na educação em enfermagem. O manuscrito surgiu dos debates ocorridos na disciplina: Educação e práticas do cuidado do Programa de Pós- Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (Mestrado Acadêmico em Enfermagem).

O texto reflexivo em questão desenvolveu-se com embasamento em uma revisão de literatura em bases nacionais e internacionais, através de acesso institucional, onde a temática prática pedagógica no ensino superior e especificamente na enfermagem vem sendo cada vez mais discutida. Para o levantamento bibliográfico foram utilizados os seguintes descritores em saúde (DECS): Educação em Enfermagem, Aprendizagem, Educação Superior. A apresentação das explicações e reflexões a serem tecidas pelos autores se dará na forma de pilares temáticos principais, advindos de interpretações da literatura e também, de suas percepções.

3 | RESULTADOS

3.1 CONHECENDO AS TEORIAS DE APRENDIZAGEM

Para melhor compreensão das teorias de aprendizagem, a seguir estão listadas algumas das principais teorias e sequencialmente a descrição de suas principais características e aplicabilidade no ensino (POZO,1998). São elas:

- Epistemologia Genética de Piaget
- Teoria Construtivista de Bruner
- Teoria Sócio-Cultural de Vygotsky
- Aprendizagem Baseada Em Problemas/ Instrução Ancorada
- Teoria Da Flexibilidade Cognitiva (Spiro, Feltovitch & Coulson)
- Aprendizado Situado (Jean Lave)
- Gestaltismo
- Teoria Da Inclusão (David Ausubel)
- Aprendizado Experimental (Carl Rogers)
- Inteligências Múltiplas (Gardner)

3.1.1 *Epistemologia Genética de Piaget*

Está fundamentada na ideia que o conhecimento ocorre a partir de um processo interativo entre o sujeito e o meio, o construtivismo epistemologia genética estuda o pensamento da criança e como ele se desenvolve até alcançar o raciocínio adulto (lógico e científico) o sujeito é epistêmico busca o conhecimento. Equilíbrio com o meio está em adaptação situações – problemas entra em desequilíbrio e desadaptação com o ambiente, desencadeando um conflito cognitivo. O indivíduo retorna ao estado de equilíbrio e adaptação naturalmente, através de dois mecanismos cognitivos: a assimilação e a acomodação. Assimilação é a tentativa de solucionar o problema relacionando há um conhecimento já presente em suas estruturas cognitivas. Acomodação o indivíduo modifica as estruturas cognitivas antigas, constrói novas associações ao conhecimento prévio, domina a situação e amplia a cognição sobre a situação-problema com a nova informação (BYRNES, 2019).

Piaget (2008, p.78), “[...] a natureza da inteligência ou do conhecimento, o papel da experiência na formação das noções e o mecanismo das transmissões sociais ou linguísticas do adulto a criança.

3.1.2 *Teoria construtivista de Bruner*

A study of thinking [1956], artigo escrito por Bruner em colaboração com Jacqueline Goodnow e George Austen um dos fundadores do centro de estudos cognitivos na

Universidade de Harvard, os alunos são motivados a descobrir os fatos por si mesmos e a construir seu conhecimento a partir do que já sabem. Jerome Bruner desenvolveu em 1960 o aprendizado por descoberta ou aprendizado heurístico, uma teoria de natureza construtivista. Suas principais contribuições são apontar as experiências mais efetivas; especificar como estruturar os conhecimentos, para melhor ser entendido e aprendido pelo aluno; indicar a sequência mais eficiente para aprender os conteúdos a serem abordados; conter-se na natureza e na aplicação dos prêmios e punições no processo de ensino e aprendizagem (LEÃO; GOI, 2021).

[...]” destaca o processo da descoberta para ensinar por meio da exploração de alternativas. o ambiente ou conteúdo de ensino tem que ser percebido pelo aprendiz como uma série de problemas, e estes devem proporcionar alternativas” (BRUNER 2008, p.88).

3.1.3 Teoria sociocultural de Vygotsky

A aprendizagem não era uma mera aquisição de informações, não acontecia a partir de uma simples associação de ideias armazenadas na memória, mas era um processo interno, ativo e interpessoal. Utilizando-se do método histórico-crítico, Vygotsky empreende um estudo original e profundo do desenvolvimento intelectual do homem, cujos resultados demonstram ser o desenvolvimento das funções psicointelectuais superiores um processo absolutamente único. Dessa maneira, o homem é visto como alguém que transforma e é transformado nas relações que acontecem em uma determinada cultura. o que ocorre não é uma somatória entre fatores inatos e adquiridos e sim uma interação dialética que se dá, desde o nascimento, entre o ser humano e o meio social e cultural em que se insere (NEVES; DAMIANI, 2006).

3.1.4 Aprendizagem baseada em Problemas/ Instrução ancorada (John Bransford & the CTGV)

Aprendizagem se inicia com um problema a ser resolvido. Aprendizado baseado em tecnologia. As atividades de aprendizado e ensino devem ser criadas em torno de uma “âncora”, que deve ser algum tipo de estudo de um caso ou uma situação envolvendo um problema. Muito utilizada com estudantes com problemas de aprendizagem. Serve para “ ancorar” ou situar professores em ambientes simulados exemplo: instrução com uso de vídeo para alunos com necessidades promovendo a inclusão (MAGANA *et al.*,2016).

3.1.5 Teoria da Flexibilidade Cognitiva (Spiro, Feltovitch & Coulson)

Trata da transferência do conhecimento e das habilidades. É especialmente formulada para dar suporte ao uso da tecnologia interativa, as atividades de aprendizado precisam fornecer diferentes representações de conteúdo. Aprender a pensar de forma crítica e reflexiva no ensino superior, domínio tão complexo e pouco estruturado,

a fase introdutória ou de iniciação a fase intermediária ou nível avançado e a fase de especialização ou a mestria. De forma não linear e multidimensional produz flexibilidade cognitiva: a capacidade para utilizar o conhecimento em novas situações, preocupação importante ao nível do ensino superior (PESSOA, 2011).

3.1.6 *Aprendizado Situado (Jean Lave)*

Iniciam-se a partir da década de 80 na antropologia, obra de destaque é *cognition in practice* (1988) mente no corpo na atividade nos ambientes organizados culturalmente, a cognição se distribui na mente, no corpo na atividade nos ambientes organizados culturalmente (ALMEIDA, 2014).

“Podemos entender a aprendizagem situada como algo contínuo de nossa participação no mundo” “aprendizagem é um aspecto integral e inseparável da prática social”(LAVE; WENGER. p.31.)”.

3.1.7 *Gestaltismo*

Enfatiza a percepção ao invés da resposta. A resposta é considerada como o sinal de que a aprendizagem ocorreu e não como parte integral do processo. Não enfatiza a sequência estímulo-resposta, mas o contexto ou campo no qual o estímulo ocorre e o insight tem origem, quando a relação entre estímulo e o campo é percebida pelo aprendiz. Uma mesma imagem pode ser percebida de diversas formas. Isto explica o fato de crianças de idades iguais visualizarem uma figura, recebendo o mesmo estímulo, no mesmo campo geográfico e ainda compreender de forma distinta tal imagem, por exemplo (SANTOS; CRUZ, 2020).

3.1.8 *Teoria de Ausubel*

O fator mais importante de aprendizagem é o que o aluno já sabe. Para ocorrer a aprendizagem, conceitos relevantes e inclusivos devem estar claros e disponíveis na estrutura cognitiva do indivíduo (CALLIANI; BRESSA, 2017)

3.1.9 *Aprendizado Experimental (Carl Rogers)*

Deve-se buscar sempre o aprendizado experimental, pois as pessoas aprendem melhor aquilo que é necessário O interesse e a motivação são essenciais para o aprendizado bem-sucedido. Enfatiza a importância do aspecto interacional do aprendizado. O professor e o aluno aparecem como os corresponsáveis pela aprendizagem. A Lei de diretrizes e bases da educação nacional- LDB n 9.394/96, a Constituição da República Federativa do Brasil e o Relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura- UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI possuem em seus textos influência direta do Aprendizado Experimental de Rogers. Suas principais

contribuições são: 1ª aceitação positiva incondicional – se expressa na capacidade de aceitar a pessoa do aluno 2ª – compreensão empática 3ª - A terceira – a congruência – refere-se à autenticidade do facilitador (ARAUJO; VIEIRA, 2013).

O principal escopo dessa proposta é o abandono da passividade pelo aluno, substituindo-a por um papel ativo, de intervenção no seu próprio processo de aprendizagem.

3.1.10 Inteligências múltiplas (Gardner)

No processo de ensino, deve-se procurar identificar as inteligências mais marcantes em cada aprendiz e tentar explorá-las para atingir o objetivo final: aprendizado de determinado conteúdo (ALBINO; BARROS, 2021).

3.2 Inovação nas práticas pedagógicas no Ensino Superior na enfermagem

Segundo o dicionário Priberam (2013, p.340) a palavra “inovar”, que deriva do termo em latim “*Innovatio*”, significa renovar, introduzir algo novo. Com isso, pode-se entender inicialmente que o termo inovar está relacionado à ação de criar ideias que introduzem melhorias a algo pré-existente.

As práticas pedagógicas inovadoras podem potencializar a aprendizagem e o engajamento acadêmico, termo inglês, engagement, que engloba, sobretudo, as dimensões afetiva, comportamental e cognitiva dos indivíduos. A universidade oferta muitas possibilidades de engajamento, como por exemplo: grupos de pesquisa, projetos de ensino e extensão, monitoria, cursos de formação (WIEBUSCH; LIMA, 2019). No ensino da enfermagem não é diferente percebe-se que a cada dia ocorrem inovações nas práticas pedagógicas, tanto em sala de aula, quanto no ambiente de estágio curricular.

3.3 Aplicabilidade das teorias de aprendizagem na educação em enfermagem

Na educação, as tecnologias têm ganhado destaque no século XXI, pois estão sendo cada vez mais aplicadas no ensino, seja nos cursos de graduação, seja nos de pós-graduação em Enfermagem, com a finalidade de estimular e inovar o aprendizado. Elas favorecem não só a dinamização das aulas, mas estimulam o estudante a ser coparticipante de seu processo de ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, as tecnologias educacionais promovem uma educação mais ativa, dinâmica e instigante (MELO; MENDES; LINHARES; GUEDES, 2022).

Um exemplo de aplicação das teorias de aprendizagem na enfermagem é a simulação clínica (SC) baseada no Modelo de Difusão de Inovação de Rogers que abrange os aspectos envolvidos na implementação de uma inovação. Para Rogers a implementação é um processo pelo qual a inovação é comunicada ao longo do tempo entre os membros de um sistema social e tal modelo propõe medidas para facilitar a implementação, entre

elas, que os membros do sistema social conheçam a inovação e tenham clareza das necessidades e vantagens em implementá-la, seus facilitadores e barreiras (NUNES *et al.*, 2022).

Sabe-se que para desenvolver um método educacional faz-se necessário o uso de um referencial pedagógico, diante disso outro exemplo de uso das teorias de aprendizagem, tem-se Piaget e Vygotsky para a criação do software educacional sobre cateterismo vesical de demora, procedimento realizado rotineiramente por enfermeiros em ambiente hospitalar. A teoria de Piaget pressupõe que os seres humanos passam por uma série de mudanças ordenadas e previsíveis que separa o processo cognitivo em dois processos: aprendizagem e desenvolvimento (LOPES; FERREIRA; FERNANDES; MORITA; POVEDA; SOUZA, 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, as teorias de aprendizagem se mostram como verdadeiros alicerces para a concretização do processo de ensino e aprendizagem, desde as séries iniciais até a graduação e também posteriormente. Reconhecê-las em sua importância e essencialidade possibilita ao educador, uma experiência exitosa de ensino e ao educando a formação de um indivíduo hábil e participativo da aprendizagem. O que para os futuros profissionais de enfermagem é cofator de maior preparo para o mercado de trabalho e para o exercício de sua profissão.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Leticia Moreira de Souza; BARROS, Sarah Gonçalves. **A teoria das inteligências múltiplas de Gardner e sua Contribuição para a educação.** Revista acadêmica educação e Cultura em Debate, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 148-167, jan. 2021. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaSE/article/view/683/454>. Acesso em: 24 set. 2023.

ALMEIDA, Elizabeth Guzzo de. Aprendizagem situada. **Texto Livre: Linguagem e Tecnologia**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 177- 184, 22 mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.17851/1983-3652.7.1.177-184>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/textolivre/article/view/16668/13426>. Acesso em: 24 set. 2023.

ARAÚJO, Eliana Silva Cassimiro de; VIEIRA, Vânia Maria de Oliveira. **Práticas docentes na Saúde: contribuições para uma reflexão a partir de Carl Rogers.** Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 97-104, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-85572013000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/pee/a/9tbhZ84SfBrL7tV8P7THRDt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2023.

BYRNES, James P. (2019). **Módulo de Referência em Neurociências e Psicologia Biocomportamental II Teoria Cognitivo-Desenvolvimental de Piaget.** , (), -. DOI:10.1016/B978-0-12-809324-5.23519-0 .

CALIANI, Fernanda Miranda; BRESSA, Rebeca de Carvalho. **Refletindo sobre a aprendizagem: as teorias de Jean Piaget e David Ausubel.** Colloquium Humanarum, [S.L.], v. 14, n. , p. 671-677, 15 dez. 2017. Associação Prudentina de Educação e Cultura (APEC) <http://dx.doi.org/10.5747/ch.2017.v14.nesp.001009>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/66f8/16b4eb71d884a4e9eec7caf7b97808735cb4.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

FIGUEREDO, Wilton Nascimento *et al.* **Formação didático-pedagógica na pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde nas Universidades Federais do Nordeste do Brasil.** Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 30, n. 5, p. 497-503, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700072>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JkxXHft5zJVJwqDCW3kxQwG/?lang=pt#>. Acesso em: 07 out. 2023.

LAVE, Jean.; WENGER, Ethienne. **Situated learning: Legitimate peripheral participation.** New York: Cambridge University Press, 1991.

LEÃO, Ana Flávia Corrêa.; GOI, Maria Elisângela Jappe. **A look at Bruner's learning theory on Science teaching.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e367101321214, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.21214. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21214>. Acesso em: 28 set. 2023.

LOPES, Ana Carolina Cristino; FERREIRA, Andréia de Andrade; FERNANDES, Jussara Alaíde Leite; MORITA, Ana Beatriz Pinto da Silva; POVEDA, Vanessa de Brito; SOUZA, Adriano José Sorbille de. **Construção e avaliação de software educacional sobre cateterismo urinário de demora.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 215-222, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000100030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/gLDtMswQKTzPYcPftJJYSMB/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2023.

MAGANA, Alejandra J.FALK, Michael L.; VIEIRA, Camilo; REESE, Michael J. **A case study of undergraduate engineering students' computational literacy and self-beliefs about computing in the context of authentic practices.** Computers In Human Behavior, [S.L.], v. 61, n. 1, p. 427-442, ago. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.025>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563216301868?via%3Dihub>. Acesso em: 25 set. 2023.

MELO, Priscila de Oliveira Cabral; MENDES, Ryanne Carolynne Marques Gomes; LINHARES, Francisca Márcia Pereira; GUEDES, Tatiane Gomes. **Production and use of educational technologies in nursing post-graduation.** Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 75, n. 5, p. 1-5, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0510>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MW3JGffmK9dbWkCsGtjWydn/?lang=en#>. Acesso em: 28 out. 2023.

NEVES, Rita de Araujo; DAMIANI, Magda Floriana. **Vygotsky e as teorias da aprendizagem.** Unirevista, [s. l], v. 2, n. 1, p. 1-10, abr. 2006. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3453/Vygotsky+e+as+teorias+da+aprendizagem.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 set. 2023.

PESSOA, Maria Teresa Ribeiro. **Contributos da teoria da flexibilidade Cognitiva.** Revista Portuguesa de Pedagogia, [s. l], p. 01-10, 01 jan. 2011. Disponível em: https://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia/article/view/1647-8614_Extra-2011_27. Acesso em: 26 set. 2023.

POZO, Juan Ignácio. **Teorias Cognitivas da aprendizagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.** (2023) Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/inovacao>. Data de acesso: 28/10/2023.

SANTOS, Carla Larisse Ferreira dos; CRUZ, Vanessa Alves da. **Teorias da aprendizagem: Gestalt**. Revista Brasileira de Administração Científica, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 298-303, 28 out. 2020. Companhia Brasileira de Produção Científica. <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2179-684x.2020.003.0021>. Disponível em: <https://sustenere.co/index.php/rbadm/article/view/CBPC2179-684X.2020.003.0021>. Acesso em: 25 set. 2023.

STENBERG, Robert J. **Psicologia Cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RAPOSO, Renato et al. **Introdução às Teorias de Aprendizagem**. 2002. Disponível em: http://www.nce.ufrj.br/ginape/publicacoes/trabalhos/t_2002/t_2002_renato_aposo_e_francine_vaz/teorias.htm. Acesso em: 28 set. 2023.

WENGER, Etienne. **Communities of practice: learning, meaning and identity**. Cambridge: New York, 1998.

WIEBUSCH, Andressa; LIMA, Valdevez Marina do Rosário. **Inovação nas práticas pedagógicas no Ensino Superior: possibilidades para promover o engajamento acadêmico**. Educação Por Escrito, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 154-169, 21 jan. 2019. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/2179-8435.2018.2.31607>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/porescrito/article/view/31607/17726>. Acesso em: 29 set. 2023.

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO VÍNCULO PAIS/BEBÊ NA UNIDADE NEONATAL

Data de submissão: 09/11/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Bruna Boniatti

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Mari Nei Clososki da Rocha

Márcio Josué Trasel

Dayanne Klein Pastoriza

Zenaide Paulo Silveira

Fabiane Bregalda Costa

Elisa Justo Martins

Morgana Morbach Borges

Maicon Daniel Chassot

Denise Oliveira D`Avila

a sua elaboração foram livros, artigos, periódicos científicos, teses e resumos de congressos, encontrados nas bases de dados da LILACS e SCIELO publicados entre os anos 1998-2023. O estímulo para o vínculo surgiu através da amamentação, do método canguru e do toque e diálogo com o recém-nascido. Notou-se que o bebe permanece mais tranquilo e apresenta melhora nos sinais vitais devido a presença dos pais. Conclui-se que é decisivo o papel do enfermeiro na formação e continuação do vínculo, pois é responsabilidade deste o planejamento e preparo da equipe para uma assistência efetiva e eficaz.

PALAVRA-CHAVE: neonatologia, vínculo, enfermagem

RESUMO: O estabelecimento e a manutenção do vínculo durante o período de hospitalização é fundamental para despertar o cuidado dos pais para com o filho, como também, para acelerar o processo de recuperação da saúde deste. O objetivo geral deste estudo é relatar a importância do enfermeiro no vínculo pais/bebê dentro de uma UTI NEO. Trata-se de uma revisão bibliográfica, as fontes consultadas para

ABSTRACT: Establishing and maintaining the bond during the hospitalization period is essential to awaken the parents' care for their child, as well as to accelerate the process of recovering their child's health. The general objective of this study is to report the importance of nurses in the parent/baby bond within a NEO ICU. This is a bibliographical review, the sources consulted for its preparation were books, articles, scientific journals, theses and conference abstracts, found in the LILACS

and SCIELO databases published between the years 1998-2023. The stimulus for bonding came through breastfeeding, the kangaroo method and touch and dialogue with the newborn. It was noted that the baby remains calmer and shows an improvement in vital signs due to the presence of his parents. It is concluded that the role of the nurse in the formation and continuation of the bond is decisive, as it is their responsibility to plan and prepare the team for effective and effective assistance.

KEYWORDS: neonatology, bond, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local do hospital onde os recém-nascidos (RNs) gravemente enfermos se encontram. Nessa encontram-se os equipamentos mais especializados e sofisticados do mercado, uma equipe multidisciplinar altamente capacitada e um ambiente com estrutura capaz de atender esses pacientes hemodinamicamente instáveis (SARAIVA et al., 2006).

Ao ver o filho internar em uma UTIN, a maioria dos pais percebe-se, pela primeira vez, em um mundo agitado de enfermeiras e médicos preocupados, sobrecarregados de trabalho, de outros pais igualmente preocupados e de RNs gravemente doentes, além disso, devem conciliar a imagem mental idealizada com a de um recém-nascido (RN) pálido, magro e com aparência enfraquecida (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Para os mesmos autores, os pais só conseguem relaxar quando lhes for dito que o filho está progredindo bem, ou melhor, quando tiverem visto e tocado nele. Nos últimos anos as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) estão cada vez mais sofisticadas e com novos aparatos tecnológicos, mas somente a pouco tempo os profissionais da área da saúde têm tido a preocupação em promover o vínculo entre o RN e seus pais. O estabelecimento e a manutenção do vínculo durante o período de hospitalização é fundamental para despertar o cuidado dos pais para com o filho, como também para acelerar o processo de recuperação da saúde deste. O contato íntimo entre os pais e o filho, exerce profundos efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento do mesmo (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Segundo Lamy, Gomes e Carvalho (1997) a recuperação do RN não depende unicamente dos cuidados médicos e de enfermagem, mas também dos cuidados e do carinho que possa vir a receber de seus pais. A separação dos pais em decorrência da internação do filho na UTIN pode prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego pela falta de oportunidades dos mesmos interagirem com o filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos, fazendo com que os pais sintam tristeza, medo e estresse, pois se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida do RN (SCOCHI et al., 2003).

O laço afetivo que uma mãe e/ou pai forma com seu filho recém-nascido (KLAUS; KENNEL, 1992). 10 Segundo Scochi et al. (2003), existem riscos decorrentes da falta de vínculo dos pais com o filho dentro da UTIN. Os pais, que se encontram num estado

emocional aumentado devido ao puerpério, ainda precisam se acostumar com a ideia de ter o filho internado em uma unidade crítica. Toda essa sobrecarga emocional pode desencadear na mãe uma depressão pós-parto e, em decorrência desta, poderá levar a diminuição da lactação, interferindo diretamente na relação mãe/bebê. Já o pai, poderá se sentir dividido, pois tanto a mãe quanto o RN precisam de sua atenção e carinho. O mesmo autor cita que, em decorrência de um relacionamento pais/bebê2 desarmonioso, nota-se, principalmente em RNs pré termos, uma maior incidência de abandonos, espancamentos, abusos e ocorrência da síndrome failure to thrive, na qual, sem uma causa orgânica aparente, o neonato não ganha peso e não se desenvolve, assim como uma elevação na taxa de morbimortalidade e aumento nos fatores de risco no processo de crescimento e desenvolvimento do RN.

Nesse sentido, a enfermeira das unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e filho, visando estabelecer o vínculo e apego, tendo em mente que esse pode ser um processo lento e gradual. Este estudo abordará a promoção do vínculo pais/bebê pela equipe de enfermagem, em uma UTIN, com enfoque no pré-termo, devido ao maior tempo de permanência deste nessa unidade e sua suscetibilidade em relação a possíveis complicações. Durante a trajetória acadêmica e vivência profissional, foi percebido que são poucos os casos em que a família descobre no decorrer do pré-natal, que o filho precisará de cuidados especiais em uma UTIN logo após a realização do parto. Na maioria dos casos, a notícia da internação é recebida após o nascimento do filho, até porque, em muitas situações o problema ocorre durante o nascimento, no préparto, ou ainda, a surpresa de um trabalho de parto prematuro, com um nascimento precoce. Observa-se que grande parte dos pais não se sentem preparados para lidar com a internação do filho em uma UTIN, principalmente quando esse é pré-termo e/ou apresenta risco de vida, podendo acarretar o afastamento destes.

Ao profissional de enfermagem, cabe mais do que simplesmente atender às necessidades dos recém-nascidos (RNs) internados, pois, por traz desses, existem famílias que precisam de apoio e atenção. Acredita-se ser extremamente relevante pesquisar a percepção dos pais sobre a promoção do vínculo pais/bebê dentro da UTIN, pois a partir dos resultados obtidos, esta pesquisa poderá trazer benefícios para a instituição de saúde onde o estudo se desenvolveu, possibilitando o aprimoramento do processo de formação do vínculo entre pais e filhos, bem como proporcionando maior conhecimento aos profissionais da saúde que lá trabalham e, por consequência, benefícios à clientela que utiliza este serviço. Também poderá servir de subsídios para a comunidade científica e acadêmica aperfeiçoar suas práticas.

O objetivo geral deste estudo é relatar a importância do enfermeiro no vínculo pais/bebê dentro de uma UTI NEO. Trata-se de uma revisão bibliográfica, as fontes consultadas para a sua elaboração foram livros, artigos, periódicos científicos, teses e resumos de congressos, encontrados nas bases de dados da LILACS e SCIELO publicados entre

os anos 1998-2023. Utilizando-se para a localização dos artigos as palavras-chaves: neonatologia, vínculo, enfermagem

1.1 O AMBIENTE DA UTI NEONATAL

Nesta pesquisa será abordado o ambiente da UTIN, pois este pode interferir de forma significativa na formação do vínculo pais/bebê. Será apresentado seu funcionamento, área física, equipamentos e profissionais que compõem esta área. Segundo Rugolo et al. (2000), o primeiro passo para que os pais possam estabelecer um vínculo com o filho é incentivar os mesmos a visitar o RN na UTIN, preparando-os previamente para entrar na unidade, explicando-lhes a função dos monitores, respiradores, fototerapia e todos os equipamentos que estão sendo utilizados. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) destina-se aos recém nascidos gravemente doentes, com instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais, bem como àqueles que apresentem alto risco de mortalidade e aos que requeiram vigilância clínica, monitorização e ou tratamento intensivos (SARAIVA, 2006, p. 14).

De acordo com Marba e Filho (1998), a especialidade teve início a partir da década de 40-50, quando não se dispunha de grandes recursos para atender os casos de maior gravidade, ocasionando alta taxa de mortalidade. No final da década de 50 e início da de 60, com a introdução de alguns progressos terapêuticos houve queda no número de mortalidade, mas em contrapartida aumentou o número de morbidade tardia, sendo excessivamente elevada a quantidade de RNs com sequelas graves. A partir da década de 60 e principalmente 70 ocorreu a introdução 13 da UTIN, trazendo uma acentuada queda nas taxas de mortalidade e redução das sequelas importantes.

Conforme a Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, o Ministério da Saúde considerando a importância na assistência das Unidades de Terapia Intensiva estabeleceu critérios para classificar as mesmas (tipo, faixa etária e especialidade), levando em conta o acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível. Sendo então a UTIN designada aos RNs desde o nascimento até completarem o vigésimo oitavo dia de vida. Para uma melhor distribuição dos cuidados e de acordo com a estrutura oferecida por cada instituição, esta poderá ser dividida em quatro (4) ambientes: sala de admissão; sala de observação; sala de cuidados intermediários e sala de cuidados intensivos (BRASIL, 1998).

De acordo com a portaria acima mencionada, para o funcionamento adequado a UTIN deve contar com uma equipe interdisciplinar composta por: um (1) médico chefe com titulação de especialista em terapia intensiva neonatal, um (1) médico diarista também com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração e um (1) médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração. A equipe de enfermagem deverá ser composta de um (1) enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, um (1) enfermeiro,

exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho e um (1) auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho.

A UTIN deve também contar com o apoio da equipe interdisciplinar composta dos seguintes profissionais: nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, cardiologista, oftalmologista, cirurgião pediátrico, anestesista, radiologista, farmacêutico, auxiliar de serviços gerais e pessoal administrativo (SARAIVA et al., 2006). Segundo Avery et al. (1999), a UTIN deve possuir os seguintes equipamentos: monitores de frequência cardíaca neonatal; carro de ressuscitação; incubadoras e berços de calor irradiante; bombas de infusão; aparelhos de ventilação pulmonar mecânica eletrônico; monitores de frequência cardíaca para transporte; aparelhos de fototerapia; incubadora para transporte de RNs graves, entre outros. De acordo com o mesmo autor, durante o planejamento da UTIN é necessário uma análise minuciosa do local onde esta pretende ser implantada. Deve estar localizada próximo ao centro obstétrico, berçário, centro cirúrgico, elevador e com fácil acesso para a entrada de ambulâncias bem como para os serviços de laboratório, hemoterapia, farmácia, radiologia entre outros.

O espaço físico deverá ser distribuído de forma que possa acomodar harmoniosamente os RNs internados e seus pais, os profissionais da equipe interdisciplinar e os equipamentos da UTIN. Também deverá ser analisado os ruídos, a temperatura e a iluminação dentro desta unidade hospitalar (AVERY et al., 1999). “É importante a criação de um ambiente físico ideal para estes recém nascidos a fim de evitar implicações que possam a vir interferir no seu tratamento” (SARAIVA et al., 2006, p. 33).

É importante relembrar que para a maioria dos pais a internação de um filho na UTIN é uma experiência nova em suas vidas, sendo necessário adaptarem-se ao âmbito desta unidade muito agressiva aos seus olhos. “A sofisticada tecnologia de ponta de uma unidade neonatal de tratamento intensivo reforça a imagem de fragilidade que os pais formam sobre o seu bebê”. A humanização é um passo a mais para a reestruturação deste ambiente e a construção de um tratamento pleno e eficaz (AVERY et al, 1999).

A enfermagem é a grande responsável por manter esta unidade apta a receber estes pacientes, principalmente os que internam por patologias mais graves, por estar vinte e quatro horas ao lado do RN e seus familiares. Sendo assim se constata a necessidade de conhecer o funcionamento de uma UTIN, pois além de transmitir a segurança necessária aos RNs e aos pais, a boa adequação dos processos também se caracteriza como de fundamental importância na construção do vínculo afetivo (DIÓGENES FARIAS GOMES et al., 2019).

2 | O PAPEL DO ENFERMEIRO NO VÍNCULO PAIS/BEBÊ

Durante a gestação existe uma expectativa dos pais de que ao nascer, o filho fique junto com os mesmos para ser cuidado e amamentado. Nem sempre essa expectativa pode

ser atendida, pois especialmente no caso de um RN pré-termo, provavelmente este será separado de seus pais após o parto e precisará de cuidados especiais em uma UTIN. O nascimento de um RN pré-termo, desencadeia nos pais, sentimentos de ansiedade e culpa, pois o filho gordinho e de bochechas rosadas imaginado nos sonhos em nada se parece com o que acabou de nascer. O filho perfeito e sorridente que eles tanto aguardavam não é aquele que nasceu, bem pelo contrário, este necessita de cuidados intensivos, pode desenvolver danos permanentes e, inclusive, falecer. Assim os pais encontram dificuldades em aceitar que tudo isto está acontecendo e porque motivo ocorreu com eles (AVERY et al., 1999).

Desta forma, no lugar da comemoração surge a preocupação com a saúde e a vida do RN. Estes sentimentos não se dissipam rapidamente, mas à medida que os dias vão progredindo e que o pré-termo começa a crescer, os pais passam a acreditar que seu filho irá provavelmente sobreviver (DIÓGENES FARIAS GOMES et al., 2019).

O papel do enfermeiro dentro de uma UTIN representa um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, considerando que o RN não fala, é extremamente vulnerável, principalmente no caso do pré termo, e totalmente dependente da equipe que lhe está prestando assistência (DIÓGENES FARIAS GOMES et al., 2019).

O enfermeiro é responsável por diversas atribuições, entre elas: promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo); observar o quadro clínico (monitorização dos sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial); fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas (se possível, aleitamento materno); realizar controle de infecção; educar os pais; organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem; desenvolver atividades multidisciplinares; orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados (DIAS, M. S et al, 2023).

No período neonatal estaria fortalecendo-se o vínculo afetivo entre pais/bebê, mas quando o filho precisa ser encaminhado para uma UTI NEO, logo após o parto, esta ligação pode ficar prejudicada . O papel do enfermeiro também envolve o relacionamento com os pais do RN, ajudando os mesmos a começarem a estabelecer o vínculo com seu filho durante o período de internação na UTIN (AVERY et al., 1999).

Promover e facilitar a integração do RN com seus pais, faz parte do cuidado integral, pois com este gesto podem aumentar as chances da formação do vínculo pais/bebê mais seguro e duradouro para ambas as partes (DIAS, M. S et al, 2023).

De acordo com o mesmo autor, ajudar os pais a reconhecer e responder aos comportamentos de seus filhos é parte essencial deste processo, e esta habilidade pode ser utilizada de maneira complementar à atuação da equipe de enfermagem, permitindo que os pais participem dos cuidados com o filho, fornecendo apoio e aconchego após as intervenções de rotina.

É necessário explicar os procedimentos realizados, os tratamentos utilizados e

reforçar continuamente as informações passadas pelo médico do RN, em relação à sua condição e prognóstico. A enfermeira constitui uma fonte de apoio para os pais (AVERY et al., 1999).

O enfermeiro deverá estar sempre informado sobre o estado de saúde do RN, os equipamentos e fármacos que este está utilizando, bem como possíveis intercorrências ou exames que necessite realizar, pois assim, poderá orientar os pais sobre todos os detalhes do tratamento do filho, demonstrando interesse na melhora do RN e adquirindo a confiança dos pais, fazendo com que os mesmos sintam-se parte do tratamento e desenvolvendo uma percepção realista da evolução do RN e de seu prognóstico, ajudando a reduzir o medo do desconhecido. Segundo os mesmos autores, os pais, muitas vezes estão em um estado emocional debilitado e em consequência disto poderá ser difícil para os mesmos lembrar e assimilar todas as informações recebidas. Portanto, o enfermeiro deverá estar sempre disponível para responder aos questionamentos, quantas vezes for necessário e caso não saiba responder, buscar a informação e repassá-la na primeira oportunidade (FREITAS, M. C. N. DE et al. 2018).

A comunicação é necessária ao relacionamento interpessoal profissional da enfermeira com os pais. A equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação verbal e não-verbal, capacidade de ouvir atentamente, saber o que falar e quando falar e utilizar uma linguagem clara e acessível. Além da linguagem apropriada para o nível de conhecimento dos pais, a equipe de enfermagem deve proporcionar aos mesmos e a outros familiares, a oportunidade de visualizar e tocar o RN; este gesto é extremamente útil ao desenvolvimento do apego e do vínculo afetivo após o nascimento (FREITAS, M. C. N. DE et al. 2018).

É de grande importância que o enfermeiro oriente a sua equipe a oportunizar aos pais, sempre que possível, momentos em que estes possam interagir com o RN, perguntar se eles já escolheram o nome para reforçar a identidade do pré-termo, encorajá-los a olhar, tocar e segurar seu filho e prestar menos atenção nos equipamentos a sua volta, auxiliando-os a lidar com a situação de um modo mais real. Fazer observações sobre a semelhança do RN com os pais, como a cor do cabelo, traços faciais, ajudando assim a aumentar o apego com o filho (AVERY et al., 1999).

Uma das maneiras de minimizar a ansiedade dos pais, instalada durante a internação, é fornecer desde o primeiro momento (mas somente quando os pais já possuem condições de assimilar informações consideradas imprescindíveis), explicações de como funcionam as rotinas da unidade, mostrando como ocorrem os procedimentos mais comuns e que serão realizados diariamente. O fornecimento dessas informações, logo no período de internação, significa não apenas um elemento importante no cuidado prestado, mas também, um avanço no relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e os pais (FREITAS, M. C. N. DE et al. 2018). Entretanto, é preciso considerar a disposição dos pais na participação do cuidado do RN, dar tempo e espaço para que aprendam a trabalhar

suas emoções e, se possível, ajudá-los a perceber sua capacidade e importância nos cuidados do filho. É preciso também que haja um acompanhamento após a alta hospitalar por parte da equipe, para que possa haver avaliações contínuas durante todo o crescimento e desenvolvimento do RN (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 210).

A equipe de enfermagem devido a sua disponibilidade, permanência, acessibilidade e à variedade de contexto nos quais encontra o RN, tem a oportunidade de aliviar o intenso estresse e ansiedade dos pais pela internação do filho e as complicações que possam decorrer desta. Os pais necessitam de um enfermeiro capaz, que lhe ajude a olhar esses momentos como possibilidades de superar-se nas habilidades que lhe faltam para o enfrentamento da patologia do RN (SCOCHI et al., 2003).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração pela equipe de enfermagem, diz respeito aos horários de visitas que são dispensados aos familiares, sendo estes, momentos em que o envolvimento dos pais e familiares com a equipe poderia ser intensificado no sentido de se promover o vínculo com a criança. Sem dúvida, esta é uma oportunidade de a enfermagem prestar-lhes informações, não apenas sobre o quadro clínico, mas sobre o funcionamento do setor, equipamentos, e, sobretudo, demonstrar interesse pela presença e pelos cuidados que podem ser prestados pelos familiares ao recém-nascido (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 210).

Nesse sentido, o enfermeiro de unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre os pais e o RN pré-termo, visando estabelecer o vínculo e apego, tendo em mente que esse é um processo gradual que pode levar mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós natal (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 215).

Prevenir ou minimizar a separação dos pais e o RN pré-termo é a principal meta da enfermagem, a manutenção do contato entre estes é benéfica para todas as partes envolvidas. A melhor abordagem é encorajar os pais a permanecerem com seu filho e a participarem nos cuidados, sempre que possível. O primeiro requisito é a atitude positiva da equipe em relação aos pais. O encorajamento e a permanência dos pais na UTIN e a ligação destes com o RN, será facilitada quando a equipe hospitalar aprecia e dá importância a permanência dos mesmos na unidade (SCOCHI et al., 2003).

3 | FONTES PARA O VÍNCULO PAIS/BEBÊ

Durante as leituras, foi observado a existência de métodos que podem ajudar na formação do vínculo pais/bebê. Estes são: a formação de grupos de pais e o método canguru.

3.1 Formação de grupos de pais

Os pais encontram tanto apoio quanto um alívio considerável ao poder falar com

outros pais que estejam vivenciando uma situação parecida, expressando e compartilhando seus sentimentos íntimos. Todos eles passam por uma crise severa após o nascimento de um RN pré-termo e expressam contentamento ao poderem falar sobre suas angústias e medos que permeiam este período. De acordo com os mesmos autores, estes grupos são extremamente efetivos para ajudar os pais a lidarem com suas dúvidas, proporcionando um apoio que os ajuda a lidar com este momento tão difícil. O contato com outros pais, que atravessam a mesma situação, ou que já passaram por isto e superaram é de grande valia (OTAVIANO, F. DE P.; DUARTE, I. P.; SOARES, N. S. 2015).

Existem três (3) períodos de tempo em que o contato com os outros pais são importantes. O primeiro é o do nascimento ou logo após este; o segundo na alta hospitalar e o terceiro é quando o RN atinge cinco (5) ou seis (6) meses de idade. 29 Muitas vezes o casal acredita que a vivência do parto e nascimento prematuros é algo bem particular, ou seja, que só acomete à sua família. Esta percepção é construída a partir das sensações de medo e apreensão geradas pelo acontecimento inesperado e incerto que, por períodos variados, de certa forma, dilui os sonhos e transforma a realidade em um fardo pesado demais para se superar. Porém, ao ingressarem na unidade neonatal, paulatinamente, começam a perceber que esta realidade também faz parte da vida de tantas outras famílias, e então, ao perceberem que possuem “parceiros”, o pai e a mãe prematuros parecem conquistar força renovada para lidar com a situação e, aos poucos, dialogando com esses pares, são levados a uma melhor condição de aceitação e superação das frustrações, tornando o dia-a-dia mais ameno (FREITAS, M. C. N. DE et al., 2018)

A formação de grupos de apoio para os pais é uma das melhores formas de promover conforto e orientações aos mesmos. O enfermeiro é o profissional responsável pela organização destes grupos e dos assuntos que serão abordados, trazendo outros membros da equipe interdisciplinar para falarem sobre diversos assuntos. O enfermeiro deverá deixar os pais a vontade e se mostrar solícito em relação aos seus questionamentos, respondendo a todas as perguntas e repetindo caso seja necessário. Com esta atitude os pais entenderão melhor o prognóstico do filho, ficando assim mais próximos do mesmo, auxiliando nas tarefas com o RN e aumentando o vínculo (SARAIVA et al., 2006).

3.2 Método canguru

O método canguru, que pode também ser chamado de contato pele a pele, foi originado em 1979, em Bogotá/Colômbia, ganhando este nome devido a maneira pela qual as mães carregavam seus filhos após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais (MATOZO, A. M. DE S. et al.).

No Brasil foi reconhecido pelo Ministério da Saúde através da Portaria n 693, de 5 de julho de 2000. Este método pode ser realizado pelo pai, a mãe ou outro familiar do RN, aumentando assim o contato entre os mesmos e favorecendo o vínculo entre os

participantes (SARAIVA et al., 2006).

Tem como objetivo manter o RN aquecido, melhorar o padrão respiratório, reduzir os riscos de infecção hospitalar, aumentar o ganho de peso diário, promover e melhorar a amamentação e favorecer o apego entre ambos (SARAIVA et al., 30 2006). Atualmente está sendo desenvolvida em três etapas. A primeira ocorre previamente ao nascimento, com a identificação das gestantes de risco para parto pré-termo. Na segunda etapa, o RN deverá estar numa condição clínica estável, tende um peso mínimo de 1250kg e ganhando peso diariamente. A terceira e última etapa, ocorre na alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial (BRASIL, 2002).

O Método é definido como um tipo de assistência neonatal que implica no contato direto pele a pele entre os pais e o RN, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, podendo permanecer nesta posição durante as vinte e quatro (24) horas do dia, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado com seu filho. “Sua aplicação varia de acordo com o país, sendo que, no Brasil, é utilizado com o objetivo de incentivar a formação do vínculo e do apego pais/bebê pré-termo e/ou de baixo peso” (MATOZO, A. M. DE S. et al. 2021).

Existem evidências de que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo. A pele, maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o contato pele a pele, que no MMC implica o contato cutâneo corpo/tórax entre o bebê prematuro e sua mãe, pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como do outro. O conhecido efeito do contato pele a pele como um estimulador da liberação de ocitocina parece desempenhar um importante papel no comportamento da mãe e afetar positivamente o seu humor, facilitando o contato com o bebê (OTAVIANO, F. DE P.; DUARTE, I. P.; SOARES, N. S. 2015).

A separação do RN de seus pais, imposta pelas condições clínicas do filho e por normas das UTIN convencionais, pode levar a uma interferência negativa na formação dos laços afetivos, o que pode afetar o posterior desenvolvimento psicoemocional deste (MATOZO, A. M. DE S. et al.).

Levando em consideração os efeitos que poderão ser causados tanto nos pais como no filho, os mesmos autores citam que o enfermeiro deve auxiliar e estimular o método canguru dentro da UTIN, assim contribuindo para a formação e manutenção do vínculo pais/bebê. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto. Só serão considerados como “Método Canguru” os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2002, p. 18).

Para a implantação e realização do método canguru é necessária a conscientização e a participação da equipe médica, da equipe de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta,

terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, ou seja, toda a equipe que presta cuidados ao RN. O ambiente deve ser calmo e confortável, para melhor acomodar os participantes e propiciar o menor número de distrações possíveis. O método canguru é fundamental para humanizar o ambiente da UTIN, auxiliando na promoção de um cuidado de excelência (BRASIL, 2002)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os pais é muito doloroso receber a notícia de que o filho precisará de cuidados especializados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, um ambiente frio com procedimentos e profissionais desconhecidos. Durante este processo de internação surgem muitas dúvidas acerca do estado de saúde do filho, do âmbito hospitalar e tudo que o rodeia. O apoio emocional por parte da equipe de enfermagem é de extrema importância no processo de internação na UTIN, com ele os pais se sentem mais seguros e confiantes, aumentando a aproximação com o filho e fortalecendo, dessa forma, o vínculo pais/bebê. Tornar a UTIN um ambiente acolhedor e acolhedor para os pais é uma das responsabilidades do enfermeiro, nota-se que esse deve estar presente neste momento difícil, assim os pais se sentem mais confiantes para compartilhar dúvidas e sentimentos, confiando e integrando-se a toda equipe, ficando, dessa forma, mais próximo do filho.

O toque e o diálogo são apreciados e vivenciados por ambos e torna-se uma forma de comunicação e identificação dos pais para com o RN. Observa-se que o vínculo entre os pais e seus filhos deve ser sempre estimulado pelo enfermeiro, os pais precisam de estímulos e orientações para começar o relacionamento com o RN, pois no início da internação eles não se sentem seguros, precisando de incentivo por parte de toda equipe para se sentirem confiantes e fortalecer as relações afetivas.

Outra questão importante para que os pais possam vincular-se de forma bem sucedida ao filho, são as orientações escritas e verbais que receberam no momento da internação do RN na UTIN e ao longo dessa. Essas informações são repassadas por algum integrante da equipe de enfermagem, sendo responsabilidade do enfermeiro esta atividade, podendo ser ineficientes se forem utilizadas isoladamente, deixando assim dúvidas aos que as receberem. Os pais reagem de uma forma diferente à internação do filho, alguns buscaram informações questionando a equipe de enfermagem sobre o quadro clínico do RN, o ambiente e a rotina da UTIN, outros acabaram ficando mais isolados com receio de perguntar. Isso nos demonstra que a orientação escrita deve ser complementada com a verbal e vice-versa, e que o enfermeiro deve dar atenção especial a esse aspecto, repassando a todos os pais, sem exceção, as orientações de forma clara, respeitando o nível de entendimento e o tempo necessário para cada pessoa, pois a falta dessas pode levar a um distanciamento do filho por não saberem como agir e interagir com o RN, dificultando dessa forma o vínculo afetivo entre eles. Quando um RN interna na UTIN,

os cuidados que antes seriam realizados pelos pais no domicílio, agora passam a ser realizados pela equipe de enfermagem, para essa, os procedimentos são rotineiros, mas para os pais são totalmente novos.

Assim, a unidade neonatal passa a ser um ambiente de aprendizado com trocas de experiências, onde os pais vão aprender a cuidar do filho para quando este receber alta hospitalar. Essa é uma parte crítica da internação, pois está nas mãos da equipe de enfermagem auxiliar os pais com os cuidados do RN, esses devem ser orientados e estimulados a participarem dos cuidados com o filho, sentindo-se mais úteis e participantes do processo de internação do RN, aumentando assim as chances de uma vinculação bem sucedida e duradoura.

Conclui-se que, a participação ativa do pai no processo de internação neonatal do filho, realizando visitas diárias, participando e interagindo com o RN através do método canguru, toque, diálogo e realizando procedimentos como troca de fraldas. Incentivar a presença do pai na UTIN é papel do enfermeiro, para que essa seja uma realidade cada dia mais frequente no âmbito da UTIN.

REFERÊNCIAS

AVERY et al. Neonatologia: fisiologia e tratamento do recém-nascido. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

DIAS, M. S.; RIBEIRO, S. N. S.; WALT, C. M. R. F.; CABRAL, L. A. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo modelo. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [S. l.]*, 2016. DOI: 10.19175/recom.v0i0.919. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/919>. Acesso em: 18 set. 2023.

DIÓGENES FARIAS GOMES et al. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL NO BRASIL. *Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, v. 20, n. 1, 5 jun. 2019.

FREITAS, M. C. N. DE et al. Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 12, n. 40, p. 228–242, 30 maio 2018.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre, RS: Artmed, 2000.

MATOZO, A. M. DE S. et al. MÉTODO CANGURU: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, n. 36, 14 dez. 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. Brasília, 2002.

OTAVIANO, F. DE P.; DUARTE, I. P.; SOARES, N. S. assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (utin)/ assistance to nursing neonate premature in intensive care units neonatal (NICU). *Saúde em Foco*, v. 2, n. 1, p. 60–79, 1 jan. 2015.

Portaria MS no 3.432, de 12 de agosto de 1998. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_3432B.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

SARAIVA, C. A. S. et al. Atenção humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2006.

REICHERT, A. P. Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro: uma abordagem fenomenológica. 1998. 97 p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 1998.

RISCOS NO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A GRAVIDEZ: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2023

Mariana Sofia Ferreira Alencar

Julia Beatriz Nunes Gomes

Anna Júlia Rabelo Rodrigues

Tamila Cunha Pikhardt

Marcos André de Matos

Meillyne Alves dos Reis.

RESUMO: Introdução: É na consulta pré-natal, no âmbito da Atenção Básica, a realização da investigação criteriosa dos antecedentes familiares e hábitos da gestante. Em relação ao histórico para uso de substâncias psicoativas, deve-se atentar para detecção do uso crônico ou situação de risco, como intoxicações agudas, risco de suicídio, autoagressão e morbidades psiquiátricas. **Objetivo:** Revisar na literatura científica o que há descrito acerca do papel do enfermeiro frente ao atendimento de gestantes dependentes químicas (licitas e ilícitas) no pré-natal. **Métodos** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com as etapas metodológicas na prática baseada em evidências proposta na literatura e

recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), a partir do ano de 2000, marco da instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) até 2022. **Resultados:** a redação final foi composta de 12 (doze) artigos científicos distribuídos em tabelas e quadros sinópticos. A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: dependentes químicas (licitas e ilícitas) - os seus feitos na ciclo gravídico-puerperal; e o pré-natal - atuação da equipe multiprofissional no contexto de mulheres dependentes químicas (licitas e ilícitas). **Considerações finais:** o número de mulheres que fazem uso de psicofármacos durante a gravidez é sub-diagnosticado, seja pela baixa adesão ao PN, seja por preconceito, seja por falta de atendimento por possível constrangimento diante da equipe multiprofissional. Tal feito revela-se um problema de saúde pública, que requer práticas reorientadas de atenção à esta clientela.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado pré-natal; cuidados de enfermagem; transtornos relacionados ao uso de substâncias.

INTRODUÇÃO

A gravidez ocasiona inúmeras mudanças / transformações na vida mulher e da rede de apoio¹. A forma como essas mudanças / transformações são vivenciados, dependerá da resposta inicial ao diagnóstico gestacional e o contexto social atual (intencional, planejada, acidental, dentre outros). Dentre as inúmeras mudanças, as manifestações fisiológicas da gravidez, requerem atenção especial, uma vez que, resultam em indícios e avaliação integral para o desenvolvimento gestacional^{1,2}.

À evidencia da gestação acompanha alterações fisiológicas e anatômicas que confirmam a necessidade de cuidado e acompanhamento periódicos, o qual denomina-se assistência pré-natal (PN)². À assistência pré-natal (PN) consiste no conjunto de ações e medidas que compreendem a prevenção, promoção e proteção da saúde materno-fetal, objetivando a redução da morbimortalidade materno-fetal^{2,3}. Os profissionais que atuam no pré-natal (PN) são conhecidos como pré-natalistas, suas condutas favorecem à identificação, tratamento e acompanhamento das intercorrências de forma integral e humanizadora⁴.

É na consulta pré-natal (PN), no âmbito da Atenção Básica, a realização da investigação criteriosa dos antecedentes familiares e hábitos da gestante. Em relação ao histórico para uso de substâncias psicoativas, deve-se atentar para detecção do uso crônico ou situação de risco, como intoxicações agudas, risco de suicídio, autoagressão e morbidades psiquiátricas^{4,5}.

O acompanhamento realizada no pré-natal (PN), a cada consulta e/ou encontro, possibilita classificá-lo em risco habitual ou baixo e alto risco⁴. O risco habitual compreende a gestação em que não foram identificadas condições que aumentem os riscos para o binômio (mãe-filho). As gestante consideradas de “alto risco” devem ser encaminhadas para seguimento com equipe especializada^{3,4,5}. A assistência pré-natal (PN) de qualidade deve, além de seguir recomendações científicas atuais, entender à individualidade de cada gestante e fazê-la sentir-se segura e acolhida⁶.

Gestantes em uso de substâncias psicoativas (SPA) são classificadas como pré-(PN) de alto risco³. O uso abusivo de drogas é considerado problema de saúde pública, acarreta uma série de eventos sociais adversos tais como: crises familiares, violências e hospitalizações evitáveis, aumento da taxa de ocupação de leitos hospitalares^{7,8,3}.

No ano de 2011 foi criado a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) pela Portaria GM/MS nº 3.088, para articular e integrar os serviços de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. A Raps ampliou o cuidado em saúde (ênfase no acolhimento com escuta qualificada e organizou o acompanhamento integral e contínuo das pessoas com

transtornos mentais, usuários de drogas e seus familiares)^{9,3}.

A Raps designou o atendimento ao público-alvo da saúde mental da seguinte forma: Centros de Atenção Psicossocial (Caps) referência para o tratamento da população adulta com transtornos mentais severos e persistentes; Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) referência para as crianças e adolescentes com transtornos mentais; e os Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPSad) referência para pessoas com problemas com uso de substâncias psicoativas (SPA)^{9,10}.

No caso de gestantes há que se considerar o contexto sociocultural que a mesma está inserida, afim de promover análise e intervenções de riscos decorrentes de suas inúmeras vulnerabilidades, para tomar providências cabíveis. Dentre tais providencias encontra-se os encaminhamentos para o PN de alto risco e até mesmo para o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD II ou III)¹¹.

A abordagem de temas relacionados sobre o uso de SPA por mulheres em idade reprodutiva aumentou muito, com isso cresce também a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal (PN) das mesmas¹¹. As evidências apontam que o uso de SPA por parte das gestantes em sua grande maioria tem ocorrido por desconhecerem os ricos ocasionados ao binômio^{10,11,8}.

A aproximação com o objeto de estudo surgiu durante as atividades práticas da disciplina de enfermagem em obstetrícia. Na oportunidade vivenciou-se o nascimento de crianças Pequenas para a Idade Gestacional (PIGs) ou até mesmo com lesões físicas irreparáveis associadas ao uso de SPA. Tal situação levou-se a questionar as condutas relacionadas ao PN e a adesão deste tanto por parte das pacientes, acompanhantes, profissionais e gestores de saúde.

Nesse sentido faz-se necessário que os conhecimentos acerca do uso SPA em gestantes sejam amplamente divulgados não só entre os profissionais de enfermagem, mas sim para toda à equipe multidisciplinar / interdisciplinar que presta assistência à esse público. Acredita-se que tal feito poderá favorecer e ampliar condutas de maior qualidade, segurança e atender de forma humanitária e integral as necessidades desse público-alvo. Os estudos acerca da temática, evidenciam que no Brasil, assistência PN à mulher em uso SAP caracteriza-se pelo acolhimento e informação insuficiente, o que requer mudanças na prática. As mulheres se sentem julgadas e sem apoio, sofrem discriminação, frustração e violações de direitos, e essas condições, por sua vez são resultantes de tensão e desconfortos tanto físicos quanto psicológico^{5,1}.

O presente estudo objetivou-se revisar na literatura científica o que há descrito acerca do papel do enfermeiro frente ao atendimento de gestantes dependentes químicas (lícitas e ilícitas) no pré-natal (PN), bem como identificar as drogas mais comumente utilizadas pelas mulheres em idade reprodutiva, compreender os fenômenos socioeconômicos que levam ao uso abusivo de entorpecentes lícitos ou ilícitas nesse período e as consequências acarretadas no desenvolvimento do nascituro (vida intrauterina e extrauterine).

MÉTODOS

Trata-se um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, de acordo com as etapas metodológicas na prática baseada em evidências proposta na literatura e recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)^{12,13}. O estudo seguiu 06 (seis) etapas: elaboração da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

A formulação da pergunta norteadora considerou o acrônimo PVO¹⁴ onde (P) População – gestantes dependentes químicas (lícitas e ilícitas); (V) Variável – uso de substâncias psicoativas; (O) Outcome / Resultado – condutas da enfermagem para minimizar os riscos. Assim a pergunta norteadora do estudo foi: qual o papel do enfermeiro frente ao atendimento de gestantes dependentes químicas (lícitas e ilícitas), no PN? A atuação do enfermeiro é efetiva na minimização dos danos ocasionados no uso das substâncias psicoativas no período gravídico-puerperal?

A amostra foi composta de artigos publicados em meios eletrônicos dispostos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e disponíveis em texto completo nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine - National Institutes of Health (NIH) – Medline / Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Web of Science via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) por todos os pesquisadores, a partir do ano de 2000, marco da instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) até 2022.

Os critérios de inclusão adotados para a textos completos originais disponíveis (free), na íntegra, independentemente de sua natureza (pesquisa de campo, artigos de opinião, documental ou oriundos de dados secundários) no período compreendido a partir do ano de 2000 até 2022; artigos publicados nos idiomas português e inglês; e relacionados ao tema proposto para estudo. Os critérios de exclusão foram artigos em outros idiomas; artigos duplicados entre as bases de dados; artigos que não contemplavam o período proposto; e que não respondiam ao objeto de estudo.

Foram trabalhados os seguintes DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) / MeSH (Medical Subject Headings): gravidez; cuidado pré-natal; cuidados de enfermagem; transtornos relacionados ao uso de substâncias. À estratégia de busca foi elaborada com os operadores booleanos “AND” e “OR”. À estratégia de busca foi adaptada conforme cada base de dados mantendo aproximação entre os descritores controlados e não-controlados: Gravidez OR Pregnancy OR Embarazo AND Cuidado pré-natal OR Prenatal Care OR Atención Prenatal AND Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias OR Substance-Related Disorders OR Trastornos Relacionados con Sustancias AND Cuidados

de Enfermagem OR Nursing Care OR Atención de Enfermería.

Para a análise de conteúdo foi utilizada a análise temática, os dados serão analisados e dispostos de forma sistemática, por meio de quadros sinóticos, figuras e posteriormente categorizados. Para análise dos dados será adotado as recomendações Whittemore, Knafl, 2005. Os artigos selecionados foram identificados com códigos para sintetização dos resultados, os códigos foram representados pela letra “A” seguida do número cardinal, exemplo: A1, A7, A11. Posteriormente foram avaliados conforme a prática baseada em evidências e os níveis de evidências científicas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base nas estratégias de busca e processo de seleção foram identificados 3.194 artigos científicos. Destes, 1.978 artigos foram elegíveis de acordo com os critérios de elegibilidade relacionados à publicação após aplicação do filtro do ano, disponíveis (free), nos idiomas português, inglês ou espanhol. A seguir, com à análise dos títulos e resumos foram selecionados 530 artigos, sendo selecionados para leitura completa, após essa análise 68 artigos, dos quais 12 artigos compuseram à amostra final.

As publicações incluídas nesta revisão encontram-se distribuídas nas bases de dados BDEF (1), LILACS (3), SciELO (1), NIH – Medline / Pubmed (3), Web of Science (4).

O estudo foi composto de 12 (doze) artigos científicos, utilizados para a redação final (Figura 01).

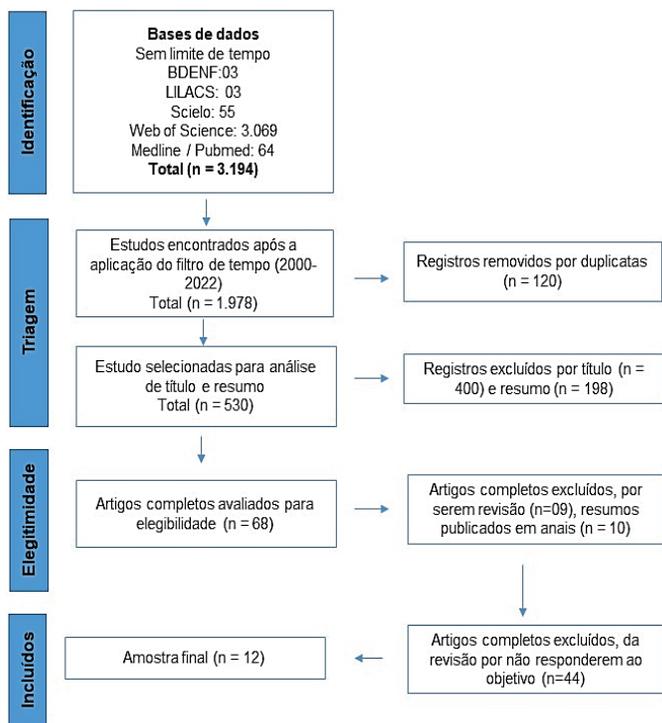


Figura 01: Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos.

Fonte: Elaborado pelos autores, agosto, 2022.

No quadro a seguir, os artigos foram dispostos em código de análise, autor e ano e revista de publicação.

Código	Autor / ano	Revista
A1	Crisóstomo BS, Nascimento AS, Oliveira RA, Balsells MMD, Ribeiro SG, Gadelha IP, et al. / 2022.	Acta paul enferm [Internet]
A2	Dutra AGR, Oliveira AG de, Carneiro BAP, Medeiros EC, Veiga KGC, Lima RSG, Brandalise TK, Coelho TB, Ferraz VCR, Roza TCBN. / 2021.	REAC [Internet]
A3	Lopes KB, Ribeiro JP, Dilélio AS, Tavares AR, Franchini B, Hartmann M. / 2021.	Rev Enferm UFSM [Internet]
A4	Silva FTR, Fernandes CAM, Tamais MLB, Costa AB, Melo SCCS. / 2020.	Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]
A5	Peters, AA et al. / 2020.	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
A6	Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. / 2019.	Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet].
A7	Rodrigues AS, Oliveira JF de, Suto CSS, Coutinho M da P de L, Paiva MS, Souza SS. / 2017.	Rev Bras Enferm [Internet].
A8	Silva, AG, Rodrigues, TCL, Gomes, KV. / 2015.	Revista Psicologia Política

A9	Porto NP, Oliveira FJ, Campos PCA, Pires SGC. / 2015.	Rev Baiana Enferm
A10	Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. / 2014.	Esc Anna Nery [Internet].
A11	Pereira SVM, Bachion MM. / 2005.	Rev Bras Enferm [Internet].
A12	Martinez L del C, Ferriani M das GC. / 2004	Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].

Quadro 1: Distribuição de artigos segundo codificação, autor/ano e periódico.

Fonte: Elaborado pelos autores, agosto, 2022.

Observa-se que a produção do conhecimento sobre o tema concentrou-se no período compreendido de 2022 a 2004. Sendo assim distribuídos: 01 (um) em 2022; 02 (dois) em 2021; 02 (dois) em 2020; 01 (um) em 2019, 01 (um) em 2017, 02 (dois) em 2015, 01 (um) em 2014, 01 (um) em 2005 e 01 (um) em 2004.

Em seguida os artigos foram dispostos de acordo com a codificação e classificados conforme a prática baseada em evidências (PBE)¹³. (Quadro 2).

Código	Título	Nível de evidência
A1	Determinantes sociais da saúde e o uso de drogas psicoativas na gestação.	III
A2	Complicações gestacionais relacionadas ao uso de drogas por gestantes.	V
A3	Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas.	III
A4	Prevalence and factors associated with the use of drugs of abuse by pregnant women.	III
A5	Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.	IV
A6	Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação: Educational actions for preventing pregnancy-related complications.	V
A7	Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras.	IV
A8	Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção.	IV
A9	Acesso aos serviços de saúde: Fatores associados ao envolvimento de gestantes com drogas.	III
A10	Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas.	IV
A11	Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.	IV
A12	Relación entre las características de la adolescente embarazada y la resistencia al consumo de droga.	IV

Quadro 2 Distribuição de artigos, segundo codificação, título na íntegra e nível de evidência.

Fonte: Elaborado pelos autores, agosto, 2022.

Em análise do quadro 2, observa-se que a metade dos estudos compreendem o nível de evidências IV (n=06/50,00%), seguido do nível de evidências III (n=04/33,33%) e nível de evidências V (n=2/16,67). O quadro a seguir traz à especificação do local, população e delineamento do estudo (Quadro 3).

Código	Local	População / amostra	Delineamento do estudo
A1	Universidade Federal do Ceará (UFC)	344 prontuários	Documental e retrospectivo
A2	Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	-	Revisão integrativa
A3	Hospital Escola do interior do Rio Grande do Sul	174 gestantes e puérperas.	Transversal, descritiva
A4	Bandeirantes-PR	114 gestantes	Transversal, descritiva
A5	Minas Gerais-MG.	09 enfermeiros sendo 02 homens e 07 mulheres.	Qualitativo, descritivo-exploratório
A6	Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	-	Revisão integrativa
A7	Maternidade pública de Salvador/BA	42 enfermeiras	Qualitativa
A8	Região Sudeste no Estado de São Paulo	80 participantes (professores, adolescentes gestantes e não gestantes)	Qualitativo, descritivo-exploratório
A9	Maternidade pública de Salvador/BA.	268 gestantes	Transversal
A10	Maringá/PR.	25 mulheres usuárias de drogas.	Qualitativo Descritivo / longitudinal
A11	Anápolis-Go	11 gestantes	Qualitativo Descritivo / longitudinal
A12	Córdoba, Argentina,	20 adolescentes grávidas	Qualitativo Descritivo / longitudinal

Quadro 3 Distribuição de artigos segundo codificação, local, população / amostra e delineamento do estudo.

Fonte: Elaborado pelos autores, agosto, 2022.

Em seguida os dados foram analisados conforme o objetivo de cada estudo e seus principais achados em relação ao tema (Quadro 4).

Código	Autor / Ano	Objetivo	Principais achados
A1	Crisóstomo BS, Nascimento AS, Oliveira RA, Balsells MMD, Ribeiro SG, Gadelha IP, et al. / 2022	Analisar a relação entre os Determinantes Sociais de Saúde e o uso de drogas psicoativas em gestantes de risco habitual.	A maioria das gestantes tinha de 20 a 34 anos de idade, com companheiro, nível de escolaridade secundário e economicamente ativa. Quanto aos dados obstétricos, a maioria teve até três gestações, ausência de cumprimento do número mínimo de consultas preconizadas pelo ministério da saúde. Em relação ao uso de drogas psicoativas, aparece entre as gestantes tais como: etilismo, uso de drogas ilícitas e do tabagismo. Ocorreu uma significância estatística entre o uso de drogas vasoativas e a condição gestacional. As mulheres multigestas apresentaram mais de cinco vezes mais chances de praticar o etilismo ($p=0,05$; OR 5,49; IC 1,6-17,8). As mulheres com número inadequado de consultas PN apresentam quase cinco vezes mais chances de praticar o etilismo ($p=0,026$; OR 4,8; IC 1,0-22,6). Mulheres que fizeram suplementação inadequada apresentaram oito vezes mais chances de praticar o tabagismo durante a gestação ($p=0,010$; OR 8,4; IC 1,8-39,1). Observou-se que gestantes com menor escolaridade usaram mais drogas ilícitas ($p=0,048$).
A2	Dutra AGR, Oliveira AG de, Carneiro BAP, Medeiros EC, Veiga KGC, Lima RSG, Brandalise TK, Coelho TB, Ferraz VCR, Roza TCBN. /2021.	Revisar e analisar as possíveis consequências relacionadas ao uso de drogas durante o período gestacional, a partir de uma revisão narrativa sobre o tema.	As mulheres em uso de substâncias lícitas e ilícitas tendem a baixa adesão ao PN, menor vínculo com a equipe de saúde, o que resulta em detecção de complicações materno-fetal durante o período gravídico-puerperal. O acolhimento com escuta qualificada é extremamente importante no atendimento as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, pois reduz significativamente a redução de danos para mãe e para o bebê.
A3	Lopes KB, Ribeiro JP, Dilélio AS, Tavares AR, Franchini B, Hartmann M. / 2021.	Investigar a prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas atendidas no ambulatório de um Hospital Escola.	Houve predomínio de 20 a 29 anos, a maioria casada, ausência de atividade laboral e com ensino médio incompleto. Quanto ao perfil gineco-obstétrico: ocorrência de 1 ou mais abortos, média de gestações 2,55, IG variável de 7 a 41 semanas com predomínio de ≤ 19 a 29 semanas. A maioria das gestantes apresentam número insuficiente de PN, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Em relação a comorbidade associada a gravidez a maioria apresentam: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e Síndromes Hemorrágicas. A maioria fez uso de substâncias psicoativas ao longo da vida, e permanece no uso. Dos agentes psicotrópicos mais utilizados estão o álcool, o tabaco, seguido da maconha.
A4	Silva FTR, Fernandes CAM, Tamais MLB, Costa AB, Melo SCCS. / 2020.	Estimar a prevalência do uso de drogas de abuso nas gestantes e associar com as variáveis escolaridade, renda familiar, raça e número de gestações.	O perfil das gestantes participantes apontam: idade entre 19 e 29 anos, predomínio da raça não branca, média de estudos ≤ 9 anos, renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, a uma minoria usuárias de drogas. Em relação ao perfil obstétrico a maioria multigestas. Quanto ao uso de drogas: houve o predomínio do álcool e tabaco. Quanto ao uso de substâncias ilícitas apenas gestantes 02 (duas) gestantes fizeram uso de maconha, e esta utilização foi concomitante com o álcool e tabaco.

A5	Peters, AA et al. / 2020	Discorrer sobre o pré-natal realizado por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde a gestantes usuárias de substâncias psicoativas.	As entrevistas permitiram identificar e trabalhar os seguintes tópicos, assim distribuídos em categorias temáticas: Atendimento de pré-natal nas UAPS com gestantes usuárias de álcool, crack e outras drogas; Drogas mais utilizadas pelas gestantes e os riscos associados; e Condutas adotadas pelos enfermeiros com as gestantes usuárias de drogas e álcool nas UAPS.
A6	Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. / 2019.	Identificar e descrever as evidências científicas sobre o uso de estratégias educativas na prevenção das complicações na gestação.	Embora não foram encontrados estudos enfatizando a importância de ações educativas no PN de alto risco, uma vez que neste nível de assistência, a gestante necessita de atenção especializada, voltada ao conhecimento para prevenção de complicações na gestação. A construção e utilização de tecnologias em saúde na prática assistencial ao PN de baixo e alto risco viabilizam aos profissionais uma assistência de qualidade contribuindo nos indicadores de mortalidade materno-fetal.
A7	Rodrigues AS, Oliveira JF de, Suto CSS, Coutinho M da P de L, Paiva MS, Souza SS. / 2017.	Analisar representações sociais de enfermeiras acerca do cuidado à mulher envolvida com drogas.	Majoritariamente a população estudada foi composta por enfermeiras do sexo feminino, com idade de 30 a 40 anos, autodeclarada parda e preta, da religião católica, natural de Salvador-BA, com renda acima de 4.000 reais. Metade das participantes possuía mais de um empregatício, com experiência profissional em maternidade inferior a 5 anos. Em relação à atualização sobre a temática das drogas, oito das participantes revelaram ter participado de algum curso/atividade. Os achados evidenciam: o cuidado a mulheres envolvidas com drogas é representado por um conjunto de palavras que evidencia questões teóricas e técnicas científicas, mas confrontadas com experiências na formação, no cotidiano laboral e em idéias e valores atribuídos ao consumo de drogas no período gravídico-puerperal sobretudo.
A8	Silva, AG, Rodrigues, TCL, Gomes, KV. / 2015.	Investigar os efeitos da abordagem da Redução de Danos sobre as escolhas e percepção de risco, em relação ao uso abusivo de drogas e conflitos vivenciados por adolescentes em situação de vulnerabilidade.	À análise e imersão das falas, possibilitou trabalhar os seguintes conteúdos: o conflito responsabilidade x divertimento/prazer; a falta de confiança dos adultos para com os adolescentes; a sexualidade; as drogas; o respeito e os estereótipos. A expressão livre dos adolescentes possibilitou maior adesão às propostas e possibilidade de reflexão, estimulada pela metodologia grupal, contribuindo com uma possível revisão de conceitos pré-estabelecidos.

A9	Porto NP, Oliveira FJ, Campos PCA, Pires SGC. / 2015.	Verificar a associação entre as características de acesso aos serviços de saúde e o envolvimento de gestantes com álcool e outras drogas.	Os achados foram: dificuldades vivenciadas pelas gestantes no acesso aos serviços de saúde independentemente do envolvimento com o álcool e outras drogas; inúmeras preocupações tais a demora na marcação de consultas e no ato de receber os resultados; inacessibilidade ao conhecimento de seus direitos e deveres no contexto do PN; alta prevalência envolvimento com SPAs por gestantes e as limitações e os desafios dos profissionais de saúde em lidarem com o envolvimento e as vulnerabilidades vivenciadas. Achados relevantes: a chance de usar drogas é duas vezes maior para as mulheres que não conheciam políticas públicas de saúde (OR:2,00 IC:0,67-5,93); a não participação em atividades educativas apresentam 2,27 vezes mais chance de conviver com pessoa usuária de drogas (OR: 2,27 IC: 0,11-43,52).
A10	Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. / 2014.	Identificar percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas de abuso.	As participantes referiram dificuldade em abandonar o uso de drogas e que as informações, sobre isto, durante o PN são insuficientes. Evidenciou-se, na maioria das participantes o medo em relação as consequências ocasionados à elas e especialmente ao bebê pelo uso de drogas. Nos achados também aparecem aquelas que não tenham nenhum tipo de preocupação quanto à isso e que não se importam nem em frequentar regularmente o PN, pois não se sentem apoiadas pela equipe de saúde.
A11	Pereira SVM, Bachion MM. / 2005	Analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes de baixo-risco.	No transcorrer do acompanhamento pré-natal foram identificados vinte e cinco diferentes Diagnósticos de Enfermagem, na população pesquisa, foram eles: Risco para infecção (DST/AIDS); Risco para infecção tétano puerperal e neonatal; Déficit de autocuidado (banho e higiene); Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar); Padrão do sono perturbado; Intolerância a atividade percebida; Incontinência urinária por pressão; Comportamento de busca de saúde percebido; Conhecimento deficiente (diferentes assuntos); Risco para amamentação ineficaz; Risco para lesão fetal e materna (hipertensão arterial); Constipação; Risco para lesão fetal (nicotina); Náusea; Dor (no punho); Crescimento desproporcional da gestante; Campo de energia perturbado; Eliminação urinária prejudicada; Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais; Risco para Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Integridade de pele prejudicada; Risco de infecção (colo de útero); Risco para infecção (tétano); Membrana mucosa oral prejudicada; Integridade tissular prejudicada (colo de útero).

A12	Martinez L del C, Ferriani M das GC. / 2004	Identificar o contato com drogas lícitas e ilícitas, bem como a decisão de rejeição, interromper ou reduzir o consumo	A gravidez na adolescência foi resultado de início da vida sexualmente ativa com idade de 14 anos. Tal condição levaram essas meninas a terem que dependerem financeiramente de seus companheiro. A dependência social e afetiva, as levaram ao uso de drogas lícitas e ilícitas, na tentativa de minimizar à ansiedade e suprimento da falta afetiva. Em especial a opção pela uso do cigarro foi associada a ansiedade e incapacidade de superar o sentimento de solidão, mesmo sabendo os malefícios deste para o bebê acabam consumindo.
-----	---	---	--

Quadro 4 Distribuição de artigos sobre segundo codificação, autor / ano de publicação, objetivo do estudo e conclusões/considerações finais.

Fonte: Elaborado pelos autores, agosto, 2022.

A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: dependentes químicas (lícitas e ilícitas) - os seus feitos na ciclo gravídico-puerperal; e o PN - atuação da equipe multiprofissional no contexto de mulheres dependentes químicas (lícitas e ilícitas).

Categoria A - Dependentes químicas (lícitas e ilícitas): os seus feitos na ciclo gravídico-puerperal.

Os autores A1, A2, A3, A11, A12 afirmam que o uso de drogas lícitas e ilícitas no período gravídico-puerperal ocasiona várias complicações materno-fetais. Tais complicações decorrem da capacidade dessas substâncias de atravessar a placenta e a barreira hematoencefálica, afetando negativamente a saúde de ambos^{15,16,17,18,19}.

A2 evidenciou que o número de mulheres que fazem uso de psicofármacos durante a gravidez é subdiagnosticado, seja pela baixa adesão ao PN, seja por preconceito, seja por falta de atendimento por possível constrangimento diante da equipe multiprofissional. Além disso, conseguiu associar que os efeitos do uso de drogas durante a gravidez estão relacionados ao tipo, dose e tempo da substância utilizada, mas as consequências mais comuns são vasoconstrição placentária, descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, parto prematuro e até morte fetal¹⁶.

Estudos semelhantes foram encontrados em A1, A3 e A4 em relação ao perfil das pacientes pesquisadas. A média de idade das participantes dos estudos centrou-se no perfil de adultos jovens (20 a 24 anos), a maioria autodeclaradas não brancas, casadas, com média de escolaridade entre ensino fundamental e médio. O uso de substância lícitas ou ilícitas aparece na maioria das participantes do estudo, dentre as substâncias mais utilizadas tem-se: álcool, tabaco e maconha^{15,17,20}.

Em relação a gravidez na adolescência, 02 (dois) estudos realizaram à abordagem desse tema. A gravidez acarreta, especialmente nas adolescentes, A8 e A12, mudanças psicofisiológicas, devido importantes alterações nos sistemas circulatório, digestivo,

hormonal e esquelético. O uso de drogas nessa fase responde, portanto, à um fenômeno complexo que envolve o comportamento humano e as respostas da sociedade frente à isso^{21,19}.

Os estudos de A1, A2, A6, A7, A9 e A10 abordam que além da população-alvo conhecer, mesmo que com informações consistentes os malefícios acarretados ao binômio decorrentes do consumo de substâncias lícitas e ilícitas durante a gestação, as mulheres apresentam baixa adesão à assistência PN^{15,16,22,23,24,25}.

Nesse sentido, A1, A7 e A9, as evidências encontrados ressaltam a extrema importância do acompanhamento PN de qualidade durante a gravidez. Na oportunidade as ações e condutas realizadas pela equipe multidisciplinar deve contemplar: cuidado integral e humanizado; atendimento das diferentes demandas em relação a construção do vínculo mãe-filho; melhorias no processo de comunicação; intercomunicação entre os serviços de ambulatorio e hospitalar, valorização da busca ativa e visita domiciliar (VD) para favorecer à adesão ao PN^{15,23,24}.

Categoria B - O pré-natal (PN): atuação da equipe multiprofissional no contexto de mulheres dependentes químicas (lícitas e ilícitas)

Os autores A8 e A10 afirmam que há inúmeras dificuldades das gestantes em relação à adesão ao PN e sua participação em grupos educativos^{21,25}. Pode-se alencar as dificuldades tais como: demora no acesso ao PN; dificuldades de agendamento dos exames; convívio das gestantes com pessoas usuárias de drogas; dentre outros⁹.

Os achados de A11 e A12 abordam que envolvimento com as drogas lícitas ou ilícitas, pode influenciar na adesão e qualidade do PN, o que torna-se imperioso a realização de intervenções assistenciais direcionadas às necessidades das gestantes e de seus companheiros^{18,19}.

As evidências de A5 corroboram com a A10 que apontam que embora tenham frequentado as atividades de PN, as gestantes e sua rede de apoio consideraram as orientações insuficientes para atenderem suas demandas, especialmente pela ausência de abordagem referente ao uso de drogas^{26,25}. A10 faz-se necessário sensibilizar os profissionais que atendem ao PN sobre a importância do acolhimento no sentido de esclarecer, apoiar e orientar mães usuárias de drogas, no sentido de minimizar os danos e favorecer a qualidade da assistência PN²⁵.

A2 e A11 ressaltam que os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades para planejar atividades com o tema drogas. Às vezes, por ser um tema polêmico, por estar imerso a tabus e preconceitos, ou até mesmo por não reconhecerem a importância do tema. As orientações quando chegam à ocorrer, são por vezes insuficientes para sanar as dúvidas e mais para produzir ou provocar mudanças no comportamento das gestantes e sua rede de apoio^{16,18}.

Corroborando a isso, A8 evidenciou que à investigação sobre o uso de substâncias durante a gravidez é rara e excluída do cotidiano da maioria dos profissionais devido ao estigma imposto, à falta de compreensão da prevalência e dos recursos de tratamento. Além disso, as gestantes usuárias de substâncias sentem-se incapaz de relatar tal uso aos seus cuidadores devido ao julgamento, principalmente por parte dos profissionais de saúde²¹.

Neste contexto, A11 refere que as ações de saúde com enfoque na consulta de enfermagem direcionadas as gestantes, resultam na diminuição da morbidade materna e complicações placentárias e fetais¹⁸. Portanto, há necessidade de aprimoramento das ações e condutas direcionadas as gestantes e sua rede de apoio na assistência PN, com o intuito de contribuir na melhorias da qualidade, integridade da assistência e redução das vulnerabilidades^{18,23}.

O enfermeiro (a) é um profissional apto a realizar o acolhimento com escuta qualificada, a promoção, proteção, prevenção e detecção de intercorrências no PN. Atua de forma humanizado, integralizada e segura, na prestação da assistência juntamente com demais membros da equipe multidisciplinar em saúde^{18,23,21}.

A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro (a) à identificação e frequência do uso de substâncias psicoativas pelas gestantes^{18,21}. O acesso à essas informações associado ao perfil sócio-econômico e obstétrico dessas mulheres permite planejar cuidados adequados, eficazes e individualizados a binômia. Além disso, produz o cuidado holístico, estimula a desintoxicação e conseqüente proteção materno-fetal dos efeitos adversos perinatais^{18,23}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao revisar a literatura científica sobre o que há descrito acerca do papel do enfermeiro frente ao atendimento de gestantes dependentes químicas (lícitas e ilícitas) no PN encontra-se:

- As substâncias mais consumidas pelas gestantes de risco é o álcool seguida das drogas ilícitas e do tabaco, o opioides, a maconha, cocaína, crack e metanfetamina;
- O uso dessas substâncias afeta a saúde do binômio, tais complicações decorrem da forte capacidade dessas substâncias de atravessar a placenta e a barreira hematoencefálica, afetando negativamente a saúde de ambos;
- O número de mulheres que fazem uso de psicofármacos durante a gravidez é sub-diagnosticado, seja pela baixa adesão ao PN, seja por preconceito, seja por falta de atendimento por possível constrangimento diante da equipe multiprofissional;
- Gestantes em uso de substância químicas (lícitas e ilícitas) revela-se um prob-

lema de saúde pública, que requer práticas reorientadas de atenção à esta clientela.

Diante dos achados sugere-se viabilização da saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, especialmente em uso de substâncias químicas com o objetivo de tonar as ações e condutas mais equânimes, com qualidade e segurança ao binômio e rede de apoio. O cuidado de enfermagem centrado nessas mulheres tem suas ações refletidas nas dimensões cognitivo-emocionais influenciadas por conhecimentos, valores e crenças e fazem parte das vivências multiprofissional, seja no ambiente público ou privados dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MR, Dessen MA. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2012. Jan;29(1):81–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100009>.
2. Barros, SMOD. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. 1 ed. Barueri/SP: Manole, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.: il.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il.
5. Kroeff LR, Mengue SS, Schimidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF. Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2004; 38(2):261-267. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200016>.
6. Filho, ALDS, D'abreu, B. F. Protocolos e condutas em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Medbook, 2021.
7. Tavares A do R, Ribeiro JP, Porto AR, Lopes KB, Hartmann M, de Leon ER, Mota MS. Perfil das gestantes atendidas em um ambulatório no Rio Grande do Sul e o uso de substâncias psicoativas. *REAS* [Internet]. 31jan.2021; 13(1):e5848. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5848>
8. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta paul enferm* [Internet]. 2013;26(5):467–71. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2011.

10. Trevisan ER, Castro S de S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2019Apr;43(121):450–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>.
11. Marcolino TQ, Joaquim RHVT, Wernet M, Giovanetti G, Kishi RGB, Marchi M, et al. Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual   o cuidado em saúde desejado pelas mulheres? *Cad saúde colet* [Internet]. 2018, Jul;26(3):255–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030374>
12. Mother D, Liberati A, Tetzlaff J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/>.
13. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>.
14. Biruel E, Pinto R. Bibliotecário um profissional a serviço da Pesquisa. XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documenta o e Ciência da Informa o. 07 a 10 de agosto de 2011. Maceió: CBBB; 2011. Available from: https://www.academia.edu/9594560/Bibliotec%C3%A1rio_um_profissional_a_servi%C3%A7o_da_pesquisa.
15. Crisóstomo BS, Nascimento AS, Oliveira RA, Balsells MMD, Ribeiro SG, Gadelha IP, et al. Determinantes sociais da saúde e o uso de drogas psicoativas na gesta o. *Acta paul enferm* [Internet]. 2022;35:eAPE0340345. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0340345>.
16. Dutra AGR, Oliveira AG de, Carneiro BAP, Medeiros EC, Veiga KGC, Lima RSG, Brandalise TK, Coelho TB, Ferraz VCR, Roza TCBN. Complica es gestacionais relacionadas ao uso de drogas por gestantes. *REAC* [Internet]. 2021; 35:e8702. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8702>.
17. Lopes KB, Ribeiro JP, Dilélio AS, Tavares AR, Franchini B, Hartmann M. Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2021;11:e45. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/articleA4/view/54544>.
18. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005Nov;58(6):659–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600006>.
19. Martinez L del C, Ferriani M das GC. Relación entre las características de la adolescente embarazada y la resistencia al consumo de droga. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2004Mar;12(spe):333–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700006>.
20. Silva FTR, Fernandes CAM, Tamais MLB, Costa AB, Melo SCCS. Prevalence and factors associated with the use of drugs of abuse by pregnant women. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2020. Oct;20(4):1101–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400010>.
21. Silva, AG, Rodrigues, TCL, Gomes, KV. Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redu o de danos como estratégia de preven o. *Revista Psicologia Política*, 2015. 15(33), 335-354. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000200007&lng=pt&tlng=pt.

22. Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação: Educational actions for preventing pregnancy-related complications. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2019; 87 (25). Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/197>.
23. Rodrigues AS, Oliveira JF de, Suto CSS, Coutinho M da P de L, Paiva MS, Souza SS. Cuidado a mulheres envolvidas com drogas: representações sociais de enfermeiras. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017; 70(1):71–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0339>.
24. Porto NP, Oliveira FJ, Campos PCA, Pires SGC. Acesso aos serviços de saúde: Fatores associados ao envolvimento de gestantes com drogas. *Rev Baiana Enferm*. 2015; 29 (4): 350-60. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29874>.
25. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014Jul;18(3):428–34. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140061>.
26. Peters, AA et al. Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, 2020. 16 (2), p. 66-74, jun. 2020. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000200009&lng=pt&nrm=iso.

ABORDAGENS AVANÇADAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS COM ANEMIA FALCIFORME: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Data de aceite: 01/12/2023

Amanda Cristhina Silva Barbosa

Amanda de Cássia Tulher Gomes

Daniele Aparecida da Silva

Fernando de Faria Rocha Soares

Jéferson de Oliveira Vieira

Larissa Cristina de Souza Veloso

**Nathaly Rhaiane Marinho de Oliveira
Alves**

Nayara Faria Lopes Sales

Ramon Mateus da Silva Matos

Victoria Duarte Silva

Ynara de Souza Fonseca

Cláudia Maria Soares Barbosa

da estrutura da hemoglobina. No Brasil, estudos estatísticos indicam que essa patologia acomete cerca de 3500 crianças por ano. A metodologia foi feita a partir de uma revisão da literatura com caráter exploratório, descritivo e retrospectivo, através de descritores DeCS “Anemia falciforme”, “Enfermagem” e “Crianças” e na base de dados Pubmed, por meio dos mesmos descritores na MeSH. O artigo de pesquisa teve como objetivo central explorar as abordagens avançadas na assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme, identificando os desafios enfrentados com o diagnóstico, tratamento e cuidados contínuos. Os resultados encontrados demonstraram as principais abordagens empregadas pela enfermagem bem como técnicas de trabalho avançadas. Este trabalho evidenciou a complexidade e os desafios intrínsecos à assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme. A abordagem multidisciplinar, juntamente com a aplicação de práticas avançadas, torna-se essencial para garantir uma assistência de qualidade e uma melhor qualidade de vida para os pacientes pediátricos afetados por essa condição.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia falciforme. Abordagem na enfermagem. Crianças com

RESUMO: A anemia falciforme é considerada a doença genética, hereditária e hematológica mais frequente no mundo, sendo predominante nas regiões Sudeste e Nordeste. É uma doença caracterizada pela presença da hemoglobina S (HbS), uma mutação que altera a morfologia

anemia.

ADVANCED APPROACHES IN NURSING CARE FOR CHILDREN WITH SICKLE CELL ANEMIA: CHALLENGES AND PERSPECTIVES

ABSTRACT: Sickle cell anemia is considered the most common genetic, hereditary, and hematological disease worldwide, predominantly affecting the Southeast and Northeast regions. It is characterized by the presence of hemoglobin S (HbS), a mutation that alters the morphology of the hemoglobin structure. Statistical studies in Brazil indicate approximately 3500 children are affected by this condition annually. This research employed an exploratory, descriptive, and retrospective literature review using DeCS descriptors “Sickle Cell Anemia”, “Nursing”, and “Children” in the PubMed database, complemented with MeSH same terms. The primary objective of this research was to explore advanced approaches in nursing care for children with sickle cell anemia, identifying the challenges encountered in diagnosis, treatment, and ongoing care. The results found highlighted the main nursing approaches and advanced working techniques. This study underscored the complexity and intrinsic challenges in nursing care for children with sickle cell anemia. A multidisciplinary approach, along with the application of advanced practices, is essential to ensure quality care and a better quality of life for pediatric patients affected by this condition.

KEYWORDS: Sickle cell anemia. Nursing approach. Children with anemia.

1 | INTRODUÇÃO

A Anemia Falciforme é considerada a doença genética, hereditária e hematológica mais frequente no mundo, sendo predominante nas regiões Sudeste e Nordeste. É uma doença de origem genética, caracterizada pela presença da hemoglobina S (HbS), uma mutação que altera a morfologia da estrutura da hemoglobina. A hemoglobina S é responsável por formar uma estrutura de célula falciforme (formato de foice), é a hemoglobinopatia mais comumente diagnosticada no país, sendo considerada um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência (CARDOSO et al., 2020).

Os sinais e sintomas aparecem em torno dos 6 meses de idade e incluem crises vaso-oclusivas, úlceras em membros inferiores, cansaço, palidez, icterícia, dactilite, infecções, inflamações, febre, dor torácica, tosse, acidente vascular cerebral, síndrome torácica aguda, alterações hepáticas, crise plástica, alterações pulmonares, cardíacas e priapismo (FREIRE et al., 2020). Essas manifestações clínicas normalmente tem início na primeira infância, apresentando impactos nutricionais e psicossociais significativos, visto que, a estatura e o peso das crianças e adolescentes que apresentam essa doença, são menores quando comparados a crianças e adolescentes sem a doença. Além disso, as esferas socioeconômica e de escolaridade afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas, ocasionando um prognóstico ruim da doença, levando, como consequência, a uma maior frequência de internações (Sá et al., 2020).

No Brasil, estudos estatísticos indicam que essa patologia acomete cerca de 3500 crianças por ano ou a proporção de um para cada mil nascidos vivos. 37,5% dos óbitos

ocorrem devido a essa doença, sendo predominante em crianças menores de nove anos (MIRANDA: MATALOBOS, 2021). Além disso, em 2018, a maior concentração de população afrodescendente encontrava-se no Nordeste, no qual 13% se declararam pretos e 63% pardos. Isso tem como consequência uma maior concentração de portadores de anemia falciforme, tendo como destaque os estados de Pernambuco, Maranhão e Bahia (RAMOS et al., 2020).

Em razão disso, foram criados programas e estratégias que visem o diagnóstico precoce da doença. A Portaria n 822/2001 do Ministério da Saúde instituiu o teste do pezinho obrigatório para que a doença falciforme seja identificada ainda na triagem neonatal. O objetivo desse teste consiste na identificação de genes homocigotos para hemoglobina S (HbSS) e/ou alguma patologia que venha a acometer as hemoglobinas S (LEITE et al., 2019; SANTOS; GOMES, 2019).

Em relação às dificuldades enfrentadas por pais e profissionais de saúde, é que as crianças menores muitas vezes não conseguem expressar o que sentem devido à falta de capacidade cognitiva ou de vocabulário suficiente para tal. Dessa maneira, o trabalho da equipe multiprofissional, em especial o do enfermeiro, demanda habilidades no manejo, identificação, avaliação e controle da dor, ações estas que devem estar pautadas numa assistência humanizada no que corresponde a integralidade, levando em consideração as particularidades da criança, proporcionando um cuidado específico, com uma construção paulatina e permanente (FREIRE et al., 2020).

Por isso, o enfermeiro tem um papel fundamental no acompanhamento dessa patologia, pois é capaz de identificar sinais e sintomas da doença, dando seguimento aos cuidados apresentados nas diretrizes para a Doença Falciforme. O enfermeiro pode ainda atuar na criação e implantação de estratégias que objetivam a diminuição de crises, assim como a sua gravidade, além de ter o dever de encorajar o paciente sobre a sua responsabilidade quanto ao seu próprio quadro de saúde (BARBOSA et al., 2022).

A anemia falciforme representa uma condição hematológica complexa e potencialmente debilitante que afeta principalmente crianças e adultos jovens, sendo mais prevalente em populações de ascendência africana, latino-americana e asiática. Esta enfermidade impõe inúmeros desafios clínicos e sociais, exigindo uma abordagem multidisciplinar e avançada por parte dos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, a fim de proporcionar uma assistência de excelência e melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas.

Neste contexto, a presente pesquisa tem como objetivo central explorar as abordagens avançadas, como oferecer informações sobre a doença aos familiares por meio de ações educacionais oferecendo mudanças de comportamento, na assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme, identificando os desafios enfrentados no diagnóstico, tratamento e cuidados contínuos, além de discutir as perspectivas de melhoria no manejo dessa condição, visando uma atuação mais eficaz e humanizada no contexto

pediátrico.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho constitui uma revisão da literatura, apresentando caráter exploratório, descritivo e retrospectivo. A busca de artigos foi realizada nas bases de dados Scielo e artigos acadêmicos, através dos descritores DeCS “Anemia falciforme”, “Enfermagem” e “Crianças” e na base de dados Pubmed, por meio dos descritores MeSH “Sickle cell”, “Nursing management” e “Child”, sendo pesquisados também em artigos acadêmicos.

O operador booleano AND foi utilizado em todos os casos. Foram incluídos na revisão de 06 artigos que abordam a assistência da enfermagem a crianças que apresentam anemia falciforme, publicados entre 2018 e 2023. Foram excluídos teses, dissertações, monografias, capítulos de livro e quaisquer materiais que não sejam artigos originais, além de estudos que não apresentaram informações relevantes sobre o tema ou que não estavam disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Os artigos foram avaliados quanto ao conteúdo e os resultados foram apresentados de forma qualitativa e descritiva. Na pesquisa realizada nas bases de dados, 3500 artigos acadêmicos foram inicialmente identificados. Após a aplicação dos critérios de inclusão, 1520 artigos foram considerados para avaliação de conteúdo. Dessa avaliação, resultou na seleção de apenas 3 artigos. No Scielo, inicialmente foram encontrados 16 artigos, reduzidos para 12 após a aplicação dos filtros, e somente 1 artigo foi selecionado. Utilizando os descritores em inglês no Google Acadêmico 3 artigos foram escolhidos. No entanto, na busca realizada no PubMed, não foi encontrado nenhum artigo adequado para a leitura de títulos e resumos.

3 | RESULTADOS

Os resultados estão resumidos na Tabela 1, exemplificando o processo de seleção de artigos em cada uma das bases de dados.

Artigo	Autor	Ano	Objetivos
Aplicação do processo de enfermagem ao paciente acometido por anemia falciforme: relato de experiência	Braz et al	2022	Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na execução do processo de enfermagem adotando as taxonomias NANDA, NIC e NOC aplicadas a paciente acometido por anemia falciforme.
Assistência de enfermagem em pacientes pediátricos com anemia falciforme	Sá et al	2023	Relatar a experiência vivenciada por uma acadêmica de enfermagem em um hospital público infantil localizado em Teresina-PI
A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro	Campelo et al	2018	Descrever como o enfermeiro identifica a dor na criança com doença falciforme (DF) e pontuar as estratégias utilizadas por ele na avaliação e controle da dor.
Protocolo de enfermagem para crianças com doença falciforme em pronto-socorro: uma abordagem convergente de cuidado	Teixeira et al	2022	Descrever o processo metodológico de elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem à criança com doença falciforme no pronto-socorro
Eficácia da intervenção liderada por enfermeiras na qualidade de vida relacionada à saúde entre crianças com doença falciforme em Oman: um estudo piloto	Murali; Arulappan; Thomas	2019	Avaliar a eficácia da intervenção liderada por enfermeiras na Baixa Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) entre crianças com doença falciforme
Melhorando o acesso aos cuidados de saúde para pacientes pediátricos com doença falciforme: uma estudo qualitativo em saúde opiniões dos profissionais	Houwing et al	2021	Mapear as melhores práticas por profissionais de cuidado à saúde, a fim de alcançar uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde para pacientes pediátricos com doença falciforme e suas famílias.

Tabela 1 - Artigos selecionados para a pesquisa

Fonte: autoria própria (2023).

O estudo de Braz et al. (2022) demonstra um relato de experiência em um paciente que foi hospitalizado com crise de anemia falciforme. A paciente tem o diagnóstico desde os dois meses de vida e encontra-se com um ano relatando o aleitamento até os 6 meses. A anemia falciforme é uma doença genético na qual há a troca das bases nitrogenadas

ácido glutâmico por valina, no cromossomo 11 posição 6 da cadeia beta, por consequência ocorre a formação da Hemoglobina S (HbS) que provoca o enrijecimento da membrana da hemácia. Nesse contexto, com a HbS promove eventos característicos da doença como hemólise e vaso-oclusão, levando às alterações hemodinâmicas, ademais, os eritrócitos presentes nessa doença têm um tempo de vida menor que as hemácias normais, 10 e 120 dias, respectivamente. Os métodos NANDA e NIC acabam por subsidiar e servir como parâmetros mais específicos e norteadores e devido a isso acabam por ajudar nos cuidados da enfermidade.

Nessa mesma perspectiva, os parâmetros NANDA são como fontes norteadoras para ajudar a equipe de enfermagem na tomada de decisões, pois os diagnósticos em Enfermagem são imprescindíveis para a assistência ao paciente, no caso da taxonomia NIC ela determina as ações que devem ser tomadas de acordo com o parâmetro identificado para melhor prescrever e otimizar o cuidado ao paciente. Com isso, observa-se que as ferramentas utilizadas para o paciente acompanhado por Braz et al (2022) visavam o melhor cuidado e uma assistência ampla e centrada na melhora do seu estado clínico presente.

Para Sá et al (2023), a atenção da enfermagem diária demonstrou uma melhor assistência e cuidado além de possibilitar diagnósticos para implementar intervenções para a melhora do paciente. Nesse estudo também se usou o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Em outra perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem favorece a promoção, recuperação, prevenção e reabilitação da saúde do paciente por meio de métodos e estratégias que possibilitam a implementação de ações e prescrição de cuidados. No tangente aos pacientes com anemia falciforme tem-se a supervisão da ingestão de líquidos, observação dos aspectos da urina, a avaliação das mucosas, escleróticas e pele do paciente para avaliar o equilíbrio hidroeletrólítico, monitoramento dos sinais vitais, surgimento de infecções associados ao paciente. Portanto, observamos a necessidade da implementação dos cuidados para garantir uma assistência de enfermagem efetiva e segura, melhorando a qualidade de vida do paciente.

O estudo de Houwing et al (2021) demonstrou seis temas que estão relacionados a melhor forma de cuidado com a anemia falciforme sendo eles: a redução dos custos invisíveis, agrupamento das consultas para um só dia atendendo a todas as especialidades para evitar a ida com frequência ao hospital; melhoria dos cuidados partilhados, ou seja, serviços especializados mais próximos aos pacientes sem comprometer a qualidade; melhoria dos meios de comunicação escrita e verbal, facilitando o acesso a família com barreiras na educação; melhoria do atendimento e assistência nos serviços de saúde, com o contato entre profissionais e cuidadores das crianças com anemia falciforme e aumentar o interesse das partes sobre o conhecimento da anemia falciforme no tangente a medidas preventivas e em cuidados de saúde.

Ademais, a implementação de qualquer uma dessas alternativas segundo Houwing

et al (2021), apresentaria resultados e impactos no cuidado de saúde, oferecendo um impacto positivo sobre a melhoria da acessibilidade, exemplificando o agendamento dos atendimentos multidisciplinares em um único dia, proporcionaria um conforto maior para o paciente, evitando situações que o insatisfaçam, como vários deslocamentos até a unidade de saúde, porém seria necessária uma comunicação com todas as partes da equipe de saúde onde ofereceria um melhor suporte ao paciente e cuidadores.

A pesquisa realizada por Murali, Arulappan e Thomas (2019) destaca a presença da hemoglobina S (HbS) como a base da doença, enfatizando a natureza genética da anemia falciforme e as implicações da mutação para a morfologia da hemoglobina. Outrossim, os autores destacam que compreender profundamente as raízes genéticas da condição é fundamental para desenvolver estratégias de tratamento e cuidados sob medida para os pacientes afetados.

Fica clara a complexidade da assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme, evidenciando os desafios envolvidos no diagnóstico, como por exemplo a assintomaticidade inicial da doença e testes inespecíficos, tratamento e cuidados contínuos. O enfoque multidisciplinar e a aplicação de práticas avançadas são identificados como elementos essenciais para garantir a qualidade da assistência. A importância da educação do paciente e de suas famílias também é sublinhada, visto que o envolvimento ativo na gestão da doença desempenha um papel significativo na melhoria da qualidade de vida (CAMPELO, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidenciou a complexidade e os desafios intrínsecos à assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme. A abordagem multidisciplinar, juntamente com a aplicação de práticas avançadas, torna-se essencial para garantir uma assistência de qualidade e uma melhor qualidade de vida para os pacientes pediátricos afetados por essa condição.

O constante desenvolvimento de estratégias terapêuticas, a educação dos pacientes e suas famílias, bem como o apoio psicossocial são elementos-chave na gestão da anemia falciforme. Além disso, a pesquisa contínua e a colaboração entre os profissionais de saúde são fundamentais para avançar no conhecimento e nas perspectivas de tratamento dessa doença.

O futuro da assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme envolve a implementação de práticas baseadas em evidências, a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde e a promoção de políticas de saúde pública voltadas para o bem-estar das crianças afetadas.

Com uma abordagem centrada no paciente e uma visão holística, é possível oferecer cuidados de enfermagem de qualidade que impactem positivamente na vida das crianças e

de suas famílias que enfrentam os desafios da anemia falciforme.

A pesquisa conduzida neste estudo não apenas ampliou o entendimento sobre abordagens avançadas na assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme, mas também estabeleceu uma base sólida para pesquisas subsequentes. Os resultados e as descobertas apresentam insights valiosos que podem orientar estudos futuros, permitindo a exploração de áreas específicas de interesse, como a eficácia de novas terapias, a adaptação de protocolos de cuidados e a análise de desfechos a longo prazo em pacientes pediátricos. Além disso, as limitações identificadas no presente trabalho oferecem oportunidades para investigações mais aprofundadas e refinadas, contribuindo para o desenvolvimento contínuo de melhores práticas na assistência de enfermagem a crianças com anemia falciforme. Portanto, a pesquisa realizada serve como um ponto de partida valioso para pesquisadores interessados em aprimorar os cuidados de enfermagem e na busca por soluções que possam melhorar a qualidade de vida desses pacientes no futuro.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K.N.B; SILVA, R.A.N; FERREIRA, R.K.A. A atuação de enfermagem junto ao paciente portador de anemia falciforme. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 35, 2022.

BRAZ, Z; R; NASCIMENTO, A. C; SILVA, E.G.S; FERNANDES, Y.F; LEAL, D.B.L; DANIEL, C.C; SENA, I.V.O; MOURA, M.S.S; BELEZA, C.M.F. Aplicação do processo de enfermagem ao paciente acometido por anemia falciforme: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9499-e9499, 2022.

CAMPELO, L.M.N. et al. A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1381-1387, 2018.

CARDOSO, C.C.; OLIVEIRA, W.P.O.; SOUSA, M.A.R.; COSTA, C.S.C.; LEAL, L.G.; PITANGUEIRA, C.M.F.C.; CELESTINO, K.A.A. desafios da assistência de enfermagem à criança portadora de anemia falciforme. **Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás**, v. 3, n. 02, p. 198-201, 2020.

FREIRE, C; LYRA, I.M; LEITE, I.P. Sistematização do atendimento de crianças e adolescentes com doença falciforme. **Anemia Falciforme e Comorbidades Associadas na Infância e na Adolescência**, 2020.

HOUWING, M.E; BUDDENBAUM, M; VERHEUL, T.C.J; PAGTER, A.P.J; PHILIPSEN, J.N.J; HAEZET.J.A; CNOSSSEN, M. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde para pacientes pediátricos com doença falciforme: um estudo qualitativo sobre as opiniões dos profissionais de saúde. **BMC Health Services Research**, v. 21, p. 1-13, 2021.

LEITE, I.P.R. **Evolução clínica de pacientes pediátricos com anemia falciforme em uso de hidroxiuréia em um ambulatório de referência em Salvador-Bahia**. 2019. Tese de Doutorado. Instituto Gonçalo Moniz.

MORSE, B. L. et al. Planejamento do cuidado à doença falciforme para enfermeiros escolares. *Enfermeira Escolar NASN*, v. 1, pág. 48-54, 2022.

PAIXÃO, R.C.D. Anemia falciforme: assistência de enfermagem a crianças e adolescentes. Tese de monografia. 2018.

SÁ, B.V.; NETO, A.L.C.; CAMPELO, A.C.C.; RIBEIRO, A.R.S.R.; SOUSA, H.O.; FONSECA, M.C.S.F.; SANTIAGO, R.F. **Assistência de enfermagem em pacientes pediátricos com anemia falciforme. vivências e práticas pediátricas e neonatais**, Cap. 3.p. 39. 2023.

SANTOS, M.B.F; GOMES, S.R. Sistematização de assistência em enfermagem a crianças com anemia falciforme acometidas de úlceras vasculogênicas. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 5, n. 3, 2019.

SILVA FREIRE, A.K.; BELMONT, T.F.M; PALMEIRA, C.O.; SILVA, A.S.; FARIAS, I.C.C.; CARVALHO, M.F.A.A.; Assistência de enfermagem no manejo da dor em crianças com anemia falciforme: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e182953353-e182953353, 2020

TEIXEIRA, Juliane Batista Costa et al. Nursing protocol for children with sickle cell disease in emergency room: a convergent-care approach. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/12/2023

Thaís Cristina Alves

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Roberta Messias Marques

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Patrícia Honório Silva Santos

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), curável, de evolução crônica e exclusiva do ser humano, tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum* e é considerada um sério problema de saúde pública. Em 10 anos, foram notificados 466.584 casos de Sífilis em gestantes no Brasil, onde 221.600 casos não tratados ou com tratamento não efetivo evoluíram para a Sífilis Congênita. **Objetivos:** Compreender a atuação do enfermeiro para a prevenção da Sífilis Congênita na Atenção Primária; conhecer sobre a Sífilis Congênita, forma de transmissão e sua epidemiologia;

identificar a importância do pré-natal realizado pelo enfermeiro afim de reduzir a transmissão vertical da Sífilis; descrever as estratégias adotadas pelo Enfermeiro no manejo das gestantes com diagnóstico da Sífilis. **Materiais e Métodos:** Pesquisa desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa exploratória. Dados coletados através de consultas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS e Pubmed. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de acordo com o objetivo do trabalho, incluindo artigos publicados a partir do ano de 2012, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa disponíveis na íntegra de forma digital. Artigos que não estavam dentro dos parâmetros citados acima foram excluídos. **Resultados e discussão:** A Sífilis possui um fácil diagnóstico e um tratamento eficaz quando realizado com a orientação correta, a atuação do enfermeiro na prevenção da Sífilis Congênita na atenção primária desempenha um papel crucial na redução da transmissão vertical dessa infecção porém ainda há fatores que mantém o número de casos altos como início tardio do pré-natal, não utilização de preservativos, não realização de tratamento por parte dos parceiros e em alguns casos,

a assistência inadequada da enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita; Enfermagem; Prevenção.

ABSTRACT: Syphilis is a curable Sexually Transmitted Infection (STI), of chronic evolution and exclusive to human beings, its etiological agent is the bacterium *Treponema pallidum* and is considered a serious public health problem. In 10 years, 466,584 cases of syphilis in pregnant women were reported in Brazil, where 221,600 untreated or ineffective treatment cases evolved to congenital syphilis. **Objective:** To understand the role of nurses in the prevention of Congenital Syphilis in Primary Care; to know about Congenital Syphilis, form of transmission and its epidemiology; to identify the importance of prenatal care performed by nurses in order to reduce vertical transmission of syphilis; to describe the strategies adopted by nurses in the management of pregnant women diagnosed with syphilis. **Materials and Methods:** Research developed through a literature review, with exploratory explanatory properties. Data collected through queries in the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS and Pubmed. The inclusion criteria were established according to the objective of the study, including articles published from 2012 onwards, in Portuguese, Spanish or English, available in full digitally. Articles that did not meet the parameters mentioned above were excluded. **Results and discussion:** Syphilis has an easy diagnosis and an effective treatment when performed with the correct guidance, the role of the nurse in the prevention of Congenital Syphilis in primary care plays a crucial role in reducing the vertical transmission of this infection, but there are still factors that keep the number of cases high, such as late start of prenatal care, non-use of condoms, non-performance of treatment by partners and, in some cases, inadequate nursing care.

KEYWORDS: Syphilis, congenital; Nursing; Prevention

1 | INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), curável, de evolução crônica e exclusiva do ser humano, tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum* e é considerada um sério problema de saúde pública devido a sua capacidade de afetar diversos órgãos do corpo e ser um fator determinante no aumento dos índices de morbimortalidade materna e perinatal quando evolui da forma aguda para a crônica (Brasil, 2022).

No Brasil, no ano de 1986 foi decretada a portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, instituindo como notificação compulsória os casos de Sífilis Congênita no país e posteriormente, em 14 de julho de 2005 a portaria de número 33 estabeleceu também como necessidade de notificação a Sífilis em gestantes. No recorte temporal de 10 anos (2011 a 2021) foram notificados 466.584 casos de Sífilis em gestantes no Brasil, onde 221.600 casos não tratados ou com tratamento não efetivo evoluíram para a Sífilis Congênita, doença transmitida de forma vertical, ou seja, transmissão do patógeno da mãe para o bebê durante a gestação, trabalho de parto ou por meio de contato com o sangue materno ou secreções cérvico-vaginais, desses bebês, 2.064 vieram a óbitos pela patologia (Brasil,

2022).

A alta incidência da Sífilis na gestação, grande parte das vezes se justifica pelo diagnóstico positivo das gestantes e dos seus parceiros pela doença sem aderir ao tratamento ou sem realizá-lo de forma completa, assim, o feto é colocado em risco de contração da infecção. Outros fatores de risco para a exposição do concepto à contração da Sífilis é quando a mãe, durante a gravidez, tem parceiros sexuais casuais, é HIV-positiva, faz uso de drogas ilícitas, tem baixa escolaridade e não usa preservativo. Para minimizar os riscos a esta população, a mulher e o bebê devem ser assistidos de forma integral, considerando suas necessidades e particularidades (Cabral, et al; 2017). Assim, faz-se necessário que a equipe atuante deste serviço planeje ações de promoção, prevenção, controle e tratamento dos indivíduos que serão diagnosticados na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Neste contexto, surge o seguinte questionamento: como a atuação do enfermeiro pode contribuir para a prevenção da Sífilis Congênita na Atenção Básica? Acredita-se que quando a gestante é assídua no pré-natal e há o diagnóstico da Sífilis adquirida neste momento, o risco de o bebê desenvolver esta infecção é drasticamente reduzido.

Este estudo, teve como objetivo geral compreender a atuação do enfermeiro para a prevenção da Sífilis Congênita na Atenção Primária e como objetivos específicos conhecer sobre a Sífilis Congênita, forma de transmissão e sua epidemiologia; identificar a importância do pré-natal realizado pelo enfermeiro afim de reduzir a transmissão vertical da Sífilis; descrever as estratégias adotadas pelo Enfermeiro no manejo das gestantes com diagnóstico da Sífilis.

Como justificativa, dispus dos dados epidemiológicos com altas taxas de incidência de Sífilis Congênita no Brasil, mesmo com todas as formas de detecção e tratamento desenvolvidas ao longo dos últimos anos para a prevenção desta infecção de transmissão vertical. Sendo assim, vê-se a necessidade de compreensão desse fator, ênfase das medidas preventivas e formas de atuação do enfermeiro para aprimorar esse contexto.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sífilis Congênita: Conceito; Formas de transmissão e cenário epidemiológico

A Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum* que é transmitida prioritariamente por via sexual, todavia, em casos de mulheres infectadas sem diagnóstico, não tratada ou com tratamento inadequado, poderá haver também a transmissão para o feto verticalmente no período gestacional, tornando-se um agravo de notificação compulsória por ser considerada um marcador da qualidade assistencial à mulher (Brasil, 2022).

A infecção pode acontecer durante toda a gestação e em qualquer estágio da doença materna. O contágio ocorre quando a bactéria, transportada pela corrente sanguínea da

gestante atinge a sua placenta -via transplacentária- ou no momento do parto, quando o bebê tem contato direto com uma lesão da mãe, dada como transmissão vertical. A contaminação pode gerar grandes consequências ao bebê, como: aborto, natimorto, prematuridade e sintomas clínicos no recém-nascido (RN), sendo que quando não há tratamento, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo, quando o tratamento é ineficaz 11% sofrerão morte fetal, 13% nascerão com prematuridade ou baixo peso e 20% dos RNs demonstrarão sinais de Sífilis Congênita (Brasil, 2022).

Entre os anos de 1999 e 2022, foram 293.339 casos notificados de Sífilis Congênita no Brasil através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No recorte temporal de um ano (2020–2021) houve aumento de 14,6% na incidência de diagnóstico no país, totalizando 27.019 casos, desses, 25.243 (93,4%) nasceram vivos e 24.252 (96,1%) foram diagnosticados na primeira semana de vida, o que corresponde a 9,9 casos a cada 100 nascidos vivos. As regiões com maior incidência foram respectivamente a Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro- Oeste (Brasil, 2022).

Sobre perfil sociodemográfico materno houve a seguinte constatação: a faixa etária materna é na maior parte dos casos entre mulheres com 20 a 29 anos de idade e no que se refere a escolaridade a maioria possuía ensino fundamental 2 incompleto. O percentual de mães que foram assíduas no pré-natal e diagnosticadas nesse período foram de 57,4%, já 31,5% das mães foram diagnosticadas no parto/curetagem e 5,5% no pós-parto. Estes dados confirmam a necessidade de melhoria no rastreamento e diagnóstico da infecção durante a gestação (Brasil, 2022).

A prevenção para as infecções é de extrema importância para que os indivíduos vivam com saúde e sem riscos, sendo assim, um meio de evitar a contaminação com IST's, como Sífilis, por exemplo, é a prevenção combinada, que é uma intervenção entre ações biomédicas, comportamentais e estruturais para a prática sexual segura. Para isso, profissionais da saúde devem orientar aos indivíduos a cerca de: uso de preservativo, imunização para hepatites A e B, HPV, ter conhecimento do status sorológico do(s) parceiro(s) sexual(is), realizar testagens regulares para IST's, profilaxia pré e pós exposição ao HIV, quando necessário e que as mulheres realizem exame preventivo de câncer de colo de útero e utilizem métodos anticoncepcionais ou concepcionais de forma orientada, para que assim seja possível a quebra da cadeia de transmissão (Brasil, 2022).

A possibilidade de infecção do feto é proporcionalmente ligada ao estágio da doença na gestante. Durante a Sífilis primária e secundária o risco de contaminação varia entre 70 e 100%, já nas fases latente tardia e terciária chega a 30%. A classificação da Sífilis Congênita, dá-se por: congênita precoce, onde a síndrome clínica surge até o 2º ano de vida. Recente, em casos diagnosticados até o 2º ano de vida do bebê. E tardia, nos casos diagnosticados após o 2º ano de vida. A detecção da Sífilis durante o período gestacional, requer uma ação intervencionista imediata para que a possibilidade de transmissão vertical seja reduzida (Brasil, 2012).

2.2 Realização do pré-natal pelo Enfermeiro na Atenção Básica

A equipe de enfermagem tem grande importância na composição de equipes de saúde na atenção básica, o enfermeiro é responsável por diversas ações assistenciais, como o manejo contra IST's, realização de consultas de pré-natal, atividades comunitárias para que os sujeitos tenham autonomia com o próprio corpo e saúde e atuando no combate direto à Sífilis (Solino, et al; 2020).

De acordo com o Decreto 94.406/87, o enfermeiro pode acompanhar de forma integral o pré-natal de baixo risco na Atenção Básica à Saúde, sendo a consulta de enfermagem uma atividade independente e privativa deste profissional.

Os cuidados de enfermagem diante dos casos de Sífilis Congênita estão relacionados a assistência durante as consultas de pré-natal. Quando este é iniciado precocemente e seguido de maneira adequada, o profissional consegue rastrear, identificar, diagnosticar e tratar a gestante com Sífilis, reduzindo o risco do recém-nascido diante da infecção por promover uma quebra na cadeia de transmissão (Menezes, et al; 2020).

Dentre as ações assistências do enfermeiro para a prevenção da transmissão vertical da SC durante o pré-natal, destacam-se a solicitação do exame “*Venereal Disease Research Laboratory*” (VDRL), que serve para diagnosticar ou acompanhar o tratamento nos casos de Sífilis, a prática da educação em saúde e a busca ativa dos parceiros para realização do tratamento, em casos de VDRL reagente (Brito, 2014).

A mesma autora, traz que a educação em saúde deve ser desenvolvida por todos os profissionais integrantes da unidade de saúde para que todos os contatos entre a equipe e o usuário estimule a população a ter práticas para melhoria ou manutenção da saúde, tendo assim, uma maior qualidade de vida. Acrescenta ainda, que é durante o pré-natal que a mulher tem orientações para viver a gestação e o parto de forma saudável e positiva.

Os enfermeiros atuam, durante as consultas de enfermagem, com base nos protocolos do Ministério da Saúde para o rastreio da infecção, os quais conferem ao profissional maior autonomia na abordagem da doença. A abordagem à mulher ocorre já na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre) para a realização dos testes rápidos contra HIV e Sífilis, no terceiro trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente dos exames anteriores) o teste é repetido (Silva, et al; 2021).

Em casos de testes positivos para Sífilis, é preconizado pelo Ministério da Saúde que a gestante seja tratada com dosagens de Penicilina Benzatina, popularmente conhecida como benzetacil, e realize exames mensais para controle da doença, o parceiro também deve ser testado e tratado para evitar reinfecção pela bactéria. Para que o tratamento seja realizado de forma adequada, o seu início deve ser pelo menos 30 dias antes do parto e com um esquema terapêutico que aborde o estágio clínico da infecção com o intervalo correto entre as doses (Brasil, 2022).

Desta forma, ações por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro,

é de suma importância para as gestantes e seus parceiros, promovendo o aconselhamento, educação, suporte emocional, tratamento adequado e conseqüentemente um início saudável e seguro a vida do recém-nascido (Ulian, et al; 2019).

2.3 Estratégias adotadas pelo Enfermeiro no manejo das gestantes com diagnóstico da Sífilis

Em razão da Sífilis Congênita ser uma questão de saúde pública no Brasil, os enfermeiros desempenham um papel vital no cuidado das gestantes quando implementam estratégias para reduzir os casos desta infecção (Oliveira et al; 2016).

Há diversos métodos a serem adotados pelo enfermeiro para a prevenção, o diagnóstico e tratamento da Sífilis. Durante a gravidez onde não há ciência da infecção pela bactéria, a triagem sistemática de todas as gestantes durante o pré-natal faz parte da conduta inicial. Neste momento são realizados testes sorológicos, como o VDRL e testes rápidos para Sífilis, com o objetivo de detectar a infecção de forma precoce. Posteriormente a isso, quando não há infecção pelo *treponema pallidum*, procede-se com orientações para a mãe e seu companheiro evitarem a contaminação, mas, no caso de confirmação do diagnóstico de Sífilis, os enfermeiros iniciam o processo de tratamento e acompanhamento das gestantes (Costa, et al; 2021).

Aconselhamentos e educação em saúde também são utilizados como estratégias para a redução dos casos de Sífilis e para a compreensão da gestante sobre a importância do tratamento e acompanhamento adequado. Nesses momentos são explicadas a importância do tratamento, os riscos para o feto e parceiro, e incentivadas práticas sexuais seguras. Os enfermeiros também desempenham um papel fundamental na promoção do uso de preservativos e na educação sobre a realização de exames de rotina para detectar a infecção precocemente (Nunes, et al; 2017).

Como forma de controle da doença a nível nacional, há a notificação compulsória de suspeitas ou confirmação de casos de Sífilis. O enfermeiro notifica os eventos de Sífilis Congênita ao Ministério da Saúde, contribuindo para que as autoridades de saúde monitorem os índices de incidência e prevalência e promovam políticas públicas de saúde direcionadas a prevenção da infecção (Lafeta, et al; 2016).

Desta forma, os profissionais enfermeiros possuem uma função indispensável na promoção da saúde, na educação e no tratamento, garantindo que as gestantes recebam o cuidado adequado e que medidas preventivas sejam implementadas de forma eficaz. A continuidade dessas estratégias é fundamental para combater a Sífilis Congênita e suas conseqüências (Neto; 2021).

3 | METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa exploratória entre março e outubro de 2023. Os dados foram

coletados através de consultas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS e Pubmed através das palavras-chave: Sífilis Congênita, Enfermagem, Prevenção. Além de portarias já vigentes no país e dados epidemiológicos fornecidos pelo Ministério da Saúde. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de acordo com o objetivo do trabalho, incluindo artigos publicados a partir do ano de 2012, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa disponíveis na íntegra de forma digital. Artigos que não estavam dentro dos parâmetros citados acima foram excluídos.

Para a seleção inicial dos materiais nos sítios eletrônicos supramencionados, recorreu-se a uma análise de títulos e leitura dos resumos. Posteriormente para uma escolha mais criteriosa, foram eleitos os materiais que abordaram sobre: a atuação do enfermeiro para a prevenção da Sífilis Congênita na atenção primária; forma de transmissão e sua epidemiologia; importância do pré-natal realizado pelo enfermeiro afim de reduzir a transmissão vertical da Sífilis; estratégias adotadas pelo enfermeiro no manejo das gestantes com diagnóstico da Sífilis Congênita, como expostos nos objetivos para serem lidos na íntegra e em seguida colaboraram para a composição do presente trabalho.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sífilis é uma infecção existente a milhares de anos e com diversos estudos já publicados, porém, esta infecção mantém-se sendo um grave problema de saúde pública, especialmente em países não desenvolvidos e subdesenvolvidos. No Brasil, natimortos e mortes neonatais estão entre os desfechos mais comuns nas gestantes que não foram tratadas ou que foram tratadas da forma inadequada (Rocha, 2021).

A prevenção integral da Sífilis Congênita é alcançável através de estratégias acessíveis na sociedade. Dentre estas, destacam-se a promoção da saúde por meio de difusão de informações, educação e comunicação adequada com a sociedade, como meio de prevenção, o uso de preservativo durante relações sexuais e a seguridade de um pré-natal de qualidade se mostram cruciais nesse contexto (Silva, 2021).

Posto isso, os autores Nunes, et al (2017) e Silva (2021) concordam em seus respectivos estudos onde ambos compreendem que o enfermeiro desempenha um papel central na ampliação dos benefícios das ações de prevenção da Sífilis Congênita nas unidades de Atenção Primária à Saúde.

Silva (2021) traz que isso se deve ao fato de que é nesse ambiente que a maioria das gestantes tem o primeiro contato com as informações necessárias para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, além disso, Nunes, et al (2017) complementa que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, de educação em saúde, voltada para a orientação e capacitação das gestantes e seus parceiros, contribuem decisivamente para o combate da Sífilis.

Nesi, Graf e Moraes (2020), trazem, do mesmo modo, sobre a primordialidade do

enfermeiro no fortalecimento da atenção no pré-natal considerando que é neste momento que há a identificação de riscos e a implementação de ações para reduzi-los.

Segundo Vicente, et al (2023) após realizarem uma pesquisa acerca da vivência das mulheres portadoras de Sífilis na gravidez, foi constatado que os enfermeiros têm papéis fundamentais durante esta fase da vida das gestantes e seus parceiros, não só atuando nas questões clínicas, tratando a infecção e prevenindo a transmissão vertical, mas atendendo também as necessidades sociais, emocionais e psicológicas desse grupo minimizando os danos psíquicos e a estigmatização do problema.

Nunes, et al (2017) firmam sobre o protagonismo e a capacidade do enfermeiro para a condução de casos positivos para Sífilis. Dentre esta atuação, destaca-se o diagnóstico da infecção, tratamento e orientação à gestante durante o acompanhamento pré-natal.

Em contrapartida, Leite, et al (2016) afirmam que os casos de transmissão vertical da Sífilis permanecem altos devido a má qualidade na prestação da assistência no pré-natal, apontando a necessidade de maior qualificação e capacitação do enfermeiro no cuidado materno infantil, promovendo assim uma maior quantidade de diagnósticos e um melhor tratamento à gestantes com Sífilis.

Neste mesmo contexto Ulian, et al (2019) afirmam no seu artigo que há enfermeiros que não compreendem o funcionamento dos testes treponêmicos e não treponêmicos a respeito da Sífilis, fator esse que dificulta na identificação, tratamento e nos meios de prevenção e controle da infecção nas gestantes e seus respectivos parceiros.

Em suma, constata-se que a Sífilis possui um fácil diagnóstico e um tratamento eficaz quando realizado com a orientação correta, porém ainda há fatores que mantêm o número de casos altos e tratamentos inadequados, como início tardio do pré-natal, não utilização de preservativos, não realização de tratamento por parte dos parceiros e em alguns casos, a assistência inadequada da enfermagem.

5 | CONCLUSÃO

Em síntese, a atuação do enfermeiro na prevenção da Sífilis Congênita na atenção primária desempenha um papel crucial na redução da transmissão vertical dessa infecção. Ao compreender a Sífilis Congênita, sua forma de transmissão e sua epidemiologia, torna-se evidente que a educação em saúde, e o pré-natal realizados por este profissional são peças chaves para a cura de gestantes positivadas para a Sífilis.

As estratégias adotadas pelo enfermeiro no manejo destas mulheres incluem a realização de testes sorológicos, o início imediato do tratamento adequado, o apoio psicossocial, a educação em saúde, entre outros. Essas medidas visam não apenas ao tratamento da doença, mas também à minimização do estigma e à promoção do bem-estar das gestantes.

Percebeu-se também com o desenvolvimento deste trabalho que há lacunas no

conhecimento de parte dos profissionais quanto à gestão da Sífilis na gravidez e que este fator pode comprometer a efetividade da prevenção e controle da Sífilis Congênita. Para isto, é imprescindível que haja uma capacitação dos enfermeiros responsáveis por pré-natais, possibilitando, assim à população uma qualidade nos serviços a ela ofertados.

Em suma, a atuação proativa do enfermeiro na atenção primária desempenha um papel essencial na prevenção da Sífilis Congênita, garantindo um futuro mais saudável tanto para a mãe quanto para o seu bebê.

REFERÊNCIAS

BRASIL; Boletim epidemiológico-Secretaria de Vigilância em Saúde; **Ministério da Saúde**; 2022.

BRASIL; Ministério da Saúde; **CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA 32**; Brasília- DF; 2012.

BRASIL; Ministério da Saúde; **NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-SAPS/MS**; 2022.

BRASIL; Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); **Ministério da Saúde**; 2022.

BRASIL; Sífilis Congênita; **Ministério da Saúde**; Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis-congenita>> Acessado em: 22/03/2022.

BRITO, P. J; Assistência de Enfermagem no pré-natal com enfoque na prevenção da Sífilis Congênita; Cuité- PB; 2014.

CABRAL, B.T.V; DANTAS, J.C; SILVA, J.A; OLIVEIRA, D.A; Sífilis em gestante e Sífilis Congênita: um estudo retrospectivo; **Revista Ciência Plural**; 3(3):32-44; 2017.

CAMPOS, M. L.; VELEDA, A.A; COELHO; TELO, S.V; Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 3, p. 379-90, 2016.

COSTA, I,B; Sífilis congênita no brasil e indicadores propostos pela rede cegonha no âmbito do cuidado pré-natal; **Repositorio UFRN**; 2021.

LAFETA, K.R.G; JUNIOR, H.M; SILVEIRA, M.F; PARANAÍBA, L.M.R; Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle; **REV BRAS EPIDEMIOL**; pg 63-74; 2016.

LEITE, I.A; OLIVEIRA, J.M; LEÃO, M.C.M; LOPES, S.F; FRANÇA, A.M.B; Assistência de Enfermagem na Sífilis na gravidez: Uma revisão integrativa; **Ciências Biológicas e da Saúde**; Maceió; v. 3; n. 3; p. 165-176; 2016

MENEZES, J.J.S; MACHADO, S.L.S; GALDINO, C.V; BALBINO, C.M; SILVINO.Z,R; SANTOS, L.M; JOAQUIM, F.L; Pré-natal de baixo risco: dificuldade da gestante narealização do pré-natal com o Enfermeiro; **Research, Society and Development**; v. 9; n. 7; 2020.

NESI, A.N; GRAF, M.M.T; MORAES, N.A; Assistência do enfermeiro a gestantes com Sífilis; **UNIFACVEST**; 2017.

NETO, N. N; Assistência de enfermagem frente ao diagnóstico de Sífilis na gestação: uma revisão integrativa; **RUNA**; 2021.

NUNES, J.T; MARINHO, A.C.V; DAVIM, R.M.B; SILVA, G.G. O; FELIX, R.S; MARTINO, M.M.F; **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, 11(12):4875-84, dec., 2017.

OLIVEIRA, E. C; MEIRA, B. S; MELO, S. E. P; A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, 2016.

ROCHA, A.F.B; ARAUJO, M.A.L; BARROS, V.L; AMÉRICO, C.F; JÚNIOR, G.B.S; Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review; **Rev. Bras. Enferm**; PD 74; 2021.

SILVA, M.A; DANTAS, P.S; VETORAZO, J.V.P; A assistência de enfermagem no pré-natal em gestantes diagnosticadas com Sífilis: através de uma revisão integrativa; **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**; 2021.

SILVA, L. B; Participação do enfermeiro na prevenção da Sífilis Congênita na prevenção da Sífilis Congênita na atenção primária: Revisão narrativa. **PUC GOIÁS**; 2021.

SOLINO, M.D.S.S; SANTOS, N.S.S; ALMEIDA, M.C.S; et al; Desafios do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de Sífilis: revisão integrativa; **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p.13917-13930,set./out. 2020;

ULIAN, G. C; SILVA, F.S; SILVA, L.M.R; PINTO, N.S; MELO, S.F; Atuação do enfermeiro na Sífilis Congênita; **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**; Ed. 11; Vol. 06; pp. 101-114; 2019.

VICENTE, J.B; SANGUINO, G.Z; RICCIOPPO, M.R.P.L; SANTOS, M.R; FURTADO, M.C.C; Sífilis na gravidez e Sífilis Congênita: vivências de mulheres; **Revista Brasileira Enfermagem**. Pg 76; 2023.

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO SOBRE O USO DA TÉCNICA DE HIPODERMÓCLISE

Data de aceite: 01/12/2023

Kércia Dantas Oliveira de Moura

Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF); Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9857485991397460>

Luana Ravany Café da Silva

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/6341288276786286>

Malu Rodrigues Santos

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2525962184518154>

Allissany de Castro Passos Reis

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3039582512615598>

Mariza Reis do Amaral

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/425364128621578>

Bruna Silva Souto

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5334727877076172>

Jadson Galdino da Silva Costa

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1185201337119114>

Gilvan Rodrigues da Cruz Junior

Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9705377264328098>

Paula Eloíse de Sousa Campos

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4292265749145413>

Israel de Lima Florentino

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Biosciências. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1541443643091261>

Lucimara Araújo Campos Alexandre

Professora do Colegiado de Enfermagem da UNIVASF. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7232505458056495>

Audimar de Sousa Alves

Professora do Colegiado de Enfermagem da UNIVASF. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4280760477035548>

Gyllyandeson de Araújo Delmondes

Professor do Colegiado de Enfermagem da UNIVASF. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE/UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9890-9196>

RESUMO: Este estudo investigou o conhecimento e a aplicação da hipodermóclise entre enfermeiros em um Hospital Universitário Federal (HUF) no Nordeste brasileiro. A hipodermóclise, uma técnica subcutânea de administração de soluções e medicamentos, é reconhecida por sua viabilidade terapêutica, especialmente quando outras vias são contraindicadas. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa exploratória e descritiva, a qual envolveu 20 enfermeiros do HUF. Os dados indicaram que embora todos os participantes afirmassem conhecer a técnica, apenas 40% a aplicaram, e apenas 20% receberam treinamento específico. A falta de protocolos institucionais foi destacada por 85% dos participantes. Os enfermeiros demonstraram conhecimento limitado sobre os medicamentos e soluções associados à hipodermóclise. Os achados sugerem a necessidade urgente de intervenções, como programas de capacitação direcionados, para melhorar o conhecimento e a aplicação da hipodermóclise. Além disso, a implementação de protocolos institucionais é crucial para orientar a prática clínica e garantir a segurança do paciente. O estudo reconhece suas limitações, como uma amostra restrita, e destaca a importância de pesquisas futuras e colaborações interinstitucionais para uma compreensão mais aprofundada e uma implementação eficaz da hipodermóclise na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Infusões subcutâneas. Hipodermóclise. Enfermeiros. Hospital Universitário.

INTRODUÇÃO

A administração subcutânea de soluções isotônicas e medicamentos, conhecida como hipodermóclise, destaca-se por sua viabilidade terapêutica, especialmente em contextos nos quais as vias oral e endovenosa apresentam contraindicações. Seu potencial benefício na redução da dor e desconforto para o paciente, facilidade de inserção e

manutenção do cateter, além do baixo risco de complicações, ressaltam a importância dessa técnica (SBGG, 2017).

Embora a hipodermóclise tenha sido popularizada no século XX, principalmente em pacientes pediátricos e desidratados, observamos, ao longo do tempo, uma diminuição em sua utilização devido a adversidades decorrentes da sua aplicação inadequada. Tais desafios incluíram iatrogenias resultantes de punções impróprias e administração inadequada de fluidos, levando a complicações como sobrecarga hídrica e choque circulatório (NUNES; SOUZA, 2016; SBGG, 2017). Contudo, a hipodermóclise mantém sua relevância ao se configurar como opção valiosa quando outras vias de administração se apresentam contraindicadas. Entre suas vantagens, destacam-se o reduzido desconforto para o paciente, a facilidade na inserção do cateter e o baixo risco de efeitos adversos (GODINHO, 2016; GODINHO; SILVEIRA, 2017; RIEGEL, et al., 2018). Adicionalmente, destaca-se sua aplicação no domicílio, inclusive por indivíduos sem formação na área de saúde (NUNES; SOUZA, 2016).

No ambiente hospitalar, a incumbência da administração de hipodermóclise recai sobre os enfermeiros, em colaboração com a equipe de enfermagem. Torna-se imperativo que estes profissionais detenham amplo conhecimento na matéria, incluindo competência em farmacologia, para que possam realizar avaliações e monitoramentos apropriados dos pacientes (MOREIRA et al., 2020).

O presente estudo objetiva, portanto, avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da hipodermóclise em um Hospital Universitário Federal (HUF) no Nordeste brasileiro. A indagação central é delineada da seguinte forma: “Qual é o nível de familiaridade dos enfermeiros com a técnica de hipodermóclise?”.

MÉTODOS

A presente pesquisa assume uma abordagem quantitativa transversal de caráter exploratório e descritivo, sendo conduzida no Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros (HU-UNIVASF), localizado em Petrolina, Pernambuco, Brasil. O emprego desta metodologia visa proporcionar uma compreensão abrangente do conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de hipodermóclise, em conformidade com os princípios delineados nos protocolos CHERRIES (EYSENBACH, 2004), visando aprimorar a transparência científica.

A população alvo da pesquisa consiste em 20 enfermeiros(as) assistenciais vinculados ao referido hospital, reconhecido como Hospital de Ensino de referência para a macrorregião interestadual Pernambuco/Bahia (Rede PEBA), abrangendo um total de 53 municípios. O critério de escolha desta instituição justifica-se pela sua relevância e abrangência regional.

Petrolina, situada na mesorregião do sertão pernambucano, apresenta uma extensão

territorial de 4.561,870 km², com uma população estimada em 386.791 habitantes em 2021, e densidade demográfica de 84,79 hab/km² (IBGE, 2023). O hospital objeto do estudo dispõe de 139 leitos, destinados ao atendimento de casos de urgência e emergência, tais como politraumatismo, neurologia, neurocirurgia, traumato-ortopedia, cirurgia geral, vascular, bucomaxilofacial, clínica médica e cirurgia plástica restauradora, envolvendo atuação multidisciplinar das equipes de saúde (BRASIL, 2022).

O processo inicial contemplou o estabelecimento de contato da pesquisadora responsável com a Gestão de Ensino e Pesquisa (GEP) do HU-UNIVASF para apresentação dos objetivos e relevância do estudo, obtendo-se aprovação institucional. Posteriormente, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UNIVASF (parecer n.º 6.161.691) e a anuência da GEP, a coleta de dados foi iniciada, aderindo estritamente aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁶. Importa destacar que foram excluídos da pesquisa os profissionais desempenhando funções não vinculadas à assistência direta ao paciente ou em afastamento de suas atividades.

A coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, abrangendo variáveis sociodemográficas e questões relativas ao conhecimento, aplicação e utilização da técnica de hipodermóclise. O instrumento foi adaptado a partir do proposto por Godinho⁷. Iniciada em agosto de 2023, a coleta de dados foi realizada por meio da plataforma *online Google Forms*[®], com distribuição individualizada por e-mail institucional dos participantes. Destaca-se que os participantes, ao concordarem voluntariamente em participar, tiveram seus direitos de anonimato e sigilo das informações integralmente preservados.

Os dados obtidos foram submetidos a análises estatísticas descritivas, englobando o cálculo de médias e desvios-padrão para variáveis contínuas, além da elaboração de distribuições de frequência com valores absolutos e relativos para variáveis categóricas. Todas as análises estatísticas foram conduzidas utilizando o *software Statistical Package for the Social Science - SPSS* (versão 25 para Windows).

RESULTADOS

Os dados da Tabela 1 fornece uma abordagem detalhada do perfil e conhecimento dos enfermeiros(as) em relação à técnica de hipodermóclise em um Hospital Universitário Federal do Nordeste brasileiro.

A investigação do perfil dos participantes revelou uma média etária de 33,65±8,07 anos, evidenciando uma expressiva predominância do sexo feminino, compreendendo 90,91% dos sujeitos analisados. Relativamente ao período de formação, constatou-se uma média de 124,55±96,48 meses, indicando uma considerável variabilidade nos intervalos de formação dos profissionais. No tocante à especialização, 60,00% dos participantes detêm capacitação em diversas áreas, sendo que a maioria desempenha atividades no

setor de emergência (40,00%). Todos afirmaram possuir conhecimento acerca da técnica de hipodermóclise, entretanto, apenas 40,00% a aplicaram, e uma parcela ainda mais reduzida (20,00%) recebeu treinamento específico.

De forma notável, 85,00% dos participantes reconheceram a inexistência de protocolos institucionais para a hipodermóclise. No que tange à familiaridade com medicamentos e soluções vinculados à técnica, 40,00% dos participantes evidenciaram conhecimento, destacando-se a utilização de analgésicos (30,00%). Relativamente à angulação adequada para a punção, a maioria mencionou um ângulo entre 30-45° (70,00%). As regiões abdominal (80,00%) e da coxa (65,00%) emergiram como os locais de punção mais reconhecidos.

Variável (n = 20)	n _i ou MD	% ou DP
Idade média	33,65	8,07
Sexo		
Masculino	2	10,00
Feminino	18	90,00
Tempo médio de formação (em meses)	124,55	96,48
Possui especialização		
Sim	12	60,00
Não	8	40,00
Área da especialização*		
Obstetrícia	1	5,00
Intensivismo Neonatal	1	5,00
Urgência e Emergência	2	10,00
Vigilância em Saúde	1	5,00
Saúde do Trabalhador e Saúde Pública	1	5,00
Terapia Intensiva	1	5,00
Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde	1	5,00
Intensivismo e Segurança do Paciente	2	10,00
Saúde Coletiva	1	5,00
Saúde Pública	1	5,00
Tempo médio em que trabalha na instituição (em meses)	41,60	38,43
Setor de atuação		
UTI	4	20,00
Emergência	8	40,00
Clínica Médica	3	15,00
Unidade de vigilância	2	10,00
Unidade de gestão de qualidade e segurança do paciente	2	10,00
Regulação	1	5,00
Sabe o que é hipodermóclise		
Sim	20	100,00

Já utilizou a técnica de hipodermóclise na instituição		
Sim	8	40,00
Não	12	60,00
Já recebeu treinamento em hipodermóclise na instituição		
Sim	4	20,00
Não	16	80,00
Sente-se seguro para realizar a técnica		
Sim	8	40,00
Não	12	60,00
Existe algum protocolo para uso da técnica na instituição		
Sim	3	15,00
Não	17	85,00
Conhece os medicamentos e/ou soluções que podem ser administrados pela técnica		
Sim	8	40,00
Não	12	60,00
Classe de medicações e/ou soluções citadas**		
Soluções para hidratação	2	10,00
Analgésicos	6	30,00
Anestésicos	1	5,00
Antibióticos	3	15,00
Corticoides	3	15,00
Diuréticos	1	5,00
Insulina	1	5,00
Angulação correta para a punção na hipodermóclise		
10-25°	1	5,00
15-30°	5	25,00
30-45°	14	70,00
Sítios de punção na hipodermóclise**		
Região torácica	6	30,00
Região abdominal	16	80,00
Região deltoidea	8	40,00
Região clavicular	2	10,00
Região escapular	7	35,00
Braço	3	15,00
Coxa	13	65,00
Não sabe	4	20,00

Nota: n₁ – Frequência absoluta, % - percentual, MD – Média, DP – Desvio padrão, *Percentual calculado com base nas respostas “SIM”, **Algumas respostas tiveram mais do que uma respondente.

Tabela 1. Perfil e conhecimento dos(as) enfermeiros(as) sobre a técnica de hipodermóclise em um Hospital Universitário Federal do Nordeste brasileiro.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa delineiam um cenário desafiador no contexto da hipodermóclise, destacando a urgência de uma abordagem mais eficaz por parte dos profissionais de saúde. Embora a técnica seja amplamente reconhecida por sua segurança,

baixo risco de infecção e custo-benefício favorável (GODINHO; SILVEIRA, 2017), os enfermeiros(as) participantes evidenciaram uma aplicação limitada, revelando lacunas tanto no conhecimento quanto na capacitação desses profissionais (JUSTINO et al., 2013; NOVELLI et al., 2019).

A insuficiência de treinamento é evidenciada nos percentuais reduzidos de enfermeiros(as) que já empregaram a técnica (40,00%) e receberam treinamento específico (20,00%). Esse subaproveitamento pode ser atribuído à inexistência de protocolos institucionais, reforçando a ideia de que a ausência de diretrizes orientadoras contribui para a hesitação na adoção da hipodermóclise (JUSTINO et al., 2013; NOVELLI et al., 2019).

Os benefícios significativos da hipodermóclise, como o conforto mínimo para o paciente, a redução da dor decorrente de punções frequentes e a viabilidade de alta precoce, são destacados em citações anteriores (MARTINS et al., 2017; AZEVEDO, 2016). Contudo, apesar dessas vantagens, os profissionais parecem não explorar completamente essa opção terapêutica, sugerindo uma falta de compreensão abrangente sobre a técnica (ALMEIDA et al., 2016).

Salienta-se a importância vital da formação contínua e atualização em serviço para os profissionais de saúde, evidenciando a deficiência na educação permanente como uma explicação plausível para o déficit de conhecimento sobre a hipodermóclise (ALMEIDA et al., 2016). A falta de conhecimento é também associada à ausência de discussões sobre o tema nas universidades, ressaltando a necessidade de incorporar a hipodermóclise nos currículos de formação profissional (CHIRIVELLA et al., 2015; GODINHO; SILVEIRA, 2017).

A ausência de protocolos institucionais é identificada como uma barreira significativa, sendo cruciais para orientar a prática clínica, garantir a segurança do paciente e otimizar o tempo dedicado pela equipe de enfermagem (FERREIRA et al., 2019). A implementação de protocolos pode contribuir para uma assistência mais segura, alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente (CHIRIVELLA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam para lacunas notáveis no conhecimento e aplicação da técnica de hipodermóclise entre os enfermeiros(as) pesquisados. Embora este trabalho apresente limitações, como uma amostra restrita e uma abordagem predominantemente quantitativa, as evidências ressaltam a necessidade de atenção imediata para a possível falta de protocolos institucionais e a subutilização dessa prática. No entanto, as oportunidades de intervenção são promissoras, sugerindo a implementação de programas de capacitação direcionados. Prospectivamente, a ampliação da pesquisa, envolvendo colaborações interinstitucionais, emerge como uma rota significativa para uma compreensão mais aprofundada e uma aplicação eficaz da hipodermóclise na prática clínica.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo fomento financeiro, e à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) pelo suporte e pela infraestrutura oferecidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JRS, et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 07-15, 2016.

AZEVEDO DL. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. São Paulo: SBGG, 2016. 56p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/institucional#:~:text=Estrutura%20F%C3%ADsica,Univasf%20possui%20139%20leitos%20ativos>. Acesso em: 28 nov 2022.

CHIRIVELLA CM, et al. Administração de medicamentos por via subcutânea em cuidados paliativos. **Revista Farmácia Hospitalar**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 71-79, 2015.

FERREIRA EAL, et al. **Uso da via subcutânea em pediatria**. São Paulo: ANCP, 2019.

GODINHO NC, SILVEIRA LVA. **Manual de hipodermóclise**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – HCFMB. 2017. 34p.

GODINHO, N.C. **Hipodermóclise: conhecimento dos enfermeiros em hospital universitário**. 2016. Trabalho de Conclusão de Mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/147125>. Acesso em: 27 nov 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/petrolina/panorama>. Acesso em: 31 out 2023.

JUSTINO, Eveline Treméa et al. Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 1, 2013.

MARTINS AKC, et al. **A hipodermóclise como ferramenta para cuidados paliativos**. Anais do Evento Even3, 2017.

MOREIRA MR, et al. Caracterização de pacientes sob cuidados paliativos submetidos à punção venosa periférica e à hipodermóclise. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S.l.], v. 10, 2020.

NOVELLI BT, et al. Recomendações para utilização da hipodermóclise em pacientes sobre cuidados paliativos. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro SP, 2019. v. 3, n. 1, p. 139-153.

NUNES PMSA, SOUZA RCS. Efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 20, 2016.

RIEGEL F, et al. Efficacy of hypodermoclysis in palliative care drug administration. **Revista Enfermagem UFPI**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 64-71, 2018.

SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. Organização Daniel Lima Azevedo. 2ª edição. Rio de Janeiro: SBGG, 2017. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/SBGG_guia-subcutanea_2aedicao.pdf. Acesso em 28 nov 2022.

MEDIDAS DE SEGURANÇA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de submissão: 20/10/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Raquel Adjane Machado

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0009-0004-8576-9165>

Elisiane de Oliveira Machado

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0009-0002-9227-1213>

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

Taquara-RS
<https://orcid.org/0009-0008-7353-4851>

Simone Thais Vizini

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-4929-1406>

Fabio Silva da Rosa

Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0001-5608-714X>

Rejane Silveira de Campos

Porto Alegre - RS-
<https://orcid.org/0009-0008-0986-1612>

Vanessa Frighetto Bonatto

<https://orcid.org/0000-0002-1614-774X>

Suimara Santos

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-8739-4385>

Macon Daniel Chassot

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0001-7017-6982>

Evelyn Tavares Alves

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0001-3203-5967>

Djulia Andriele Wachter

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-9127-3164>

Maialu Ramos Pinto Martino

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0009-0003-9744-0116>

RESUMO: Objetivo: identificar, na literatura, as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem e multidisciplinar para a segurança do paciente, no transporte intra-hospitalar. Método: Revisão integrativa, que utilizou os descritores: transporte de paciente intra-hospitalar, segurança do paciente e enfermagem. Resultados: Analisaram-se 6 artigos, no período de junho a julho de 2023, selecionados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com versões completas e gratuitas das publicações, indexados em língua portuguesa, recorte temporal compreendido entre os anos de 2014 e 2022 e que atendessem ao objetivo

de pesquisa após as leituras dos seus títulos e resumos. Conclusão: observou-se, neste estudo, a necessidade de uma avaliação prévia do paciente para submetê-lo ao transporte intra-hospitalar como cuidado de segurança essencial, permitindo que as instituições de saúde desenvolvam protocolos próprios para este fim, já que estes não existem de maneira padronizada. O estudo procurou avaliar a maior parte da literatura existente. No entanto, algumas limitações podem ter ocorrido nesse processo, uma vez que provavelmente existam pesquisas publicadas em outros idiomas e em bases de indexação não incluídas neste estudo. Da mesma forma, os autores reconhecem que importantes pesquisas publicadas podem ter sido omitidas usando a nossa estratégia de busca.

PALAVRAS-CHAVE: Transporte de paciente intra-hospitalar. Segurança do paciente. Enfermagem.

SAFETY MEASURES IN INTRA-HOSPITAL TRANSPORT: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: to identify, in the literature, the measures used by the nursing and multidisciplinary team for patient safety during intra-hospital transport. Method: Integrative review, which used the descriptors: intra-hospital patient transport, patient safety and nursing. Results: 6 articles were analyzed, from June to July 2023, selected from the Virtual Health Library (VHL) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, with complete and free versions of publications, indexed in language Portuguese, a time frame between the years 2014 and 2022 and that met the research objective after reading their titles and abstracts. Conclusion: in this study, it was observed the need for a prior assessment of the patient to subject him to intra-hospital transport as an essential safety care, allowing health institutions to develop their own protocols for this purpose, as these do not exist in a standardized way. The study sought to evaluate most of the existing literature. However, some limitations may have occurred in this process, since there is probably research published in other languages and in indexing bases not included in this study. Likewise, the authors acknowledge that important published research may have been omitted using our search strategy.

KEYWORDS: Intra-hospital patient transport. Patient safety. Nursing.

INTRODUÇÃO

A preservação da segurança do paciente durante a execução de procedimentos, no ambiente hospitalar, se encontra em crescente discussão. Debates sobre este assunto, bem como a exposição de falhas e erros dos profissionais no processo de trabalho, pela mídia, geram impactos na saúde pública global, especialmente envolvendo procedimentos específicos como o transporte intra-hospitalar (TIH) (SANTOS, et al., 2019).

O TIH pode ser definido como o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes dentro do ambiente hospitalar por profissionais de saúde, para fins diagnósticos e terapêuticos. Em pacientes críticos, esse processo exige cuidado redobrado, com a adoção de medidas adicionais para a preservação da segurança, sendo imprescindível, para isso, o envolvimento da equipe multidisciplinar (SANTOS, et al., 2019).

Estudos apontam alto índice de eventos adversos no transporte intra-hospitalar de

pacientes críticos, como queda da saturação, alteração da pressão arterial e frequência cardíaca, além de falhas técnicas dos equipamentos utilizados, sendo fundamental reforçar a importância de boas práticas e realização de treinamento por simulação (SANTANA, et al., 2021).

Dada a sua finalidade de contribuir com o cuidado do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, agilizando a terapêutica demandada, é que se faz necessário aprofundar o conhecimento na prática do TIH, favorecendo o desenvolvimento de medidas, rotinas e protocolos mais assertivos que contribuam para o aumento da segurança e diminuição dos eventos adversos neste procedimento (SILVA, et al., 2017).

No estudo desenvolvido por Silva et al. (2017), foram evidenciadas três categorias que precisam ser trabalhadas para melhoria do TIH: responsabilidade do profissional, situação de risco e qualidade em estrutura para o transporte intra-hospitalar. Neste contexto, surgiu a seguinte questão: Quais as medidas adotadas pela equipe de enfermagem e multidisciplinar para a segurança do paciente, no transporte intra-hospitalar? A partir desta questão, criou-se o objetivo de identificar, na literatura, as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem e multidisciplinar para a segurança do paciente, no transporte intra-hospitalar.

Com esta pesquisa, espera-se que possam ser programados treinamentos visando implementar rotinas e protocolos com medidas pré-estabelecidas pautadas em diretrizes atuais, e baseadas no raciocínio clínico e na avaliação otimizada do paciente, favorecendo, desta forma, a definição dos riscos e benefícios observados durante o transporte intra-hospitalar, a fim de garantir segurança daquele e a redução dos danos evitáveis que ameacem a sua vida durante o seu deslocamento (SANTANA, et al., 2021). Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida pelos passos descritos por Mendes, Silveira, Galvão (2008).

Sua finalidade é reunir e sintetizar os dados encontrados para melhor compreensão acerca dos fenômenos analisados e indicar assuntos ainda não tratados para o desenvolvimento de estudos futuros (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Após a escolha do tema e a criação da pergunta norteadora desta revisão, a saber: Quais as medidas adotadas pela equipe de enfermagem e multidisciplinar para a segurança do paciente, no transporte intra-hospitalar? Foi criada uma estratégia de busca para a seleção dos artigos utilizados neste estudo chegando nos seguintes descritores integrados com o operador booleano AND: “transporte de paciente intra-hospitalar” AND “segurança do paciente” AND enfermagem.

A pesquisa foi realizada no período de junho a julho de 2023, na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios de inclusão adotados para a seleção de artigos foram: possuir versão completa e gratuita das publicações, em língua portuguesa, com recorte temporal compreendido entre os anos de 2014 e 2022 e atender ao objetivo de pesquisa após as leituras dos títulos e resumos.

Os critérios de exclusão dos artigos foram: publicações endereçadas repetidamente

na biblioteca e base de dados consultadas, indexação nas plataformas em língua estrangeira e fora do recorte temporal pré-determinado, cobrança para acesso aos textos completos e estudos que não atendiam o objetivo da pesquisa após as leituras dos títulos e resumos. Foram identificados, na busca inicial, 20 artigos entre as plataformas supracitadas, sendo 6 na BVS e 14 na SCIELO. Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram selecionados 10 trabalhos e foram excluídos 10. Seguindo para a leitura do título e resumo destes, ficaram 8 estudos para a apreciação do texto completo através de uma análise crítica, restando, após essa fase, 6 artigos selecionados para compor esta pesquisa, visto que apresentavam resultados que respondiam ao objetivo de pesquisa desta revisão. Foi elaborado um instrumento para o armazenamento de dados das publicações selecionadas, contendo os seguintes itens: título do artigo, idioma, país, autores, ano de publicação, metodologia e conclusões.

Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados nas plataformas de pesquisa supracitadas, e da leitura detalhada dos seus textos completos, foram selecionados 6 estudos para compor esta revisão integrativa, através de uma avaliação crítica com foco nas principais conclusões dos trabalhos, como demonstra a Figura 1. Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para compor a revisão integrativa. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na tabela 1 a distribuição dos artigos selecionados de acordo com os dados escolhidos para compor a revisão integrativa. Fonte: Dados da pesquisa, 2023. Com a finalidade de analisar os achados, após leitura aprofundada dos estudos selecionados, procedeu-se à divisão didática dos assuntos elencados nos artigos, para Título do artigo Idioma/ País Autores/Ano Metodologia Principais conclusões dos artigos Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra hospitalar (MATOS, et al., 2021).

Os indicadores trazem uma significativa contribuição para o campo da saúde e da enfermagem, pois constituirão um instrumento que contribuirá para a prática profissional da enfermeira, para segurança do paciente e ainda será viável para prática de auditorias ou avaliações do processo de transporte. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra hospitalar (MENEGUIN, et al., 2014).

Os transportes de pacientes críticos ocorreram no período da manhã, para realização de tomografia computadorizada, com pacientes dependentes de suporte ventilatório e drogas vasoativas. Os equipamentos durante o transporte estavam funcionando e, os eventos adversos ocorridos foram atribuídos a alterações clínicas dos pacientes. Construção e validação de cenário de simulação de transporte intra hospitalar (SANTANA, et al., 2021). Descritivo: construção de um cenário de simulação Neste estudo, foram realizadas, com êxito, a construção e a validação do cenário para ensino do transporte intra-hospitalar. Ele poderá ser aplicado em diversos serviços para avaliação da formação dos graduandos de enfermagem, assim como para aprimoramento profissional daqueles que atuam no serviço

de transporte intra hospitalar. Checklist para o TIH de pacientes internados na unidade de terapia intensiva (SILVA, 2015).

A necessidade de verificar a efetividade do presente roteiro para a avaliação da segurança do paciente, para transporte intra-hospitalar e qual seu nível de praticidade, por meio da sua utilização nos diversos espaços hospitalares, a fim de que este se torne um checklist. Visibilidade do transporte intra hospitalar em unidade de terapia intensiva (SILVA, et al., 2017).

Os profissionais de enfermagem têm conhecimento sobre a segurança do paciente durante o transporte intra hospitalar, porém, há a necessidade de protocolos institucionais e de capacitações para o manejo desta prática, com a finalidade de reduzir ocorrências de eventos adversos. Eventos adversos durante TIH de pacientes críticos em hospital de grande porte (Veiga et al., 2019). Estudo de corte Transportes intra-hospitalares estão relacionados à alta incidência de eventos adversos; o tempo de transporte e a utilização de sedativos e drogas vasoativas estiveram relacionados a esses eventos. que pudessem ser apresentados em 3 categorias: transporte do paciente intra-hospitalar; segurança do paciente e equipe multidisciplinar, que serão apresentadas a seguir.

Transporte do Paciente Intra-hospitalar Incluíram-se nesta categoria os autores: Matos et al., 2021, Santana et al., 2021, Silva et al., 2017 e Veiga et al., 2019. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são setores complexos do hospital, atrelado a recursos tecnológicos avançados que possibilitam prestar assistência especializada e individualizada aos pacientes em estado crítico. Todavia, nesse ambiente podem ser encontradas dificuldades para a realização de alguns procedimentos que não são disponibilizados à beira-leito, necessitando o deslocamento para realização destes exames complementares (SILVA et al., 2017).

Segundo Matos et al. (2021) o transporte intra-hospitalar pode ser compreendido como o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar. Entende-se que, no transporte, o paciente está fora do ambiente de cuidados, estando potencialmente vulnerável a complicações, que podem desencadear alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis.

Veiga et al. 2019, ressalta que vários métodos de análise contribuíram para o conhecimento dos riscos relacionados ao transporte intra-hospitalar, como em estudos epidemiológicos e análises de sociedades de cuidados intensivos. Estudos apontam que o transporte intra-hospitalar pode ser um desafio para os profissionais da saúde devido possíveis instabilidades e complicações clínicas é necessário os profissionais desenvolver competências para a tomada constante de decisões complexas, prevenção de possíveis eventos adversos e estratégias que atendam às necessidades terapêuticas do paciente crítico, para assim favorecer um ambiente seguro, controlado e, sobretudo, livre de riscos aos profissionais/pacientes (SANTANA, et al., 2021).

Segurança do paciente Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva et al.,

2017 e Veiga et al., 2019). Estudos sobre segurança ao paciente principalmente dentro do ambiente hospitalar contribuíram para melhorias contínuas na assistência à saúde e inclusive tornando o ambiente hospitalar mais salubre para profissionais. Devido à ênfase na segurança ao paciente e na preocupação dos órgãos públicos sobre esse assunto, percebeu-se a necessidade de implementar protocolos enfatizando a segurança do paciente a fim de minimizar riscos e eventos adversos (VEIGA, et al., 2019).

Os protocolos têm com o objetivo padronizar e sistematizar a conduta da equipe, assegurando uma tomada de decisões mais assertiva na prática médica e multidisciplinar tornando melhor o atendimento multidisciplinar. Entretanto, cada estabelecimento de saúde deve possuir seu próprio protocolo, dentro deste contexto na prática dos hospitais, pois os que buscam evoluir e desenvolver os processos de trabalho na criação de novas rotinas e segurança do paciente se tornam mais assertivos nas condutas (VEIGA, et al., 2019).

A avaliação das condições clínicas do paciente que será transportado e dos equipamentos disponíveis é necessária, e oportuniza o planejamento adequado para realizar o transporte intra-hospitalar. Entende-se que, ao prover equipe qualificada e equipamentos que garantam a segurança do paciente, melhora-se todo processo de trabalho, pois torna-se um ambiente de cuidado mais harmônico inclusive para os profissionais desenvolverem suas atividades (SILVA, et al., 2017). Vários autores já identificaram fatores “protetores”, para minimizar os eventos adversos relacionados aos transportes, como verificações de equipamentos durante o transporte, preparação do paciente, sedação apropriada e equipe de transporte experiente (VEIGA et al., 2019).

Entretanto, apesar do alto nível de tecnologia e serviços disponíveis nas UTIs, nem todos os exames ou cuidados necessários ao paciente podem ser oferecidos à beira do leito. Ainda é necessário um encaminhamento temporário para realização destes exames e ou cuidados, tendo como exemplo intervenções no bloco cirúrgico para determinar condutas e direcionamento do tratamento médico hospitalar (SILVA et al., 2017).

Equipe multidisciplinar Incluíram-se nesta categoria os autores: Meneguín et al., 2014, Silva et al., 2017 e Santana et al., 2021. No contexto hospitalar, são as enfermeiras e técnicas de enfermagem que, majoritariamente, prestam cuidados durante o transporte intra-hospitalar e que, caso estas sejam prestadas de forma insegura, podem ocasionar prejuízos muitas vezes irreparáveis (SANTANA, et al., 2021).

O sucesso no transporte intra-hospitalar depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe multiprofissional, comunicação efetiva e a escolha de equipamentos adequados. Um aspecto importante no transporte do paciente é a comunicação prévia das informações necessárias entre a equipe que transporta o paciente e aquela que irá recepcioná-lo para que não seja comprometida sua segurança e o cuidado do paciente (MENEGUÍN, et al., 2014).

Portanto, o Transporte intra-hospitalar é um desafio para os profissionais de saúde por oferecer cuidados adicionais, dentre eles a utilização de tecnologias não disponíveis

na UTI, cuja decisão deve ser sustentada pela avaliação entre os benefícios e os riscos (SILVA, et al., 2017).

CONCLUSÃO

Tendo em vista o objetivo proposto, foi possível identificar relevância no presente estudo, observou-se a necessidade de uma avaliação prévia do paciente para submeter ao transporte intra-hospitalar por ser tratar de um cuidado em segurança ao paciente e ainda se observou que não existem medidas ou roteiro específico ou protocolo padronizado para execução deste procedimento. Os achados desta investigação permitem afirmar que as instituições hospitalares precisam desenvolver protocolos, rotinas ou check list neste cuidado prestado ao paciente. Contudo, o estudo procurou avaliar a maior parte da literatura existente. No entanto, algumas limitações nesse processo podem ocorrer, uma vez que provavelmente existam pesquisas publicadas em outros idiomas e em bases de indexação não incluídas neste estudo. Da mesma forma, o autor reconhece que importantes pesquisas publicadas podem ter sido omitidas usando a nossa estratégia de busca.

REFERÊNCIAS

MATOS, Endric Passos; ALMEIDA, Deybson Borba de; FREITAS, Kátia Santana; SILVA, Silvone Santa Bárbara da. Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fcLsbPYjMcBphnFvLPfkgz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2023. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de

CAMPOS, Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem: revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKlXQ/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2023.

MENEGUIN, Silmara; ALEGRE, Patrícia Helena Corrêa; LUPPI, Claudia Helena Bronzatto. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intrahospitalar. **Acta Paulista De Enfermagem: publicação eletrônica técnico-científica da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 115-119, mar./abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/M3wqG8SzspSRffmcgnFCG/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTANA, Ellen Reis; PIACEZZI, Luiz Humberto Vieri; LOPES, Maria Carolina Barbosa Teixeira; BATISTA, Ruth Ester Assayag; VANCINI-CAMPANHARO, Cássia Regina; GÓIS, Aécio Flávio Teixeira de. Construção e validação de cenário de simulação de transporte intra-hospitalar. **Einstein: Jornal oficial de divulgação científica do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein**, São Paulo, v.19, p. 1-9, set. 2021. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5868. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/construcao-e-validacao-de-cenario-de-simulacao-de-transporte-intra-hospitalar/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SANTOS, Bruna da Silva; BUENO, Camille Karine Scharneski; BIZINELLI, Tayciele Schenkel Quintana; RIBEIRO, Elaine Rossi. A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde: Publicação do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 90-101, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p90>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046436/8revisado-666-1499-1-ed.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, Renata da; AMANTE, Lúcia Nazareth. Checklist para o transporte intrahospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem: revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 539-547, abr./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001772014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/alyN8mSjBwcbKxQ5DhZ795GG/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, Renata da; AMANTE, Lúcia Nazareth; SALUN, Nádia Chiodelli; MARTINS, Tatiana; MINATTI, Fabiana. Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XncWbmFL4n39XVRHGDZzRfy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2023

VEIGA, Viviane Cordeiro; POSTALLI, Natalia Fioravanti; ALVARISA, Thais Kawagoe; TRAVASSOS, Phillipe Pereira; VALE, Raquel Telles da Silva; OLIVEIRA, Cleyton Zanardo de; ROJAS, Salomón Soriano Ordinola. Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, fev. 2019 DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/8B9msc9nPfYBcrFPDqPXLpk/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

HIGIENE CORPORAL EM PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS: AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Data de aceite: 01/12/2023

Raquel Adjane de Magalhães Machado

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0009-0004-8576-9165>

Rejane Silveira de Campos

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0009-0008-0986-1612>

Elisiane de Oliveira Machado

Parobé - RS -
<https://orcid.org/0009-0002-9227-1213>

Simone Thais vizini

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-4929-1406>

Suimara Santos

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-8739-4385>

Macon Daniel Chassot

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0001-7017-6982>

Fernanda dos Reis

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/000-1593-0508>

Fabio Silva da Rosa

Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0001-5608-714X>

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

Taquara-RS
<https://orcid.org/0009-0008-7353-4851>

Christian Negeliskii

Porto Alegre
<https://orcid.org/00000002-22551108>

Djulia Andriele Wachter

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0000-0002-9127-3164>

Evelyn Tavares Alves

Porto Alegre - RS -
<https://orcid.org/0001-3203-5967>

RESUMO: A higiene corporal é um procedimento exclusivo da enfermagem, em que os profissionais devem estar atentos às alterações dos sinais vitais, principalmente após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido à instabilidade hemodinâmica. Este é um estudo de delineamento descritivo, exploratório e transversal, com uma abordagem quantitativa, baseado em informações contidas nos prontuários dos pacientes. O presente trabalho teve como objetivo avaliar as alterações dos sinais

vitais após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos, de ambos os sexos e maiores de idade que estiveram internados na UTI de um hospital localizado na região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul. Também buscou traçar o perfil de pacientes gravemente enfermos e ainda identificar alterações que possam estar envolvidas no padrão ventilatório. A coleta de dados foi realizada durante os meses de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foram investigadas 97 fichas, sendo que destas foram avaliadas as seguintes variáveis: sinais vitais (FC, FR, SAT e PAM) antes e após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos. Encontraram-se alterações significativas estatisticamente ($p = 0,01$) na variável da PAM após-higiene corporal, que teve um aumento quando comparada com a média deste parâmetro no pré-higiene corporal. Esse achado deve estar relacionado com a vasodilatação periférica dos vasos nos pacientes críticos, cuja descompressão ocasiona variação na pressão arterial, não podendo se descartar a hipótese de hipovolemia nos indivíduos. Foi verificado que a maior parte dos pacientes internados é do sexo feminino (55,7%), com idades que variaram de 18 a 91 anos, sendo a média de aproximadamente 51 anos. O tempo de internação variou de um a 19 dias, sendo a média de internação de seis dias. Concluiu-se que o estudo contribuiu com o levantamento de dados e avaliação das alterações dos sinais vitais após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos, internados na Unidade de Terapia Intensiva. Aprofundaram-se as questões relacionadas ao banho de leito no que refere às alterações dos sinais vitais e ainda foi um estímulo para aumentar a pesquisa no assunto higiene corporal em paciente grave. Os resultados deste estudo favoreceram conhecer dados locais e estimular a ampliação da pesquisa neste assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene corporal. Banho de leito. Pacientes gravemente enfermos. Sinais vitais.

ABSTRACT: Body hygiene is a nursing exclusive procedure, in which professionals should be alert to changes in vital signs, especially after the body hygiene in critically ill patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU) due to hemodynamic instability. This is a descriptive study, exploratory and transversal, with a quantitative approach, based on information found in the medical records of the patients. The present work aimed to evaluate the changes in vital signs after the body hygiene in critically ill patients, of both sexes and with more than 18 years old, who were hospitalized in the ICU of a hospital located in the Vale dos Sinos region, in Rio Grande do Sul. It also tried to trace the profile in critically ill patients and identify changes that may be involved in ventilatory pattern. Data collection was conducted during the months of December 2013 to February 2014. Ninety-seven records have been investigated and the following variables were assessed: vital signs (HR, RR, SAT and MAP) before and after the body hygiene in critically ill patients. We have found statistically significant changes ($p = 0.01$) in the variable PAM post-body hygiene, which had an increase compared with the average of this parameter before the body hygiene. This finding must be related to peripheral vasodilation of blood vessels in critically ill patients, whose decompression causes variation in blood pressure, not discarding the hypothesis of hypovolemia in the subjects. It was found that most of the hospitalized patients were female (55.7%), aging from 18 to 91, with an average of approximately 51 years. The stay lasted from one to 19 days, with an average of six days. We concluded that the study contributed to the data collection and evaluation of changes in vital signs after the body hygiene in critically ill patients admitted to the Intensive Care Unit.

Issues related to bed bath were deepened regarding the changes in vital signs, also it has been an incentive to increase researches about the body hygiene in critically ill patients. The results of this study favored to know local data and stimulate the expansion of researches into this subject.

KEYWORDS: Body hygiene. Bed bath. Critically ill patients. Vital signs.

INTRODUÇÃO

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de enfermagem para manutenção de suas funções vitais, e um dos cuidados é a higiene corporal, que faz parte da prática de enfermagem. A higiene corporal ajuda a manter o conforto do paciente, proporcionando-lhe alívio em área de apoio, movimentos passivos do corpo e higiene da pele. No entanto, essa prática pode trazer complicações para o paciente gravemente enfermo, como alteração nos sinais vitais e ajuste nas drogas de uso contínuo. Esse risco muitas vezes é ignorado pela equipe médica e de enfermagem, que parte para a execução da higiene corporal como se fosse algo sem muita importância, causando transtornos posteriores. Sendo o banho de leito do paciente gravemente enfermo um procedimento exclusivo da enfermagem, seus possíveis riscos e benefícios deveriam ser de conhecimento de todos os profissionais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) define paciente em estado crítico como sendo aquele em estado grave, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perdas de sua autorregulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua (BRASIL, 2006).

As características do doente gravemente enfermo demandam intervenções de extrema complexidade, seja pela gravidade, seja pela instabilidade que os tornam mais vulneráveis e, portanto, dependem de um rigoroso acompanhamento por parte da equipe assistencial envolvida. Segundo Lima e Lacerda (2010), mesmo técnicas desenvolvidas sem maiores dificuldades em pacientes estáveis, como o banho, tornam-se complexas em se tratando de doente em estado crítico.

O banho de leito tem vários aspectos que podem ser explorados e estudados: por um lado, a intervenção do paciente, e por outro, a visão do enfermeiro frente a esse procedimento. Ou seja, o tema pode ser estudado por diferentes enfoques.

A enfermagem necessita de planejamento adequado e equipe capacitada, no intuito de proporcionar um cuidado livre de danos, melhora funcional, satisfação e conforto ao cliente (LIMA; LACERDA, 2010).

O objetivo da pesquisa foi avaliar as alterações dos sinais vitais após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos. Como objetivo específico, buscou-se traçar o perfil do paciente gravemente enfermo e identificar alterações que possam estar envolvidas no padrão ventilatório. Este estudo se caracteriza por ser de abordagem quantitativa, com um desenho descritivo, exploratório e transversal.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido com delineamento descritivo, exploratório e transversal, com uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através de informações contidas no prontuário, transcrito pelos pesquisadores com instrumento próprio, tendo como pressuposto o desconhecimento das alterações dos sinais vitais apresentados após o banho de leito, realizado pela enfermagem, em pacientes gravemente enfermos, internados na UTI.

A população deste estudo foi constituída exclusivamente por indivíduos que estavam internados na UTI adulto de um hospital filantrópico, de médio porte e complexidade média, com 132 leitos, na região do Vale dos Sinos, no Rio Grande do Sul. A UTI possui sete leitos com característica geral; a taxa média anual de ocupação em 2013 foi de 88%, sendo os meses dezembro/2013 com taxa de 84%, janeiro/2014, 36%, e fevereiro/2014, 49%. Nos meses da pesquisa, percebeu-se um declínio na ocupação, o que é comum nesse período do ano, devido ao menor fluxo de pessoas nas cidades.

Dentro desse contexto, a amostra foi composta por 97 sujeitos que estavam qualificados nos critérios de inclusão.

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos maiores de idade de ambos os sexos que estavam internados na UTI adulto no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, em uso de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), medicações vasoativas, sedação contínua (RASS de -3 a -5) ou uso exclusivo de sedação e VMI ou vasoativo juntamente com VMI. Foram excluídos do estudo todos pacientes que não se enquadraram nos critérios acima.

A pesquisa foi autorizada mediante a uma carta de apresentação que foi entregue para o setor de recursos humanos e a coordenação de enfermagem, assim como uma cópia do projeto e do Termo de Compromisso para Utilização de Dados. As combinações para a coleta de dados foram feitas nesse momento, que iniciou em dezembro/2013 e se estendeu até fevereiro/2014.

Os dados foram agrupados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*) e posteriormente foram trabalhados no programa estatístico (*SPS*). Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva em forma de tabelas.

Apesquisa pretende contribuir para melhorar a assistência prestada pela enfermagem e conseqüentemente beneficiará o paciente, melhorando o atendimento nesta população.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados 97 pacientes internados em uma UTI adulto na região do Vale dos Sinos (RS), no período de dezembro/2013 a fevereiro/2014, a fim de avaliar as alterações dos sinais vitais após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos e identificar mudanças que possam estar envolvidas no padrão ventilatório.

Verificou-se que a maior parte dos pacientes internados é do sexo feminino (55,7%), com idades que variaram de 18 a 91 anos, sendo a média de aproximadamente 51 anos. O tempo de internação variou de um a 19 dias, sendo a média de internação de seis dias.

Paskulin e Vianna (2007) alegam que nos países em desenvolvimento o aumento da população idosa vem ocorrendo rapidamente e num contexto de pobreza. No Brasil, 8,6% da população têm 60 ou mais anos de idade. O destaque é o novo perfil populacional, devido ao aumento do contingente de idosos, necessitando surgir outros serviços de atenção básica em saúde.

Estudo desenvolvido por Martins (2010) sobre o uso de medidas de comorbidades para predição de risco de óbito em pacientes brasileiros hospitalizados teve os seguintes resultados: a taxa de mortalidade hospitalar foi de 10,4%; o tempo médio de permanência, 5,7 dias; a maioria das internações (52%) ocorreu em homens; a idade média foi de 62,6 anos.

De acordo com os achados, percebe-se que o tempo de internação teve como média de seis dias, o que demonstra similaridade com dados de outros hospitais. Oliveira et al. (2010) consideram sete ou mais dias um tempo prolongado de internação, e ainda sugerem um aprofundamento deste assunto para categorizar a população cirúrgica e clínica, pois não há consenso em literatura especificando e explicando o tempo de internação ideal.

Vários estudos apontam a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica como doenças bastante comuns no mundo, especialmente na América do Norte e no norte da Europa, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos. A hipertensão e a DM são fatores de risco muitas vezes evitáveis nos casos de morte prematura.

Constatou-se que 48 pacientes (49,5%) estavam com infecção respiratória; 34 (35,0%) eram portadores de HIV/Aids; 17 (17,5%) estavam com choques sépticos; e 15 (15,5%) foram diagnosticados como procedimento cirúrgico.

Foi verificado no presente estudo que 14 pacientes tinham apenas um diagnóstico de base; 67 tinham dois diagnósticos de base, sendo as infecções respiratórias e o HIV/Aids os diagnósticos mais comuns; e 14 possuíam pelo menos três diagnósticos de base, sendo HAS e DM os mais comuns. A soma total é maior do que 100% porque alguns pacientes tiveram mais de um diagnóstico de base.

Observa-se que o número de infecções respiratórias se destacou, considerando-se que a coleta de dados recorreu em meses de verão. Acredita-se que a infecção respiratória prevaleceu devido à característica dos pacientes com comorbidades e imunocomprometidos.

O estudo desenvolvido por Martins (2010) aponta que, do total de internações, 5,4% apresentavam um diagnóstico secundário registrado. Porém houve dificuldades relacionadas ao banco de dados, segundo o autor, pois os valores obtidos foram considerados insuficientes. A precisão desse tipo de estudo é influenciada pela completude e pelo comprometimento da fonte de informação que vai ao encontro dos achados deste estudo.

Foram categorizados outros diagnósticos de base encontrados em 32 (32,9%) pacientes, que representaram números equivalentes a menos do que 8%. A partir da contagem realizada, foram descritos acima os mais importantes. Foram verificados seis pacientes com infecções urinárias e cinco tiveram bacteremia ou sepse e insuficiência renal aguda; os demais tiveram valor menor do que quatro pacientes.

Corroborando com o estudo, Martins (2010) explica que os fatores de risco modificam o prognóstico e a resposta terapêutica entre os pacientes atendidos nos hospitais. E ainda ressalta que o risco do paciente está relacionado com a gravidade do caso, e maior gravidade significa maior risco ou probabilidade de ocorrência de resultado indesejado. Risco é um conceito multidimensional que inclui diversos atributos do paciente, como idade, sexo, instabilidade clínica, diagnóstico principal, extensão e gravidade das comorbidades, e atitudes e preferências do paciente (MARTINS, 2010).

A distribuição do uso de medicações contínuas – vasopressor e sedação – em pacientes internados em uma UTI adulto na região do Vale dos Sinos (RS). O Midazolan foi o mais utilizado (71,13%), seguido de Fentanil (64,65%). A soma é maior do que 100% pois cada paciente pode ter feito uso de mais de uma medicação. Outros medicamentos também foram aplicados a 10 pacientes; entre estes, o Pancurônio foi o mais utilizado.

Os resultados demonstram que mais de 70% dos pacientes estavam sob efeito de sedação, o que pode estar relacionado às intervenções terapêuticas invasivas, à monitoração contínua e ao processo patológico, pois estes procedimentos proporcionam experiências dolorosas ou desagradáveis para muitos enfermos em unidade de terapia intensiva.

Sakata (2010) relata que menos de 50% dos profissionais avaliam a dor, porque a avaliação da dor e da sedação é particularmente complexa na UTI, já que os pacientes se mostram incapazes ou impossibilitados de se comunicar verbalmente com os profissionais, por diversas razões: intubação traqueal, alteração da consciência, sedação, efeito de medicamentos.

No que refere à utilização de vasopressor, observou-se um número elevado de pacientes fazendo uso desse medicamento (mais de 60%), demonstrando possível instabilidade hemodinâmica. Vários estudos apontam que o vasopressor é recomendado para choque, que é uma síndrome clínica caracterizada por perfusão inadequada dos tecidos.

Tallo et al. (2008) ressaltam que as drogas vasoativas são fármacos comumente utilizados em Medicina de Urgência, com a finalidade de restaurar a pressão de perfusão tecidual em pacientes hemodinamicamente instáveis, depois de adequada reposição de fluidos.

Estudos apontam que o tratamento de pacientes em choque envolve medidas específicas para corrigir a causa subjacente, ou seja, o choque pode ter origem hipovolêmica, cardiogênica ou vasodilatadora e demanda medidas inespecíficas visando à restauração

de parâmetros hemodinâmicos anormais.

Os pacientes foram pontuados e classificados de acordo com a escala de sedação RASS. A maioria foi classificada como incapaz de ser despertado ou não responde ao som da voz ou ao estímulo físico (82,47%); 13 pacientes (13,40%) foram classificados como alerta e calmo; e quatro com sedação moderada, ou seja, com movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).

Podemos observar o índice de gravidade através do indicador de gravidade APACHE. Foi verificado que 54 pacientes (55,67%) estavam com o índice de gravidade abaixo de 30%, demonstrando o panorama da situação dos pacientes na UTI. Nota-se que 14 pacientes (14,43%) estavam em situação de extrema gravidade com valor máximo de 85%, ou seja, podemos descrever situação incompatível com a vida.

Sakata (2010) aborda que o paciente crítico tem inúmeras situações complicadas, entre as quais está a hipotensão arterial, a sepse, a hipoxemia e o trauma. No uso de alguns medicamentos, ocorre a redução do fluxo sanguíneo hepático e da depuração dos fármacos, podendo ocasionar lesão hepática, insuficiência renal por acúmulo de analgésicos, sedativos e metabólitos ativos eliminados pelos rins. Entretanto, na prática, percebe-se que não há uma uniformidade de conduta para sedação, deixando claro que surgem dúvidas sobre o quanto se deve sedar ou analgesiar o paciente.

O APACHE é um instrumento que serve para mensurar a gravidade do paciente. A aplicação desse instrumento deve avaliar as primeiras 24 horas do paciente na UTI. Para mensurar a gravidade, é utilizada uma escala numérica de um a 34, podendo ser revertida em porcentagem. Quanto maior a numeração, mais grave é o caso do paciente (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

A vantagem de classificar os pacientes nessas unidades seria de buscar prognósticos, sobretudo na expectativa de possibilitar avaliação custo/benefícios, performance da UTI e ainda nos critérios de admissão e alta do paciente (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

Devido ao fato de a versão denominada APACHE II ser bem completa, consegue-se ter uma dimensão da situação clínica do paciente, pois são incluídas as seguintes variáveis fisiológicas: temperatura, pressão arterial média ou pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação por meio de valores gasométricos, pH arterial, sódio, potássio e creatinina séricas, hematócrito e glóbulos brancos, e a escala de coma de Glasgow. Além disso, consideram-se a idade cronológica e a presença de doença crônica (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

As mudanças no padrão ventilatório e a repercussão do procedimento nos pacientes. Em 84 dos casos (86,6%) não houve mudança no padrão ventilatório – esforço respiratório (tiragem intercostal), sudorese e pele fria – e em 74 casos (76,3%) não houve necessidade de intervenção médica ou de enfermagem, sendo que em três pacientes (3,09%) foi observado o ajuste do vasopressor.

Entretanto, o profissional de enfermagem executa muitas atividades durante a

jornada de trabalho. Entre elas está o registro de enfermagem, que deve incluir condição clínica, situação e intercorrência na qual se encontra o paciente. Portanto observa-se que muitas vezes não é feito esse registro, o que pode ter interferido no resultado desta pesquisa.

Observa-se que 14 (14,43%) outras intervenções foram necessárias após a higiene corporal em paciente gravemente enfermo. Foram analisadas as fichas de coleta e identificou-se que nove destas eram aspiração do tubo endotraqueal, o que podemos relacionar ao banho com a mobilização de secreção.

Segundo Molinaro (2009), os parâmetros dos sinais vitais são utilizados para a avaliação das condições vitais dos pacientes. A monitoração dos parâmetros hemodinâmicos nas unidades de terapia intensiva tem por objetivo garantir a perfusão tecidual dos pacientes, os quais podem ser aferidos de forma invasiva ou não invasiva.

Podemos verificar a avaliação dos sinais vitais antes e após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos. Os dados foram expressos através de médias de desvios padrões, em que se verificou um aumento na média da PAM após-higiene corporal, quando comparada com a média deste parâmetro durante a pré-higiene corporal. Esse aumento foi considerado estatisticamente significativo ($p = 0,01$).

São vários os fatores que interferem na pressão arterial (PAM) em se tratando de paciente gravemente enfermo. Pode-se pensar que o esforço físico esteja envolvido com o resultado da pesquisa, pois a higiene corporal é um procedimento que envolve movimentos passivos do paciente e exposição à mudança de decúbito.

Não houve diferença estatística nas variáveis FC, FR e SAT quando comparados os valores na pré-higiene corporal e na pós-higiene corporal. O que se pode observar foi que todas diminuíram na pós-higiene corporal.

Esse resultado mostra a necessidade de esclarecimento sobre o quanto a higiene corporal pode interferir na hemodinâmica do paciente, e deve haver critérios para a execução deste procedimento. Cabe então ao profissional enfermeiro a responsabilidade de identificar as alterações clínicas desse paciente.

Lima e Lacerda (2010) desenvolveram um estudo semelhante, que teve como objetivo identificar evidências científicas sobre as repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico. Ainda buscaram verificar a possibilidade de estabelecimento de critérios para indicação do banho nesse paciente, com base em repercussões oxi-hemodinâmicas nas diferentes situações clínicas. Os autores tiveram muitas dificuldades nos resultados, devido à escassez de publicações sobre esse assunto.

Contudo, depois de diversos processos de análise, com 44.597 referências, restaram apenas seis quase-experimentais para a pesquisa. Nesses estudos, foi constatado que, durante o banho, a saturação venosa mista de oxigênio declinou consideravelmente, restabelecendo-se em 30 minutos (LIMA; LACERDA, 2010).

No estudo de Lima e Lacerda (2010) ainda foram traçadas as condições que aumentam o risco: banho em menos de quatro horas após a cirurgia cardíaca, posicionamento prolongado em decúbito lateral e tempo de banho superior a 20 minutos. Recomendam a manutenção da temperatura da água em 40°C, para proteção.

A associação entre as classificações de RASS com as demais variáveis de estudo. Observa-se que a maioria das mulheres foi classificada com sedação moderada (75%) e a maior parte dos homens como alertas/calmos (69,23%).

Os pacientes com média de idade mais elevada foram encontrados no grupo com sedação moderada, e as menores médias de idade no grupo incapaz de ser despertado.

Os pacientes com sedação moderada foram os que ficaram em média menos dias no hospital (1,5 dias), já os pacientes classificados como alerta/calmo foram os que permaneceram por mais tempo no hospital (8,62 dias). Essa associação foi considerada estatisticamente significativa ($p = 0,04$), porém este tempo médio de internação pode estar envolvido com outros fatores que não foram mensurados neste estudo. Percebeu-se que estes pacientes que tiveram maior tempo de internação estavam alertas/calmos, apresentaram complicações pós-cirúrgicas, sequelas neurológicas e encefalopatia, o que ocasiona uma evolução mais lenta na recuperação.

A maioria dos pacientes que tiveram mudança no padrão ventilatório – esforço respiratório (tiragem intercostal), sudorese e pele fria – foi classificada como incapaz de ser despertada. Contabilizando 12 pacientes, observa-se que nestes 75% apresentaram APACHE igual ou maior que 24%, e o fator de gravidade pode estar relacionado com a mudança do padrão ventilatório.

CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu com o levantamento de dados e a avaliação das alterações dos sinais vitais após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital localizado na região do Vale dos Sinos (RS). Aprofundaram-se as questões relacionadas ao banho de leito em pacientes gravemente enfermos no que refere às alterações dos sinais vitais, ou seja, na hemodinâmica.

Foram avaliadas as seguintes variáveis dos sinais vitais (FC, FR, SAT e PAM) antes e após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos. Encontraram-se alterações significativas estatisticamente ($p = 0,01$) na variável da PAM após-higiene corporal; quando comparada com a média desse parâmetro no pré-higiene corporal, houve um aumento.

São vários os fatores que interferem na pressão arterial (PAM) em se tratando de paciente gravemente enfermo. É possível considerar que o esforço físico esteja envolvido com o resultado da pesquisa, pois a higiene corporal é um procedimento que envolve movimentos passivos do paciente e exposição à mudança de decúbito. Esse achado deve estar relacionado com a vasodilatação periférica dos vasos nos pacientes críticos.

A descompressão destes ocasiona variação na pressão arterial, não podendo descartar a hipótese de hipovolemia nos indivíduos.

O estudo traçou o perfil do paciente gravemente enfermo. Identificou-se que a maior parte dos pacientes internados é do sexo feminino (55,7%), e a média da idade ficou em $51,57 \pm 16,88$. Verificou-se que 48 pacientes estavam com infecção respiratória (49,5%), 34 eram portadores de HIV/Aids (35,0%), 17 estavam com choque séptico (17,5%), e 15 foram submetidos a procedimento cirúrgico (15,5%).

Percebe-se que o número de infecções respiratórias se destacou, levando-se em conta que a coleta de dados recorreu em meses de verão. Acredita-se que a infecção respiratória prevaleceu devido à característica dos pacientes com comorbidades e, principalmente, imunocomprometidos.

Identificou-se ainda que as alterações envolvidas com o padrão ventilatório não estavam relacionadas com a higiene corporal neste estudo.

Considerando as alterações estatisticamente significantes, concluiu-se que este estudo foi um estímulo para aumentar as pesquisas no assunto banho. Devem ser aprofundadas principalmente as questões relacionadas ao banho de leito em paciente gravemente enfermo, no que refere às alterações dos sinais vitais e da hemodinâmica. Sugere-se que o trabalho seja replicado em outras populações, com um número maior de indivíduos.

Os resultados deste estudo comprovam que se deve continuar a investir em pesquisa neste assunto, para buscar medidas preventivas de segurança ao paciente. Os profissionais de saúde precisam ser instrumentalizados com conhecimento teórico científico para prestar uma melhor assistência e ainda evitar possíveis danos decorrentes de procedimentos, principalmente em pacientes graves e com potencial alto de instabilidade hemodinâmica.

Com base na literatura e em publicações científicas – que são escassas em se tratando da repercussão hemodinâmica frente ao procedimento banho de leito –, ficou enfatizado que o enfermeiro deve contribuir e estar envolvido diretamente com o procedimento e não simplesmente estar delegando para sua equipe sem nenhum cuidado. O enfermeiro deve estar acompanhando o procedimento, que atualmente é realizado diariamente pelo técnico de enfermagem.

Espera-se que esta pesquisa conscientize os enfermeiros sobre a importância do cuidado especializado e os demais profissionais de enfermagem que estejam envolvidos com o atendimento dos pacientes graves a refletirem sobre medidas de segurança ao paciente.

Dentro deste contexto, é imprescindível o conhecimento nas áreas de paciente crítico, assistência de enfermagem e unidade de terapia intensiva para implementar estratégias de segurança ao paciente. Junto a este fato vem o desafio de conscientizar sobre a importância de uma assistência qualificada e planejada.

Acredita-se que, entendendo a forma que ocorrem as alterações nos sinais vitais

após a higiene corporal em pacientes gravemente enfermos, consegue-se minimizar os danos e as complicações que esse procedimento possa oferecer. Logo, os profissionais mais informados tornam o procedimento mais seguro, o que auxilia na recuperação e diminui os riscos de complicações, demonstrando a relevância do estudo para a sociedade de uma forma geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta pública nº 21, de 27 de abril de 2006**. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Intermediários. Brasília: Anvisa, 2006. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B14558-1-0%5D.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Anvisa, 2010.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

LIMA, Dalmo Valério Machado de. **Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado**: evidenciado pela revisão sistemática. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103_21002010000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 nov. 2012.

MOLINARO, Laura Cristina. **A enfermagem e a avaliação dos parâmetros oxi-hemodinâmicos diante da aspiração traqueal de pacientes com ventilação mecânica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, Monica. Uso de medidas de comorbidades para predição de risco de óbito em pacientes brasileiros hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300008>. Acesso em: 6 mar. 2014.

OLIVEIRA, Ana Beatriz Francioso de et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 set. 2013.

PASKULIN, Lisiane M. G.; VIANNA, Lucila A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 mar. 2014.

SAKATA, Rioko Kimiko. Analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 60, n. 6, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600012>. Acesso em: 14 set. 2013.

TALLO, Sabia Fernando et al. Drogas vasopressoras nos estados choques: qual é a melhor opção. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 237-242, nov./dez. 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a237-242.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.

TRANQUITELLI, Ana Maria; PADILHA, Katia Grillo. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 set. 2013.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA AO PACIENTE SUICIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2023

Ana Carolina Lisboa Caldas

Centro Universitario da
Amazonia(UNIESAMAZ),Belém-Pa
<https://lattes.cnpq.br/8854192715972846>

Allan Vitor da Silva Gonçalves

Universidade da
Amazonia(UNAMA),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/9703257239269408>

Camila Gabriele da Silva Pinheiro

Centro Universitario da
Amazonia(UNIESAMAZ),Belém-Pa
<https://orcid.org/0000-0001-5782-1895>

Cristiane Costa da Cruz.

Centro Universitario da
Amazonia(UNIESAMAZ),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/3207904573203726>

Elber de Souza Billy

Centro Universitario da
Amazonia(UNIESAMAZ),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/0531289062944544>

Ingrid Cristina Siraides dos Anjos

Universidade Federal do
Pará(UFPA),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/9467208529061876>

Luana Katellen Costa do Carmo

Universidade da
Amazonia(UNAMA),Belém-Pa
<https://orcid.org/0009-0008-3515-4153>

Luzia Viana Lisboa

Universidade da
Amazonia(UNAMA),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/6820049102210397>

Rafaela Cristina Marques de Araújo.

Centro Universitario da
Amazonia(UNIESAMAZ),Belém-Pa
<http://lattes.cnpq.br/9530040612549770>

RESUMO: **Introdução:** A ideação suicida é constituída em momentos ou comportamentos, geralmente iniciando com ameaça de suicídio, seguida por tentativa e, por fim, pela consumação do ato de autoextermínio. O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. A Política Nacional de Atenção às Urgências tem como objetivo garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências e, dentre essas, tem-se a tentativa de suicídio. **Objetivo:** objetivou-se abordar a atuação de Enfermagem em urgência e emergência ao paciente com

ideação suicida. **Métodos:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com abordagem qualitativa. A busca foi realizada no SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde, PubMed e LILACS, no período de 2018 a 2022. Os descritores em ciência da saúde foram cruzados a partir dos operadores booleanos *AND* e *OR*. Os artigos incluídos foram artigos gratuitos, completos, periódicos em português. Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, pagos, teses e monografias. **Resultados:** Foram identificados 108 artigos com os critérios de inclusão e exclusão nas bases determinadas. **Discussão:** Nos serviços de emergência, o acolhimento representa e desempenha a ferramenta humana e “tecnológica” mais importante, que abre espaço para uma escuta ativa por parte dos profissionais, o que culmina no favorecimento do processo de empatia e na oferta de cuidado integral, com respostas assertivas e resolutivas dentro do contexto intra e extra-hospitalar, além de promover a articulação na rede de serviços de saúde, como apontado por autores que discutem a temática sobre o processo de acolhimento nas unidades de urgência e emergência. **Conclusão:** Em suma, o cuidado de enfermagem no atendimento ao paciente suicida apresenta uma grande barreira entre a relação profissional e paciente. Por isso, é necessário incentivar as boas práticas da enfermagem nos manejos das práticas de cuidado da saúde mental, apesar das dificuldades existentes durante a assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde; política nacional; Atendimento; Ideação suicida.

ACTION OF NURSING IN URGENT/EMERGENCY CARE TO SUICIDAL PATIENTS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Suicidal ideation is made up of moments or behaviors, usually beginning with the threat of suicide, followed by an attempt and, finally, the consummation of the act of self-extermination. Brazil is among the ten countries with the highest absolute numbers of suicides. The National Emergency Care Policy aims to guarantee universal, equitable and comprehensive care for emergencies, including attempted suicide. **Objective:** The aim of this study was to address the role of nursing in urgent and emergency care for patients with suicidal ideation. **Methods:** This is an Integrative Literature Review with a qualitative approach. The search was carried out in SciELO, the Virtual Health Library, PubMed and LILACS between 2018 and 2022. The health science descriptors were cross-referenced using the Boolean operators AND and OR. The articles included were free, full-length, Portuguese-language journals. The exclusion criteria were incomplete articles, paid articles, theses and monographs. **Results:** 108 articles with the inclusion and exclusion criteria were identified in the databases determined. **Discussion:** In emergency services, welcoming represents and performs the most important human and “technological” tool, which opens up space for active listening by professionals, which culminates in favoring the process of empathy and offering comprehensive care, with assertive and resolute responses within the in-hospital and out-of-hospital context, in addition to promoting articulation in the health services network, as pointed out by authors who discuss the theme on the welcoming process in urgent and emergency units. **Conclusion:** In short, nursing care for suicidal patients presents a major barrier between the professional and patient relationship. It is therefore necessary to encourage good nursing practices in the management of mental health care practices, despite the difficulties encountered during care.

KEYWORDS: Health services; National policy; Care; Suicidal ideation

REFERÊNCIAS

FIORILLO, A. Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. **European Psychiatry**, 2020

FONTÃO, M. C.; RODRIGUES, J.; LINO, M. M.; LINO, M. M.; KEMPFER, S. S. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 71, suppl 5, p. 2199-2205, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/WKgPLDmxtt3sL5xMG4htwhd>.

OLIVEIRA, R. A.; MORAIS, M. R.; SANTOS, R. C. O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem. **Rev. SBPH**, v. 23, n. 2, 2020.

A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Data de aceite: 01/12/2023

Inês Filipa Martins Duarte

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO: Introdução: Associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida e com doença incurável, assistimos a uma mudança de paradigma no cuidar. O foco passou a ser o que é importante para o doente/família. A teleconsulta é uma consulta de enfermagem realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo em equipamento próprio e no processo clínico do doente. Objetivo: Demonstrar a importância da teleconsulta nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família. Metodologia: De projeto, permitindo o desenvolvimento de um manual de boas

práticas com fluxogramas de intervenção e de um algoritmo para agendamento da teleconsulta de enfermagem, com a avaliação sintomática dos doentes e o planeamento dos cuidados de enfermagem. Utilizada a “*Integrated Patient Care Outcome Scale*” (IPO-S) para avaliação sintomática dos doentes. Reavaliação em teleconsulta em 3/4 dias se descontrolo sintomático, ou em 7/8 dias se sintomas controlados. Resultados e considerações finais: Aplicada a IPO-S na totalidade das consultas de 4 doentes durante 6 semanas. Verificou-se a melhoria de pelo menos um sintoma avaliado, surgindo por vezes o descontrolo de outros sintomas. Foi possível a articulação com outros profissionais quando identificada essa necessidade. A teleconsulta permite assim um aumento da eficácia pela “proximidade” do contacto se surgir algum sintoma, evitando deslocações ao hospital. Em cuidados paliativos a utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é um recurso facilitador da comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, e as equipas de saúde. Sendo assim uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e ajuda às suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos.

TELECONSULTATION AS A NURSING INTERVENTION WITH PEOPLE IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Introduction: Associated with an increasingly aging society and incurable disease, we are witnessing a paradigm shift in care. The focus became what is important for the patient/family. Teleconsultation is a nursing consultation carried out remotely, using interactive, audiovisual and data communications, recorded on specific equipment and in the patient's clinical file. Objective: demonstrate the importance of teleconsultation in nursing care for people in palliative care and their families. Methodology: project allowing the development of a manual of good practices with intervention flowcharts and an algorithm for scheduling nursing teleconsultation, with symptomatic assessment of patients and planning of nursing care. The “*Integrated Patient Care Outcome Scale*” (IPO-S) was used to assess patients' symptoms. Reassessment via teleconsultation in 3/4 days if symptoms are uncontrolled, or in 7/8 days if symptoms are controlled. Results and final considerations: IPO-S was applied to all consultations of 4 patients over 6 weeks. There was an improvement in at least one symptom assessed, with other symptoms sometimes becoming uncontrolled. It was possible to coordinate with other professionals when this need was identified. Teleconsultation thus allows an increase in effectiveness due to the “proximity” of contact if any symptoms arise, avoiding trips to the hospital. In palliative care, the use of a platform that allows videoconferencing is a resource that facilitates direct, patient-centered communication, between the patient and their family, and healthcare teams. Therefore, it is an added value in the clinical assessment of patients and helps their families.

KEYWORDS: Palliative Care. Nursing. Teleconsultation.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, nos últimos anos, temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar da pessoa, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida e a um aumento da esperança média de vida à nascença para os 80 anos, aumento este de cerca de 2 anos na última década. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19 anos, mas é necessário considerar a existência de limitações devido a problemas de saúde, e a estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7 anos.

Este é o desafio a ser enfrentado pelas nossas instituições, proporcionando mais e melhores cuidados mesmo numa altura em que é transmitido ao doente “que não há mais nada a fazer”. Mas existe muito mais a fazer! O foco deixou de ser a doença, para passar a ser aquilo que o doente/família considerarem importante e necessário para manter a sua vida, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença.

A primeira definição de Cuidados Paliativos surge em 1990 pela Organização Mundial de Saúde, tendo sido reformulado em 2002, mas onde é desde logo estabelecida a necessidade de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, e deve ser aplicado o mais cedo possível no decurso de uma doença grave e

incurável, através de uma identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais.

A palavra paliar tem origem no latim palliāre que significa cobrir com capa, com um manto, o que faz a ponte para a proteção do doente, para o atenuar e aliviar o sofrimento sentido pelos mesmos e sua família.

Tendo em conta a génese dos cuidados paliativos, tornou-se fundamental o acompanhamento das pessoas em situação paliativa mesmo quando não se encontram de forma presencial junto dos profissionais de saúde.

Este projeto surge da dificuldade em sistematizar a informação do doente, e da necessidade de colher, analisar e obter indicadores de resultado da prática de enfermagem no acompanhamento à distância da pessoa em situação paliativa.

É reconhecida a necessidade de desenvolver instrumentos para a melhoria da prática de cuidados nesta área.

A inexistência de uma consulta telefónica estruturada e organizada pode levar a uma prestação de cuidados sem garantia de qualidade e eficiência e à não identificação de necessidades importantes para a pessoa/família.

É evidente a necessidade de inovação no acompanhamento dos doentes e famílias que se encontram no seu domicílio. É reconhecida a intervenção da equipa de enfermagem no contacto à distância pois garante a continuidade de cuidados, é uma fonte de suporte emocional, permite a identificação de novas necessidades, o que leva ao ensino e capacitação dos doentes e famílias, permite o esclarecimento de dúvidas, uma avaliação da situação clínica que proporciona um melhor controlo sintomático, através da gestão da terapêutica instituída. Mais segurança e confiança, menos ansiedade e medo.

Desta forma, foi definida como prioridade a criação de uma estratégia sistemática para acompanhamento à distância dos doentes em situação paliativa e suas famílias, permitindo uma avaliação holística, indo de encontro às suas necessidades.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A teleconsulta de enfermagem é uma consulta de enfermagem no âmbito da telessaúde, realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

A telessaúde passa pelo aproveitamento dos recursos das tecnologias de informação e comunicação para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação dos profissionais e cidadãos.

O uso da telessaúde está a aumentar exponencialmente em vários serviços de saúde à volta do mundo.

A possibilidade de utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e suas famílias

em tempo real, que muitas vezes não era possível utilizando um telefone.

Assim, é evidente que a teleconsulta permite um aumento da eficácia em termos clínicos, uma poupança em termos de custos monetários e uma maior qualidade de atendimento e comunicação, evitando deslocções além do necessário.

Sendo um recurso facilitador da comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, os cuidados de saúde primários e as equipas especializadas em cuidados paliativos.

A utilização da telessaúde em Cuidados Paliativos é geralmente bem aceite, uma vez que tem vindo ser da preferência dos doente e famílias manterem-se no seu domicílio sempre que possível. Existe um incremento da utilização da telemedicina nos cuidados paliativos uma vez que aumenta a eficácia nos cuidados aos doentes com necessidades paliativas.

A possibilidade da utilização de video favorece a comunicação não-verbal, a compreensão da linguagem corporal e das expressões faciais.

A prestação de Cuidados Paliativos à distância auxilia a pessoa em situação paliativa a controlar sintomas, a estabelecer objetivos de cuidados realistas e a melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, permite uma maior proximidade em fim de vida, o que por vezes não é possível pelas dificuldades existentes no transporte de doentes frágeis e pela distância que têm que percorrer.

Por forma a garantir a prestação de cuidados holísticos e individualizados, tendo em conta sempre a melhor evidência científica, este projeto teve como suporte a Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore desenvolvida em 1998.

Esta teoria tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e atingir um fim de vida pacífico, relacionado com as intervenções de enfermagem e resultados específicos para este grupo de doentes.

A teoria de Ruland e Moore é assim sustentada por cinco conceitos fundamentais

- Não ter dor: evitar que o doente experimente sofrimento ou desconforto, pois a dor é uma experiência desagradável na sua totalidade;
- Experienciar conforto: o alívio do desconforto, o relaxamento e a satisfação fazem parte de uma vida prazerosa, proporcionando bem-estar;
- Dignidade e respeito: o doente é um ser com autonomia e merecedor de respeito, têm que se considerar as suas vontades, mesmo que este seja dependente; transmitir ao doente o seu próprio valor, que envolve ser reconhecido e respeitado como um igual e não ser exposta a algo que viole a sua integridade e os seus valores;
- Estar em paz: proporcionar maior tranquilidade nos aspetos físicos, psicológicos e espirituais; transmitir uma sensação de calma e harmonia, não dando espaço à ansiedade, nervosismo, medo e preocupações;

- Proximidade com as pessoas importantes: permitir que o doente em fim de vida tenha uma maior proximidade com os seus familiares, amigos e/ou pessoas que cuidam dele; sentimento de ligação com os que o rodeiam.

No que diz respeito ao metaparadigma da prática de enfermagem nesta teoria:

- Pessoa: ser único, cujos acontecimentos e sentimentos no processo de final de vida são pessoais e individuais em cada ser vivo;
- Enfermagem: tem o papel de proporcionar o melhor cuidado possível ao doente em fim de vida com recurso à tecnologia e medidas de bem-estar com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e alcançar uma morte tranquila;
- Saúde: a procura em minimizar a dor e o desconforto sofrido pelo doente em fim de vida;
- Meio Ambiente: o espaço que proporciona o melhor estado de harmonia e tranquilidade, junto da família e das pessoas que lhe são próximas.

Nesta teoria o foco principal do cuidado de enfermagem não está na iminência do morrer, mas na possibilidade de contribuir para viver de forma pacífica e significativa no tempo que resta aos doentes. Propõe o alívio dos medos e ansiedades de pessoa e família.

Este projeto permite ao doente permanecer no seu domicílio, junto do que é e de quem lhe é importante, controlado sintomaticamente.

OBJETIVO

Demonstrar a importância da teleconsulta nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família.

METODOLOGIA

Para dar resposta à problemática identificada e para a aquisição de competências, a escolha recaiu sobre a metodologia de projeto.

Esta metodologia é reflexiva e sustentada pela investigação de forma sistemática e participativa, visando a identificação de problemas e a sua resolução através da prática.

O tiro de partida para o desenvolvimento do projeto é então a vontade de responder a determinada necessidade ou problema.

Esta metodologia de projeto permitiu o desenvolvimento de um manual de boas práticas com fluxogramas de intervenção e de um algoritmo para agendamento, com a avaliação sintomática dos doentes e o planeamento dos cuidados de enfermagem.

O Manual de Boas Práticas elenca conceitos, recomendações e tomadas de decisão para a promoção e desenvolvimento e uniformização das consultas de enfermagem à distância.

Foram estabelecidos fluxogramas de intervenção como forma de orientação da

prática de enfermagem tanto na consulta presencial como na teleconsulta.

E por forma a obter uma avaliação sistematizada das necessidades do doente foi selecionada a Integrated Palliative Outcome Scale, já traduzida e validada para a população portuguesa. Esta escala permite uma avaliação precoce, preventiva e mais precisa das necessidades psicológicas, emocionais e espirituais, identificando e avaliando sintomas físicos.

Após a avaliação sintomática é sempre necessária a intervenção de enfermagem, autónoma ou interdependente nos problemas identificados.

O algoritmo de agendamento só foi possível tendo em conta a experiência da prática, a melhor evidência científica disponível e a utilização de uma escala de avaliação sintomática.

Assim, o seguimento em teleconsulta é programado conforme os resultados obtidos na avaliação sintomática na IPO-S. Esta escala será utilizada em todas as consultas e se existir descontrolo sintomático, é promovida a intervenção de enfermagem no controlo sintomático e fica agendada re-avaliação após 3/4 dias. Mas, se pelo contrário, o doente estiver controlado sintomaticamente, a re-avaliação em teleconsulta será após 7/8 dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi então possível, ao longo de 6 semanas, o acompanhamento de 4 doentes, num total de 5 consultas presenciais e 10 consultas à distância

Dois dos doentes em situação de últimas semanas de vida, um doente com quadro de dor não controlada, sendo até necessário o seu internamento para controlo sintomático após todas as medidas tomadas à distância, e um doente que veio a ser acompanhada pela Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos da sua área de residência.

Todas as teleconsultas foram registadas no processo informático do doente.

Em todas as consultas realizadas existiu um sintoma descontrolado, e após a intervenção de enfermagem e resolução do quadro, deu-se o surgimento de novo sintoma descontrolado. Foi possível a articulação com outros profissionais quando identificada essa necessidade.

Além disso, a IPO-S permitiu a avaliação de outras áreas, como a dependência para o auto-cuidado, o déficite de apoio socio-familiar, a depressão, a espiritualidade, o que levou à articulação ou encaminhamento para a restante equipa multidisciplinar.

A implementação deste projeto permitiu a sistematização e uniformização da intervenção de enfermagem no que diz respeito à teleconsulta.

Assim a intervenção passou a ser estruturada e organizada possibilitando a avaliação sintomática a partir de uma escala já traduzida e validada. Apenas desta forma é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados e dar a visibilidade adequada a profissão de enfermagem, que, como vimos, pode ser praticada em múltiplos contextos.

Este projeto foi apenas o “levantar do véu” de uma área com uma potencialidade infinita – aplicação das tecnologias aos cuidados de saúde. E apesar de começarem a existir esforços neste sentido ainda existe um longo caminho a percorrer, desde a investigação, à criação de ferramentas ou até mesmo à adaptação das instituições a este tipo de serviço, por forma a criar uma alternativa ao cuidar “tradicional”.

A teleconsulta permite um aumento da eficácia pela “proximidade” do contacto se surgir algum sintoma, evitando deslocações ao hospital. Em cuidados paliativos a utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é um recurso facilitador da comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, e as equipas de saúde. Sendo assim uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e ajuda às suas famílias.

REFERÊNCIAS

DHILIWAL, S.R.; SALINS, N. **Smartphone applications in palliative homecare**. Indian Journal of Palliative Care. V. 21, n. 1, p. 88-91, jan./apr. 2015. DOI 10.4103/0973-1075.150199

HOEK, P.D.; SCHERS, H.J.; BRONKHORST, E.M.; VISSERS, K.C.P.; HASSELAAR, J.G. **The Effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer – a randomized clinical trial**. BMC Medicine. V. 15, n. 119, p. 1-10, jun. 2017. DOI 10.1186/s12916-017-0866-9

FUNDERSKOV, K.F.; DANBJØRG, D.B.; JESS, M.; MUNK, L.; ZWISLER, A.D.O.; DIEPERINK, K.B. **Telemedicine in specialised palliative care: healthcare professionals’ and their perspectives on video consultations - A qualitative study**. Journal of Clinical Nursing. V. 28, p. 3966-3976, jul. 2019. DOI 10.1111/jocn.15004

FUNDERSKOV, K.F.; RAUNKIAER, M.; DANBJØRG, D.B.; ZWISLER, A.D.; MUNK, L.; JESS, M.; DIEPERINK, K.B. **Experiences with video consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives**. Journal of Medical Internet Research. V. 21, n. 3, p. 1-10, mar. 2019. DOI 10.2196/10208

GUERRA, I. **Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais**. 2. ed. Cascais. Principia. 2002

HANSEN, D.M. **Peaceful end-of-life theory**. In: ALLIGOOD, M.R. (org.), Nursing Theorists and Their Work. Missouri: Elsevier, 2018, p. 564-571

INE (2020). **Tábuas de mortalidade para Portugal 2017-2019**. Destaque: Informação à Comunicação Social

MARTINS, M.; LOPES, M.A.P. **A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa Unidade de Dor**. Pensar Enfermagem. V. 14, n. 1, p. 39-57, 2010.

RUIVO, M. A.; FERRITO, C.; NUNES, L. **Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas**. Percursos. V. 15, p. 1 – 37, 2010.

SAMARA J.; WAIN-MAN L.; KROON W.; HARVIE B.; HINGELEY R. **Telehealth palliative care needs rounds during a pandemic.** The Journal of Nurses Practitioners. V. 17, n. 3, p. 335-338, mar. 2021. DOI 10.1016/j.nurpra.2020.12.009

TAN, A.J.; YAMARIK, R.; BRODY, A.A.; CHUNG, F.R.; GRUDZEN, C.; The EMPallA Telephonic Working Group. **Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program.** Nursing Outlook. V. 69, n. 4, p. 626-631, jul.-aug. 2021. DOI 10.1016/j.outlook.2020.12.011

VAN GURP, J.; VAN SELM, M.; VISSERS, K.; VAN LEEUWEN, E.; HASSELAAR, J. **How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study.** PLoS ONE. V. 10, n. 4, p. 1-13, apr. 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0124387

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines.** WHO 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care.** 2ª Edição. Londres: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2020

TROMBOPROFILAXIA EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA EM BELO HORIZONTE

Data de aceite: 01/12/2023

Francisco Diniz Silveira

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7096235725350741>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

Cássia Rodrigues Lima Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6487961802911062>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: **Introdução:** Tromboembolismo venoso (TEV) é a principal causa evitável de óbito hospitalar. A trombopprofilaxia utilizando anticoagulantes é indicada para pacientes hospitalizados de alto risco, podendo este risco ser medido por meio de modelos de probabilidade clínica como RAM (*Risk assessment model*) IMPROVE7 (*International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism*). **Objetivo:** Avaliar a trombopprofilaxia medicamentosa em pacientes internados em hospital público. **Método:** Estudo brasileiro

observacional, transversal, descritivo com coleta de dados retrospectiva, aninhado em estudo de coorte, envolvendo 2380 pacientes adultos clínicos internados no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Belo Horizonte-Minas Gerais. **Resultados:** A amostra estudada foi predominantemente de mulheres (56,2%; 1337/2380), com mediana de idade de 70 anos e maioria de idosos (IQ 56 – 80 anos) e classificada com baixo risco de TEV (81%). A média de idade dos pacientes de alto risco foi 72,3 anos e de baixo risco foi 65,9 anos ($p < 0,05$). Os pacientes de alto risco que receberam trombopprofilaxia foram 68,8% (311/452), sendo que 38,7% (175/452) receberam em até 24 horas após internação. Observou-se que 62,2% dos pacientes de baixo risco receberam trombopprofilaxia sem recomendação. O medicamento enoxaparina (HBPM) e heparina não-fractionada (HNF) foram utilizados em 38,5% (174/452) e 30,3% (137/452) dos pacientes, respectivamente. Dentre os pacientes de alto risco, 31% (138/452) realizaram trombopprofilaxia de 76 a 100% do tempo de hospitalização. **Conclusão:** Apesar do conhecimento da importância da utilização da profilaxia para a segurança do paciente, esta ainda permanece subutilizada em

pacientes de alto risco e administrada, sem indicação, em pacientes de baixo risco. É necessário realização de mais estudos para compreender o cenário hospitalar, estabelecer protocolos e envolver o farmacêutico na equipe multidisciplinar para otimizar a utilização de trombotoprofilaxia. É fundamental promover ações educativas e avaliação permanente de forma a subsidiar melhorias no processo assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Tromboembolismo Venoso, Profilaxia, Pacientes Clínicos Hospitalizados, Modelo de Avaliação de Risco (RAM IMPROVE7), Trombotoprofilaxia.

ABSTRACT: Background: Venous thromboembolism (VTE) is the main preventable cause of hospital death. Thrombotoprophyllaxis using anticoagulants is indicated for high-risk hospitalized patients, and this risk can be measured using clinical probability models such as IMPROVE7 (International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism).

Objective: To evaluate thrombotoprophyllaxis in patients admitted to a public hospital. **Method:** Brazilian observational, cross-sectional, descriptive study with retrospective data collection, nested in a cohort study, involving 2380 hospitalized adult medical patients admitted to the Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Belo Horizonte, Minas Gerais. **Results:** The sample studied was predominantly women (56.2%; 1337/2380), with a median age of 70 years and majority of elderly (IQ 56 - 80 years) and classified with low VTE risk (81%). The mean age of high risk patients was 72.3 years and low risk was 65.9 years ($p < 0.05$). The high risk patients who received thrombotoprophyllaxis were 68.8% (311/452), and 38.7% (175/452) received within 24 hours after hospitalization. It was observed that 62.2% of the low risk patients received thrombotoprophyllaxis without recommendation. The enoxaparin drug (HBPM) and non-fractionated heparin (HNF) were used in 38.5% (174/452) and 30.3% (137/452) of the patients, respectively. Among the high-risk patients, 31% (138/452) performed thrombotoprophyllaxis from 76 to 100% during hospitalization. **Conclusion:** Despite the knowledge of the importance of the use of prophylaxis for the patient's safety, it still remains underused in high risk patients and administered, without indication, in low risk patients. More studies are needed to understand the hospital scenario, establish protocols and involve the pharmacist in the multidisciplinary team to optimize the use of thrombotoprophyllaxis. It is fundamental to promote educational actions and permanent evaluation in order to subsidize improvements in the assistance process.

KEYWORDS: Venous thromboembolism, Prophylaxis, Hospitalized Medical Patients, Risk Assessment Model (RAM IMPROVE7), Thrombotoprophyllaxis.

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma desordem clínica que engloba duas manifestações distintas: a trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). O TEV pode se manifestar em pacientes clínicos ou cirúrgicos, hospitalizados ou não (KERBAUY *et al.*, 2013).

A incidência de TEV nos Estados Unidos da América (EUA) é de aproximadamente 0,15 da população americana e pode ser de 10 a 100 vezes maior em pacientes hospitalizados (CLÉ *et al.*, 2010). Por meio de modelos clínicos é possível pontuar fatores e classificar os pacientes quanto ao risco para ocorrência de TEV, sendo este um método atual de escolha

para nortear a conduta médica (BASTOS *et al.*, 2011). Um modelo padronizado de avaliação de risco (*Risk Assessment Model – RAM*) foi proposto por Spyropoulos em 2012. Baseado no estudo *International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism*, o RAM *IMPROVE7*, foram incluídos sete fatores de risco sendo que cada um deles contribui com um determinado peso (SPYROPOULOS *et al.*, 2012). Assim, com o somatório dos pesos, os pacientes podem ser classificados como de alto ou baixo risco para a ocorrência de TEV (Quadro 2).

A trombopprofilaxia medicamentosa com início imediato é indicada para todos os pacientes hospitalizados de alto risco para TEV, representando estratégia relevante para aumentar a segurança dos pacientes hospitalizados (GEERTS *et al.*, 2008). Para os pacientes de baixo risco, a trombopprofilaxia medicamentosa não é recomendada e sim outras medidas precoces, não-farmacológicas, tais como movimentação no leito e deambulação (LOPES *et al.*, 2017). Estudos demonstraram que a prescrição de trombopprofilaxia medicamentosa ainda está fora do ideal, variando de 20 a 93% em pacientes hospitalizados com indicação estabelecida (COHEN *et al.*, 2008; BASTOS *et al.*, 2011; SPYROPOULOS *et al.*, 2011; TAPSON *et al.*, 2007).

Os eventos tromboembólicos são a principal causa evitável de óbitos em hospitais e refletem um alto custo para os sistemas de saúde e para os pacientes em todo mundo. É possível evitar os eventos tromboembólicos com trombopprofilaxia, sendo, de grande relevância ampliar os conhecimentos sobre o tema, já que isso propicia a fundamentação de estratégias para reduzir a morbimortalidade associada e conseqüentemente melhora o processo de cuidado ao paciente. (BASTOS *et al.*, 2011; HORNER *et al.*, 2020). Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a trombopprofilaxia medicamentosa realizada nos pacientes clínicos hospitalizados no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA TROMBOEMBOLISMO VENOSO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença prevalente, potencialmente fatal e é a terceira causa de morte mais comum por doenças cardiovasculares. As duas primeiras são a doença arterial coronariana (DAC) e o acidente vascular encefálico (AVE), sendo o TEV responsável por mais de três milhões de mortes/ ano em todo o mundo (FERNANDES *et al.*, 2019). A incidência do TEV na Europa Ocidental, América do Norte, Austrália e Sul da América Latina (Argentina) é de aproximadamente 0,8 a 2,7 por 1.000 pessoas/ano na população geral (RASKOB *et al.*, 2014) e cerca de 10 a 100 vezes maior em pacientes hospitalizados (CLÉ *et al.*, 2010).

O TEV é observado com desenvolvimento de três fatores que são: dano endotelial à parede do vaso, estado hipercoagulável que promove um evento de coagulação e alterações hemodinâmicas que causam uma mudança ou distúrbio no padrão de fluxo sanguíneo. Estes fatores formam a “tríade de Virchow”, descrita por Rudolf Virchow, médico patologista

alemão, em 1856, sendo que a TVP e TEP permanecem como uma das principais causas evitáveis de morbidade e mortalidade em todo o mundo nos dias atuais (FARR *et al.*, 2019).

O TEV se manifesta clinicamente como TVP e TEP. A TVP é a formação de trombos, na maioria das vezes nos membros inferiores, na área de drenagem entre os músculos profundos. Por ser um coágulo friável, muitas vezes o trombo se rompe e gera fragmentos denominados êmbolos. A migração do êmbolo para os pulmões pode obstruir a artéria pulmonar levando ao TEP, também conhecido como embolia pulmonar (EP) e surge mais frequentemente de um trombo deslocado das veias das extremidades inferiores (BASTOS *et al.*, 2011). No entanto, TEP também pode resultar de material não trombótico, como gordura, tumor ou ar (GIORDANO *et al.*, 2017).

O TEV é uma causa comum de morbidade em pacientes hospitalizados e pacientes não hospitalizados (ECK *et al.*, 2019). Cerca de 50% de todos os eventos tromboembólicos na comunidade ocorrem como resultado de uma admissão hospitalar atual ou recente, principalmente para cirurgia (24%) ou quadros agudos em pacientes clínicos (22%). Assim, hospitalização em pacientes clínicos é uma oportunidade importante para a aplicação de esforços de prevenção (SCHUNEMANN *et al.*, 2018).

No Reino Unido, TEP após TVP em pacientes hospitalizados causam entre 25.000 e 32.000 mortes a cada ano. Os eventos de TEV custam ao Reino Unido uma estimativa de 640 milhões de libras ao ano e aos EUA uma estimativa de 7-10 bilhões de dólares a cada ano (HORNER *et al.*, 2020). É a causa imediata de morte em 10% de todos os pacientes que falecem no hospital e representa uma prevalência vinte e cinco vezes maior que as infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) (955 mortes/ano) e cinco vezes mais do total de todas as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (HCHC, 2005). Na última década, TEV resultou em mais mortes do que câncer de próstata, câncer de mama, acidentes de trânsito e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) combinados (HORNER *et al.*, 2020).

Trombopprofilaxia

A trombopprofilaxia refere-se à utilização de terapia para prevenção do TEV em situações de risco ou em pacientes em risco (trombopprofilaxia primária) ou após evento tromboembólico (trombopprofilaxia secundária). Neste estudo é utilizado o termo trombopprofilaxia primária de pacientes classificados como alto risco.

As medidas disponíveis para a profilaxia da TEV são divididas em métodos mecânicos (não farmacológicos) como meia elástica de compressão gradual (SACHDEVA *et al.*, 2010) e farmacológicos (GEERTS *et al.*, 2008). Os medicamentos anticoagulantes - heparina não fracionada (HNF), heparinas de baixo peso molecular (HBPM) e fondaparinux - são as principais escolhas para trombopprofilaxia farmacológica em pacientes clínicos. Métodos mecânicos, no entanto, não serão abordados nesse trabalho acadêmico.

Na admissão hospitalar, os pacientes devem ser identificados de acordo com o risco tromboembólico, para que os de alto risco sejam contemplados com a utilização de trombotoprofilaxia (BASTOS *et al.*, 2011). Neste cenário, no entanto, uma porcentagem significativa de pacientes hospitalizados não recebe a terapia antitrombótica adequada (TAPSON *et al.*, 2005).

Apesar da efetividade comprovada da trombotoprofilaxia na prevenção do TEV, a adesão a programas hospitalares é variável, sendo prescrita de 20% a 93% dos pacientes com indicação (COHEN *et al.*, 2008; BASTOS *et al.*, 2011; SPYROPOULOS *et al.*, 2011). Quase todos os pacientes hospitalizados têm pelo menos um fator de risco para TEV e aproximadamente 40% têm três ou mais fatores de risco. Ainda mais alarmante do que a escala do problema é o fato de que o TEV em pacientes hospitalizados é amplamente evitável com o uso de trombotoprofilaxia medicamentosa durante a internação do paciente (HCHC, 2005; BASTOS *et al.*, 2011). Sem trombotoprofilaxia, a incidência objetivamente confirmada de TVP ocorrida no hospital é de aproximadamente 10 a 40% entre pacientes médicos ou cirúrgicos gerais e 40 a 60% após cirurgia ortopédica (GEERTS *et al.*, 2008)

Trombotoprofilaxia medicamentosa

Os medicamentos anticoagulantes - heparina não fracionada (HNF), heparinas de baixo peso molecular (HBPM) e fondaparinux - são as principais escolhas para trombotoprofilaxia farmacológica em pacientes clínicos. Os seguintes regimes são recomendados para pacientes hospitalizados clínicos e com alto risco tromboembólico: HNF 3.500 a 5.000 unidades administradas por via subcutânea (SC) a cada oito ou 12 horas ou 7.500 unidades SC a cada 12 horas ou HBPM como enoxaparina 40 mg SC administrada uma vez ao dia, sendo a última opção a mais utilizada (BASTOS *et al.*, 2011; SCHUNEMANN *et al.*, 2018).

Em caso de risco de evento tromboembólico e a possibilidade de hemorragia com o uso de medicamentos, a profilaxia recomendada são os meios mecânicos, como compressão pneumática ou uso de meia elástica (LARYEA & CHAMPAGNE, 2013).

A diretriz atual do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (CG 92-2010) recomenda que pacientes avaliados com risco aumentado de TEV devem ter a profilaxia farmacológica iniciada assim que possível após a avaliação de risco ter sido concluída, preferencialmente em 24 horas e que continue até que o paciente não esteja mais sob risco de TEV (AKINBOBUYI *et al.*, 2016; NICE, 2019). Para os pacientes de baixo risco, não há recomendação de uso de medicamentos sendo orientada movimentação no leito e deambulação iniciadas de forma precoce, de acordo com recomendação médica (KEARON *et al.* 2016; LOPES *et al.*, 2017). Em pacientes clínicos hospitalizados com doença aguda, a recomendação é o uso de HBPM ao invés de anticoagulantes orais diretos (ACO) para profilaxia de TEV (SCHUNEMANN *et al.*, 2018).

Estudos de trombopprofilaxia no mundo e no Brasil

A adesão a trombopprofilaxia vem sendo objeto de vários estudos internacionais e nacionais nestas últimas décadas. Alguns instrumentos de classificação estratificam o risco para TEV em baixo, médio ou alto, sendo que a trombopprofilaxia é aplicada para pacientes de médio e alto risco.

Em 2005, um estudo multicêntrico de população de mais de 15.000 indivíduos concluiu que nos Estados Unidos (EUA) apenas 44% de pacientes hospitalizados recebe profilaxia adequada (PINI *et al.*, 2003) e na Europa, o resultado foi de 38% (SPYROPOULOS, 2005). Em outro estudo multicêntrico, a taxa de pacientes que não recebeu trombopprofilaxia mesmo tendo indicação foi de 52% (TAPSON *et al.*, 2007).

O *International Day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting*, por meio do estudo internacional multicêntrico ENDORSE, comparou risco de TEV em 68.183 pacientes sendo 37.356 (55%) pacientes classificados como clínicos em que 39,5% dos pacientes de alto risco de TEV receberam trombopprofilaxia (COHEN *et al.*, 2008).

No estudo IMPROVE7, que avaliou 15.125 pacientes clínicos hospitalizados em 52 hospitais de 12 países, 50% dos pacientes receberam trombopprofilaxia (SPYROPOULOS *et al.*, 2011). No estudo multicêntrico prospectivo de coorte ESTIMATE (*Explicit Assessment of Thromboembolic Risk and Prophylaxis for Medical Patients in Switz Erland*), foram incluídos 1.478 pacientes clínicos hospitalizados, dos quais 637 (43%) não receberam trombopprofilaxia (NENDAZ *et al.*, 2014).

Em estudo observacional brasileiro foram avaliados 850 pacientes clínicos e cirúrgicos de Roraima-RR em 2007 sendo a maioria mulheres (59,2%), a média de idade de 49,9 anos e 557 (66,7%) de pacientes clínicos. Os pacientes avaliados foram classificados em 10,1% de pacientes de alto risco, 48,3% de risco moderado e 41,6% de baixo risco. A taxa somada de pacientes de médio e alto risco (497/850) que recebeu profilaxia adequada foi de 24% (119/497) (PEREIRA *et al.*, 2008).

Em 2009, outro grupo brasileiro estudou uma população de 1036 pacientes clínicos e cirúrgicos da cidade de Manaus-AM sendo a maioria de mulheres (50,3%) e a média de idade dos pacientes de 53,3 anos. O fator de risco mais frequente foi ocorrência de cirurgia (19,6%). Nessa população, 50,6% dos indivíduos foram classificados como de alto risco, 18,6% de risco médio e 30,8% de baixo risco. A taxa totalizada de pacientes de médio e alto risco que recebeu profilaxia medicamentosa adequada foi de 26% (189/727) (ANDRADE *et al.*, 2009).

Em 2012 um estudo brasileiro observacional, transversal avaliou 156 pacientes clínicos hospitalizados em enfermaria no estado do Paraná-PR. Essa população era predominantemente masculina (53,8%). O estudo não agrupou a população conforme o risco para TEV. O fator de risco mais frequente naquela população foi idade maior que 55

anos (66,7%). O resultado foi uma taxa de 48,1% de pacientes que receberam profilaxia adequada. Dos pacientes que receberam profilaxia, 92% receberam HBPM e 8% receberam HNF (BAER *et al.*, 2012).

Em estudo observacional, retrospectivo desenvolvido em 2013 na cidade de Marília-SP, avaliou 146 pacientes clínicos sendo uma população predominantemente masculina (64,4%) e a média de idade de 61,7 anos. O fator de risco mais frequente observado foi a idade igual ou maior do que 40 anos (91,1%) e 73,3% dos pacientes receberam profilaxia adequada de acordo com recomendações da Diretriz Brasileira para Profilaxia de TEV em Pacientes Clínicos. Essa pesquisa também não classificou a população conforme o risco para TEV. O agrupamento foi feito de acordo com a presença ou ausência de tromboprofilaxia. Entre os pacientes analisados, 89% dos pacientes tinham indicação para tromboprofilaxia sendo que 71,9% utilizaram HNF e 28,1% HBPM (KERBAUY *et al.*, 2013).

Em 2014, foi realizado estudo de coorte em 104 pacientes clínicos e cirúrgicos em Ponta Grossa-PR sendo a população predominantemente feminina (58,7%) e a idade média dos pacientes de 50,8 anos. O fator de risco mais frequente foi idade maior do que 40 anos (72,1%) e os pacientes classificados em 48,1% pacientes de alto risco, 35,6% de risco moderado e 16,4% de baixo risco para TEV, sendo que 65,4% realizaram tromboprofilaxia adequada (BUSATO *et al.*, 2014).

Os resultados dos estudos brasileiros estão alinhados aos de pesquisas internacionais de populações maiores de que a profilaxia medicamentosa para TEV ainda é subutilizada.

METODOLOGIA

Desenho

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com coleta de dados retrospectiva, aninhado em estudo de coorte intitulado “AVALIAÇÃO DA TROMBOPROFILAXIA EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO DE COORTE”. Esse estudo envolveu 2380 pacientes clínicos admitidos em hospital público no período de agosto de 2017 a setembro de 2018.

Local do estudo

O estudo foi conduzido no Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O HGIP é uma unidade do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), que presta atendimentos médicos a funcionários públicos contribuintes do Estado e seus dependentes (INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2020).

Pacientes do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão do estudo foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, admitidos no HGIP com agravos clínicos (não-cirúrgicos)

agudos.

Não foram selecionados pacientes psiquiátricos, ginecológicos, obstétricos, hospitalizados diretamente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana (UCO), pacientes com internação hospitalar inferior a 48 horas, pacientes hospitalizados para tratamento de TEV, com diagnóstico de TEV até 48 horas de internação e aqueles em uso ou com indicação de anticoagulantes à admissão.

Variáveis

As variáveis de interesse foram: idade (anos), sexo, data de internação, data de alta hospitalar, medicamentos anticoagulantes prescritos relacionados à trombopprofilaxia e o risco de evento tromboembólico. Considerou-se idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de consulta a dados registrados no sistema de prontuário eletrônico hospitalar utilizando planilhas eletrônicas contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como entrevista única à admissão dos pacientes durante todo o período do estudo. Durante a entrevista foram coletados os fatores de risco para viabilizar o cálculo do risco tromboembólico, utilizando o RAM IMPROVE7.

RAM IMPROVE7

O estudo IMPROVE7 - *International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism* descreve o modelo de avaliação de risco para TEV chamado de RAM - *Risk Assessment Model* (SPYROPOULOS *et al.*, 2012). Os fatores de risco e pesos aplicados (pontuação) são apresentados no quadro 1. Após a avaliação, resposta aos fatores de risco e a atribuição de valor, os pacientes foram classificados em dois grupos sendo considerados como alto risco aquele indivíduo cujo somatório foi maior que 2 e baixo risco com somatório menor ou igual a 2.

Fator de risco	Pontuação
Idade maior que 60 anos	1
Imobilidade ou confinamento ao leito maior ou igual a sete dias, incluindo os dias imediatamente antes da admissão	1
Internação em Unidade de Terapia Intensiva ou em Unidade Coronariana	1
Câncer em atividade ou tratamento há menos de seis meses	2
Presença de paralisia de membros inferiores	2
Trombofilia conhecida (adquirida ou hereditária)	2
História de tromboembolismo venoso prévio	3

*RAM: *Risk Assessment Model*. IMPROVE7: *International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism*. Fonte: Spyropoulos *et al.*, 2011.

Quadro 1 – Fatores de risco do RAM IMPROVE7*.

Uso de tromboprofilaxia

Foi feita avaliação das prescrições de anticoagulantes dos pacientes estudados, de acordo com a recomendação parametrizada no sistema de prescrição hospitalar baseada na pontuação obtida pela aplicação do RAM IMPROVE7 e a respectiva classificação do risco para TEV é:

1. Para pacientes com pontuação menor ou igual a 2: “BAIXO RISCO DE TEV - NÃO RECOMENDADA TROMBOPROFILAXIA.”
2. Para pacientes com pontuação maior que 2: “Alto Risco de TEV - Administrar Enoxaparina 40mg de 24/24h SC OU Heparina 5000 UI/0,25mL de 8/8h SC OU Heparina 5000 UI/0,25mL de 12/12h SC.” (BASTOS *et al.*, 2011 e SCHUNEMANN *et al.*, 2018)

As prescrições de anticoagulante foram descritas, quantificadas e classificadas quanto ao uso profilático de acordo com o protocolo. Foi também calculado o tempo transcorrido entre a data da internação e a data da primeira prescrição de tromboprofilaxia medicamentosa. Finalmente, foi calculada em porcentagem a cobertura de tromboprofilaxia medicamentosa durante o período de internação utilizando como numerador o número de dias em que foram prescritos medicamentos HBPM e HNF para uso profilático e como denominador o tempo de internação em dias.

Análise estatística

Para variáveis categóricas, foram calculados o número de eventos e suas respectivas porcentagens. As variáveis contínuas foram avaliadas quanto à distribuição normal utilizando o teste t de Student para comparação de dois grupos e teste ANOVA para mais de dois grupos. Foram calculados a mediana e intervalo interquartilico (IQ) ou média e desvios-padrão (DP). A diferença entre os grupos foi considerada estatisticamente significativa quando o valor p do teste aplicado se mostrasse inferior a 0,05.

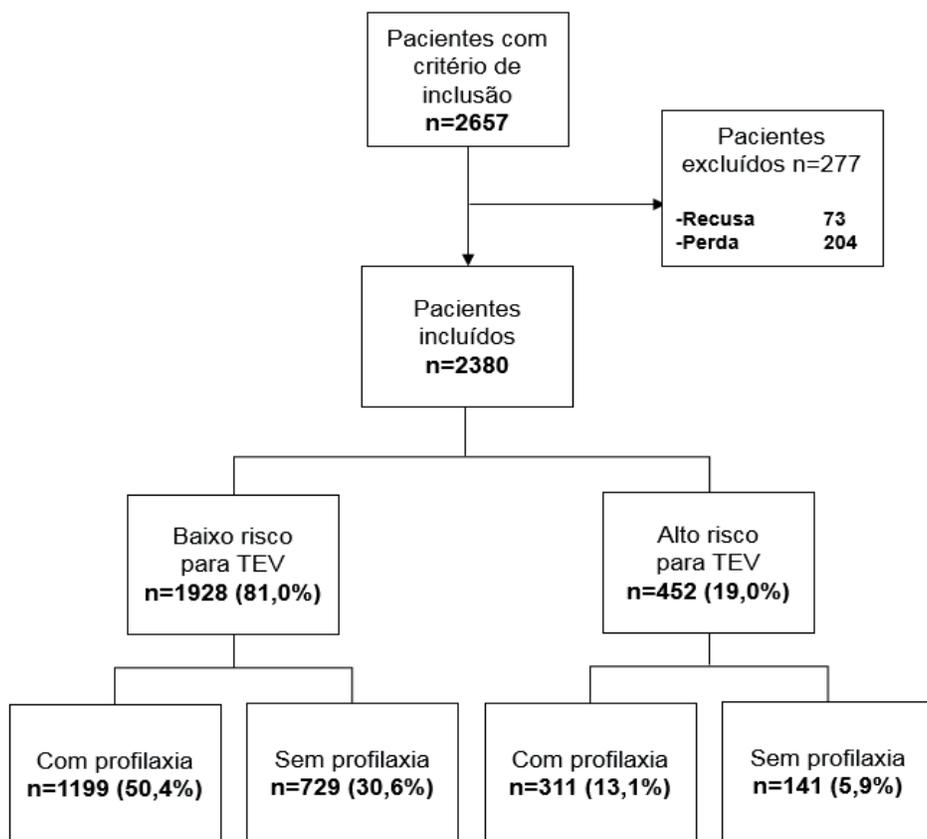
Aspectos Éticos

O presente projeto seguiu os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado sob código CAAE 68686417.0.0000.5149 do CONEP em 14/06/2017 (Anexo A). Todos os pacientes e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) obtido pelos pesquisadores antes da realização da entrevista (Apêndice A).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 2657 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, 73 não foram incluídos por se recusarem a participar do estudo e houve impossibilidade de entrevistar 204 pacientes. Portanto, 2380 pacientes foram incluídos no presente estudo, sendo que a amostra estudada foi predominantemente de mulheres (56,2%; 1337/2380), com mediana

de idade de 70 anos (IQ 56 – 80 anos) e 72,8% (1773/2380) são idosos. Em ao risco tromboembólico, 19% (452/2380) foram classificados como alto risco (pontuação >2) e 81% (1928/2380) de baixo risco (pontuação ≤2) de acordo com o RAM escolhido (**Figura 1**). Em relação aos pacientes idosos, 23,1% (400/1733) são de alto risco.



(*) n: número.

Figura 1 - Fluxograma do estudo

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os pacientes de alto risco apresentaram idade mais avançada do que os de baixo risco. Pacientes de baixo risco apresentaram idade mais dispersa em torno da mediana do que os de alto risco (Figura 2). Pacientes de baixo risco e sexo masculino apresentaram mediana de 68 anos [intervalo interquartil (IQ) 57 – 77 anos] e as pacientes de baixo risco do sexo feminino, 70 anos (IQ 56 – 80 anos). Os indivíduos de alto risco do sexo masculino apresentaram idade mediana de 73 anos (IQ 65 – 80 anos), coincidente com a mediana apresentada pelas mulheres (73 anos; IQ 66 – 82 anos). A idade média de 67 anos (DP 17 anos) na população observada do HGIP foi alta em comparação com outros

estudos brasileiros. A amostra de Pereira e colaboradores (2008) foi de 850 pacientes clínicos e cirúrgicos, cuja idade média foi de 49,9 anos. Andrade e colaboradores (2009) encontraram uma média de 53,3 anos em uma amostra de 1036 pacientes clínicos e cirúrgicos. Já Kerbauy e colaboradores (2013) avaliaram 146 pacientes clínicos apenas. E a idade média dessa amostra foi de 61,7 anos. E finalmente, Busato e colaboradores (2014) acompanharam 104 pacientes clínicos e cirúrgicos e a idade média dessa amostra foi de 50,8 anos.

Assim como descrito por Pereira *et al.*, Andrade *et al.* e Busato *et al.*, a população acompanhada no HGIP foi predominantemente feminina (PEREIRA *et al.*, 2008; ANDRADE *et al.*, 2009; BUSATO *et al.*, 2014), o que está intimamente ligado ao público-alvo atendido pela instituição estudada. É um hospital de atendimento privativo aos servidores públicos estaduais, sendo em sua maioria professoras (IPSEMG, 2020). O perfil da clientela atendida poderia ser diferente daquele observado em um hospital geral com perfil de portas abertas e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode representar um relevante viés de seleção.

Distribuição das idades de 2380 pacientes clínicos selecionados para pesquisa de tromboprofilaxia.

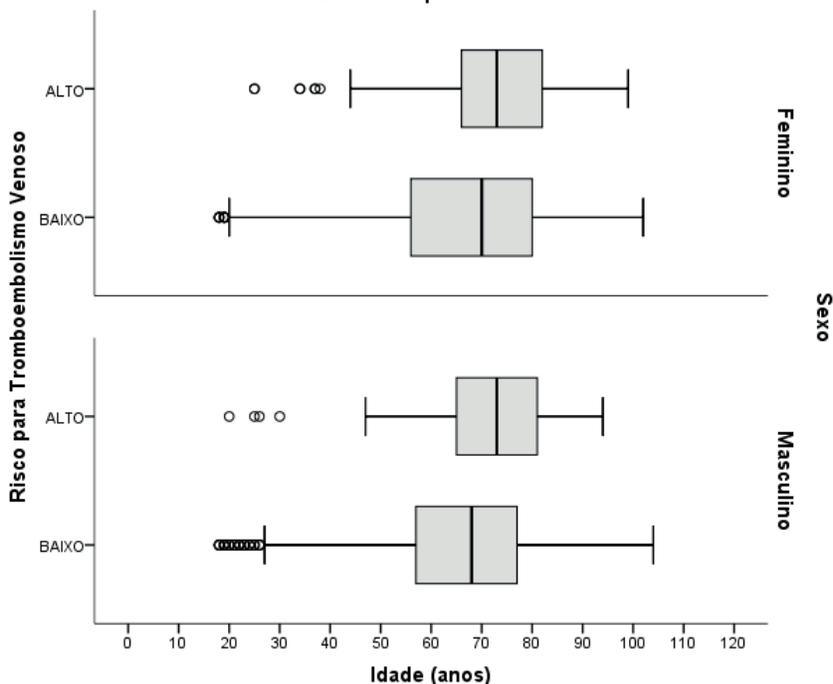


Figura 2 - Distribuição de idade de 2380 pacientes clínicos em relação ao risco para TEV e sexo.

Fonte: Elaborado pelo autor no software IBM SPSS Statistics versão 19.

Foram identificados 2565 fatores de riscos para o desenvolvimento de TEV, como mostra a **Tabela 1**, sendo a idade maior que 60 anos o mais prevalente (67,6%), seguido de imobilização por mais de sete dias foi o segundo fator de risco mais frequente (13,0%) e câncer em atividade (9,3%).

Fator de risco	n	%
Idade maior que 60 anos	1733	67,6%
Imobilização por mais de sete dias	333	13,0%
Câncer em atividade	238	9,3%
Paralisia de membros inferiores	137	5,3%
Internação em UTI e UCO	86	3,4%
Histórico de evento tromboembólico	28	1,1%
Trombofilia	10	0,4%
Total	2565	100,0%

Abreviaturas: n: número; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UCO: Unidade Coronariana.

Tabela 1 - Distribuição da presença de fatores de risco de tromboembolismo venoso em pacientes clínicos hospitalizados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O perfil da população observada é concordante com a afirmação de Geerts de que quase todos os pacientes hospitalizados têm pelo menos um fator de risco para TEV (GEERTS *et al.*, 2008) sendo encontrados em nosso estudo 78,2% dos pacientes com pelo menos um fator de risco (**Tabela 2**). Quanto à afirmação de que 40% têm três ou mais fatores de risco, não é possível comparar o resultado com o estudo de Geerts, uma vez que em seu estudo foi avaliada a ocorrência de 20 fatores de risco, sendo estes: cirurgia; trauma, imobilidade, parestesia da extremidade inferior; câncer, em tratamento do câncer, compressão venosa, TEV prévia, idade maior que 60 anos, gravidez e período pós-parto, contraceptivos orais contendo estrogênio ou reposição hormonal, moduladores seletivos do receptor de estrogênio, agentes estimuladores da eritropoiese, doença médica aguda, doença inflamatória intestinal, síndrome nefrótica, doenças mieloproliferativas, hemoglobinúria paroxística noturna, obesidade, cateter venoso central e trombofilia.

Três estudos brasileiros, assim como no HGIP, encontraram idade avançada como o fator de risco TEV mais prevalente (KERBAUY *et al.*, 2013; BUSATO *et al.*, 2014). No entanto, os critérios de aferição foram diferentes sendo considerando idade maior que 55 anos em um estudo (BAER *et al.*, 2012) e nos outros dois idade maior que 40 anos (KERBAUY *et al.*, 2013; BUSATO *et al.*, 2014).

Número de fatores de risco	n	%	Acumulado
7	2	0,1%	0,1%
4	17	0,7%	0,8%
3	116	4,9%	5,7%
2	409	17,2%	22,9%
1	1317	55,3%	78,2%
Nenhum	519	21,8%	100,0%

TEV: Tromboembolismo Venoso; n: número.

Tabela 2 - Distribuição da população de acordo com o número de fatores de risco para TEV

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao início da trombopprofilaxia medicamentosa, 175/452 (38,7%) pacientes de alto risco para TEV tiveram a profilaxia prescrita nas primeiras 24 horas da internação hospitalar, conforme dados na **Tabela 3**. A diretriz atual do NICE recomenda que seja administrada a trombopprofilaxia medicamentosa a pacientes avaliados com alto risco de TEV preferencialmente em 24 horas (AKINBOBUYI et al., 2016; NICE, 2019). No HGIP, no período avaliado, mais da metade dos pacientes de alto risco tiveram a prescrição de HBPM ou HNF após 24h de internação, uma exposição evitável a risco tromboembólico. Os medicamentos HBPM e HNF foram prescritos para pacientes de alto risco em 174/452 (38,5%) e 137/452 (30,3%), respectivamente conforme **Tabela 4**, totalizando 68,8% de pacientes de alto risco com realização de trombopprofilaxia.

Início da profilaxia	Alto risco (n=452)			Baixo risco (n=1928)		
	n	%	% Acumulada	n	%	% Acumulada
Imediato	99	21,9%	21,9%	312	16,2%	16,2%
Em até 24h	76	16,8%	38,7%	227	11,8%	28,0%
EM até 48h	37	8,2%	46,9%	202	10,5%	38,4%
Em até 72h	18	4,0%	50,9%	115	6,0%	44,4%
Em mais de 72h	81	17,9%	68,8%	343	17,8%	62,2%
Nenhum	141	31,2%	100,0%	729	37,8%	100,0%

n: número; h:hora.

Tabela 3 - Tempo de início de profilaxia medicamentosa durante a internação de acordo com risco para TEV.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A taxa de pacientes com indicação para trombopprofilaxia medicamentosa encontrada neste estudo foi alta considerando os estudos encontrados, exceção para 89% observados em Kerbauy *et al.* (2013). Entretanto, a comparação com esse estudo, não é plausível,

já que os pacientes não foram estratificados em grupos, conforme o risco para TEV (SPYROPOULOS, 2005; TAPSON *et al.*, 2007; PEREIRA *et al.*, 2008; ANDRADE *et al.*, 2009; BAER *et al.*, 2012; BUSATO *et al.*, 2014).

Apesar da taxa de tromboprolifaxia medicamentosa realizada, é necessário ainda esforços para aumentar a incorporação da conduta, pois 141/452 pacientes de alto risco (31%) não receberam a profilaxia medicamentosa indicada. Embora exista no hospital o protocolo para manejo do TEV, percebe-se que este ainda não atingiu a adesão satisfatória. As ações do profissional farmacêutico alinhadas com a alta administração na instituição devem construir um programa de educação continuada, por meio de material sucinto de informações gerais, sejam folhetos, cartilha, vídeos na intranet ou ainda treinamentos com a aplicação de pré-teste e pós-teste. Um projeto de treinamento multiprofissional e contínuo com reavaliação do programa de tromboprolifaxia pode ser realizado, sendo a taxa de utilização de tromboprolifaxia em paciente de alto risco, um indicador de qualidade e segurança na instituição, alinhado com os programas de garantia da qualidade da instituição.

O farmacêutico é o profissional que pode, ainda, acompanhar a individualização da indicação, verificar a prática segura de tromboprolifaxia medicamentosa em razão da complexidade, orientar o estabelecimento de posologia e frequência de uso por condição clínica, além de contribuir na construção de protocolos e diretrizes clínicas para manejo do TEV. Deve também participar de eventos para conscientização sobre o tema e da necessidade de implementação do programa institucional de tromboprolifaxia (TAPSON *et al.*, 2007; MAYNARD *et al.*, 2010; KAHN *et al.*, 2012; NENDAZ *et al.*, 2014; BASTOS *et al.*, 2016).

A educação contínua dos profissionais, pacientes e acompanhantes nas instituições sobre tromboprolifaxia, avaliação de risco e realização da tromboprolifaxia, pode fazer parte de uma estratégia multifacetada de programa hospitalar (MA *et al.*, 2018).

Além do conhecimento, deve-se garantir a prescrição e administração correta dos medicamentos utilizados (LAU *et al.*, 2017), pois observa-se ainda a realização de tromboprolifaxia em 62,2% (1199/1928) dos pacientes de baixo risco, nos quais não há recomendação para uso (**Tabela 4**). Além do custo financeiro, trata-se de elevado número de indivíduos exposto a eventos hemorrágicos.

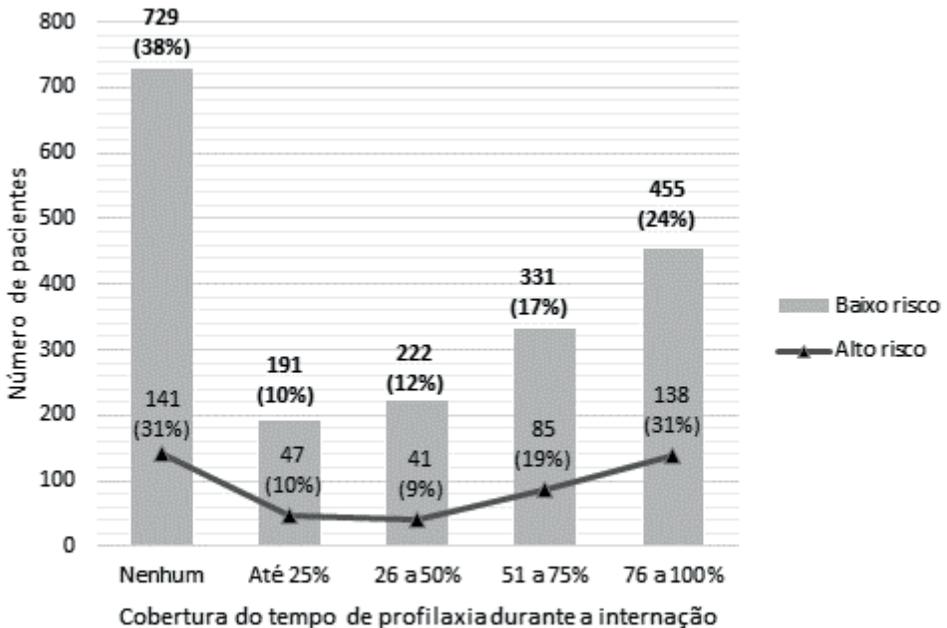
Medicamento	Alto risco (n=452)		Baixo risco (n=1928)	
	n	%	n	%
HBPM – Enoxaparina SER c/ 40 mg INJ	174	38,5%	632	32,8%
HNF – Heparina AMP 0,25mL 5.000UI SOL INJ	137	30,3%	566	29,4%
Fondaparinux SER 0,5mL c/ 2,5 mg INJ	0	0,0%	1	0,1%
Nenhum	141	31,2%	729	37,8%
Total	452	100%	1928	100%

n: número; h:hora; SER: seringa; c/: com; mL: mililitro; AMP: ampola; SOL: solução; INJ: injetável; mg: miligrama;

Tabela 4 - Medicamentos utilizados na tromboprofilaxia para TEV em pacientes clínicos hospitalizados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos pacientes de alto risco, 31% (138/452) tiveram prescrição de profilaxia medicamentosa para TEV por mais de três quartos do período de internação hospitalar, isto é, entre 75 e 100% do período compreendido entre a admissão e a alta hospitalar conforme **Figura 3**.



TEV: Tromboembolismo Venoso.

Figura 3 - Cobertura do tempo de profilaxia medicamentosa durante a internação de acordo com risco para TEV

Fonte: Elaborado pelo autor.

A média de idade dos 452/2380 pacientes de alto risco foi 72,3 anos e dos 1928/2380 pacientes de baixo risco foi 65,9 anos. O teste T independente mostrou que essa diferença é significativa ($p < 0,05$). O escore médio dos 452/2380 pacientes de alto risco foi 4,76 e dos 1928/2380 pacientes de baixo risco foi 1,88. O teste T independente mostrou que essa diferença também é significativa ($p < 0,05$). **Tabela 6.**

Risco para TEV	n	Escore médio	Desvio padrão	Idade média	Desvio padrão
ALTO	452	4,76	0,943	72,3	12,5
BAIXO	1928	1,88	0,619	65,9	17,3

TEV: Tromboembolismo venoso; n: número.

Tabela 5 – Escore e idade média de 2380 pacientes clínicos distribuídos entre os grupos de alto e baixo risco para TEV.

Fonte: Elaborado pelo autor no software *IBM SPSS Statistics* versão 19.

Dos 452 pacientes de alto risco, 174 (38,5%) utilizaram HBPM, 137 (30,3%) utilizaram HNF e 141 (31,2%) não utilizaram nenhuma tromboprolifaxia. A ANOVA de uma via mostrou que não existem diferenças significativas entre os escores médios dos grupos HBPM (4,68), HNF (4,76) e “Nenhum” (4,85) ($p > 0,05$). **Tabela 7.** Parece não haver relação do escore de risco do paciente para TEV quanto à escolha do medicamento prescrito para profilaxia. Outros fatores devem ser determinantes para a prescrição, como a função renal, por exemplo.

TBP	n	Escore médio	Desvio padrão
HBPM	174	4,68	0,930
HNF	137	4,76	0,895
Nenhum	141	4,85	1,000

HBPM: Heparina de Baixo Peso Molecular; HNF: Heparina Não Fracionada; n: número; TBP: Tromboprolifaxia;.

Tabela 6 - Escore médio de 452 pacientes de alto risco de acordo com tromboprolifaxia utilizada

Fonte: Elaborado pelo autor no software *IBM SPSS Statistics* versão 19.

A amostra de 2380 indivíduos é alta em relação a outros estudos brasileiros, bem como o período de avaliação de treze meses. Pereira e colaboradores (2008) avaliaram 850 pacientes clínicos e cirúrgicos em um período de dois meses. Andrade e colaboradores (2009) acompanharam por dois meses 1036 pacientes clínicos e cirúrgicos. Baer e colaboradores (2012) limitaram a amostra a pacientes clínicos e avaliaram 156 pacientes de um período de cinco meses. Já Kerbauy e colaboradores (2012) também limitaram a amostra a pacientes clínicos e avaliaram 146 pacientes pelo período de doze meses. Finalmente, Busato e colaboradores (2014) acompanharam em um único dia 104 pacientes clínicos e cirúrgicos. Apesar das limitações metodológicas, como ser um estudo

de um único hospital, a amostra ser de uma população de característica específica, ser de pacientes apenas clínicos e não contemplar pacientes de UTI, o presente estudo é robusto e relevante para a pesquisa e para a prática clínica.

CONCLUSÃO

Um total de 68,8% de pacientes de alto risco realizaram a tromboprolaxia medicamentosa sendo utilizadas HBPM e HNF, prescritas para pacientes de alto risco em 174/452 (38,5%) e 137/452 (30,3%), respectivamente. O início da tromboprolaxia medicamentosa foi prescrito nas primeiras 24 horas da internação em 60,6% (175/452) de pacientes de alto risco para TEV.

Apesar do conhecimento da importância da utilização da profilaxia para a segurança do paciente, esta ainda permanece subutilizada em pacientes de alto risco e administrada, sem indicação, em pacientes de baixo risco. É necessária realização de mais estudos para compreender o cenário hospitalar, estabelecer protocolos e envolver o farmacêutico na equipe multidisciplinar para otimizar a utilização de tromboprolaxia. É fundamental promover ações educativas e avaliação permanente de forma a subsidiar melhorias no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

AKINBOBUYI O.; SHALDERS L.; NOKES T. Ensuring timely thromboprophylaxis on a Medical Assessment Unit. **BMJ Quality Improvement Reports** 2016;5:u212414.w4934.

ANDRADE, E. O.; BINDÁ, F. A.; SILVA, A. M. M. *et al.* Fatores de risco e profilaxia para tromboembolismo venoso em hospitais da cidade de Manaus. **J Bras Pneumol.** 2009; 35(2):114-121.

BAER, C.; BOBATO, C.; CARVALHO, M. *et al.* Avaliação da profilaxia medicamentosa do tromboembolismo venoso. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 5, p.372-376, set./out., 2012.

BASTOS, M.; BARRETO, S. M.; CAIAFA, J. S. *et al.* Tromboprolaxia: recomendações médicas e programas hospitalares. **Rev Assoc Med Bras** 2011; 57(1) 88-99.

BASTOS, M.; BARRETO, S. M.; CAIAFA, B. T. *et al.* Derivation of a risk assessment model for hospital-acquired venous thrombosis: the NAVAL score. **Journal of Thrombosis and Thrombolysis**, v. 41, n. 4, p.628-635, may 2016.

BUSATO, C. R.; GOMES, R. Z.; COSTA, D. M. M. *et al.* Avaliação de tromboprolaxia em hospital geral de médio porte. **J. vasc. bras.** vol.13 no.1 Porto Alegre Jan./Mar. 2014.

CLÉ, D. V.; GARCIA, A. A.; BRUNETTA, D. M. *et al.* Anticoagulação em pacientes hospitalizados. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2010;43(2): 107-17

COHEN, A. T.; SPIRO, T. E.; BÜLLER, H. R.; *et al.* Rivaroxaban for thromboprophylaxis in acutely ill medical patients. **N Engl J Med.** 2013; 368(6):513-523. doi:10.1056/NEJMoa1111096

ECK, R. J.; BULT, W.; WETTERSLEV J.; *et al.* Low Dose Low-Molecular-Weight Heparin for Thrombosis Prophylaxis: Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. **J Clin Med.** 2019;8(12):2039. Published 2019 Nov 21. doi:10.3390/jcm8122039

FARR S.; TOOR, H.; PATCHANA T.; *et al.* Risks, Benefits, and the Optimal Time to Resume Deep Vein Thrombosis Prophylaxis in Patients with Intracranial Hemorrhage. **Cureus** (October 02, 2019); 11(10): e5827. DOI 10.7759/cureus.5827

FERNANDES, C.J.; CALDERARO, D.; PILOTO, B. *et al.* Extended anticoagulation after venous thromboembolism: should it be done?. **Ther Adv Respir Dis.** 2019;13:1753466619878556. doi:10.1177/1753466619878556

GEERTS, W. H.; BERGQVIST, D.; PINEO, G. F. *et al.* Prevention of Venous Thromboembolism. **Chest** 2008; 133:381S-453S.

GIORDANO, N. J.; JANSSON, P. S.; YOUNG, M. N. *et al.* Epidemiology, Pathophysiology, Stratification, and Natural History of Pulmonary Embolism. **Tech Vasc Interv Radiol.** 2017;20(3):135-140. doi:10.1053/j.tvir.2017.07.002

HCHC - House of Commons Health Committee. The prevention of venous thromboembolism in hospitalised patients. in: **The Health Committee The Stationery Office Limited**, Londres 2005.

HORNER, D.; GOODACRE, S.; PANDOR, A., *et al.* Thromboprophylaxis in lower limb immobilisation after injury (TILLI). **Emerg Med J.** 2020;37(1):36-41. doi:10.1136/emered-2019-208944

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). <http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/portal/m/site/516-inicio/0/0.jsessionid=41BCC53D32BF85F3D6E38820E4BEC219> acessado em 19/09/2020.

KAHN, S. R.; LIM, W.; DUNN, A. S. *et al.* Prevention of VTE in nonsurgical patients. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. **Chest** 2012; 141(2)(Suppl):e195S-226S.

KEARON, C.; AKL, E. A.; ORNELAS, J. *et al.* Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. **Chest**, Volume 149, Issue 2, 2016, Pages 315-352, ISSN 0012-3692, <https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215003359>

KERBAUY, M. N.; MORAES, F. Y.; KERBAUY, L. N. *et al.* Tromboprofilaxia venosa em pacientes clínicos: análise de sua aplicação. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.59 no.3 São Paulo Maio/Julho 2013.

LARYEA, J.; CHAMPAGNE, B. Venous Thromboembolism Prophylaxis. **Clin Colon Rectal Surg** 2013; 26:153-159.

LOPES, B. A. C.; TEIXEIRA, I. P.; SOUZA, T. D. *et al.* Sabemos prescrever profilaxia de tromboembolismo venoso nos pacientes internados. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 199-204, set. 2017. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.008516>.

MA, Y.; XU, Y.; CHEN, Y. *et al.* Nurses' objective knowledge regarding venous thromboembolism prophylaxis: a national survey study. **Medicine**, v. 97, n. 14, apr. 2018.

MAYNARD, G. A.; MORRIS, T. A.; JANKINS, I. H. *et al.* Optimizing prevention of hospital-acquired venous thromboembolism (VTE): prospective validation of a VTE risk assessment model. **Journal of Hospital Medicine**, v. 5, n. 1, p.10-18, jan. 2010.

NENDAZ, M.; SPIRK, D.; KUCHER, N. *et al.* Multicentre validation of the Geneva Risk Score for hospitalised medical patients at risk of venous thromboembolism. Explicit assessment of thromboembolic risk and prophylaxis for medical patients in Switzerland (ESTIMATE). **Thrombosis and Haemostasis**, v. 111, n. 3, p.531-538, mar. 2014.

NICE – **National Institute for Health and Care Excellence**. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89>. Acessado em 17 de agosto de 2020.

PEREIRA, C. A.; BRITO, S. S.; MARTINS, A. S. *et al.* Profilaxia da trombose venosa profunda: aplicação prática e conhecimento teórico em um hospital geral. **J Vasc Bras**. 2008;7(1):18-27.

PINI, M.; FROELICH, J.; BERGMANN, J. F.; *et al.* Comparison of US and European practices in the prevention of venous thromboembolism in hospitalized medical patients: findings from the international medical prevention registry on venous thromboembolism (IMPROVE). **Blood** 2003; 102:1151

RASKOB, G. E.; ANGCHAIKUSIRI, P., BLANCO, A. N., *et al.* Thrombosis: A Major Contributor to Global Disease Burden. **Arterioscler Thromb Vasc Biol**. 2014; 34(11):2363-2371. doi:10.1161/ATVBAHA.114.304488.

SACHDEVA, A.; DALTON, M.; AMARAGIRI, S. V. *et al.* Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 7. Art. No.: CD001484. DOI: 10.1002/14651858.CD001484.pub2.

SCHUNEMANN, H. J.; CUSHMAN, M.; BURNETT, A. E. *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients. **Blood Adv**. 2018;2(22):3198-3225.

SPYROPOULOS, A. C. Emerging Strategies in the Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients. **Chest**. 2005;128:958-69. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.128.2.958>.

SPYROPOULOS, A. C.; ANDERSON, F. A. The “risk” of risk assessment models for venous thromboembolism in medical patients. **Am J Med**. 2012;125(11):e23-p.e26. doi:10.1016/j.amjmed.2011.11.029

SPYROPOULOS, A. C.; ANDERSON, F. A.; FITZGERALD, G. *et al.* Predictive and associative models to identify hospitalized medical patients at risk for VTE. **Chest Journal**, v. 140, n. 3, p.706-714, sep. 2011.

TAPSON, V. F.; HYERS, T. M.; WALDO, A. L. *et al.* Antithrombotic therapy practices in US hospitals in an era of practice guidelines. **Arch Intern Med**. 2005; 165: 1458-1464

TAPSON, V. F.; DECOUSUS, H.; PINI, M. *et al.* Venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill hospitalized medical patients: findings from the International Medical Prevention Registry on VenousThromboembolism. **Chest Journal**, v. 132, n. 3, p.936-945, sep. 2007.

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

Abordagem na enfermagem 74

Advocacia em saúde 1, 2, 3, 4, 5

Anemia 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82

Anemia falciforme 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82

Aprendizagem 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Atendimento 11, 13, 14, 57, 59, 60, 65, 66, 68, 69, 70, 79, 81, 96, 107, 113, 119, 122, 123, 128, 143

Auditoria de enfermagem 6, 8, 10, 13

B

Banho de leito 111, 112, 113, 118, 119

C

Crianças 39, 59, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82

Cuidado pré-natal 58, 60, 91

Cuidados de enfermagem 4, 9, 25, 30, 49, 58, 60, 80, 81, 87, 112, 125, 129

Cuidados paliativos 100, 101, 125, 126, 127, 128, 130, 131

D

Defesa do paciente 1, 3

E

Educação em enfermagem 26, 34, 35, 36, 40

Educação Superior 35, 36

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 67, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 152

Enfermeiros 1, 2, 3, 4, 5, 19, 22, 23, 24, 26, 32, 33, 41, 63, 64, 66, 73, 78, 82, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 119

Equipe de enfermagem 4, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 79, 87, 95, 99, 102, 104

F

Formação profissional 21, 25, 99

H

Higiene corporal 110, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120

Hipodermólise 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Hospital Universitário 9, 15, 16, 17, 34, 93, 94, 95, 96, 98, 100

I

Ideação suicida 122, 123

Infusões subcutâneas 94

M

Modelo de Avaliação de Risco (RAM IMPROVE7) 134

Motivação 16, 19, 29, 30, 39

N

Neonatologia 44, 47

P

Pacientes clínicos hospitalizados 133, 134, 135, 137, 138, 139, 144, 147

Pacientes gravemente enfermos 110, 111, 112, 113, 117, 118, 120

Política nacional 99, 122, 123

Prevenção 4, 31, 58, 63, 66, 70, 72, 73, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 106, 136, 137

Profilaxia 86, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

Q

Qualidade da assistência à saúde 6, 8

R

Registros de enfermagem 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 18, 19

S

Satisfação no Trabalho 16, 19, 20

Segurança do paciente 14, 17, 94, 97, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 133, 149

Serviços de saúde 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 58, 63, 67, 71, 73, 79, 123, 127

Sífilis congênita 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92

Sinais vitais 44, 49, 79, 110, 111, 112, 113, 117, 118, 119

Supervisão clínica 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32

T

Teleconsulta 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Transporte de paciente intra-hospitalar 102, 103, 104

Transtornos relacionados ao uso de substâncias 58, 60

tromboembolismo venoso 134, 135, 140, 144, 149, 150

Tromboembolismo venoso 133, 134, 145, 147, 148

Tromboprofilaxia 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 148, 149, 150

V

Vínculo 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 65, 69

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br