

ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

NA PROMOÇÃO
DO BEM-ESTAR
DO PACIENTE 2

Organizador:

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Atena
Editora
Ano 2025

ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

NA PROMOÇÃO
DO BEM-ESTAR
DO PACIENTE 2

Organizador:

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2025 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2025 O autor

Copyright da edição © 2025 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à

Atena Editora pelo autor.

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

Os manuscritos nacionais foram previamente submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial desta editora, enquanto os manuscritos internacionais foram avaliados por pares externos. Ambos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

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

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

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

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

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 Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

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

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

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

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 Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Enfermagem e qualidade de vida na promoção do bem-estar do paciente 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Jeniffer dos Santos
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 e qualidade de vida na promoção do bem-estar do paciente 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-3099-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.995251702</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 DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, 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 da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza 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 da obra publicada, 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. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 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. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Temos a satisfação de apresentar o livro “Enfermagem e qualidade de vida na promoção do bem-estar do paciente 2”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa; Análise da preparação e administração de medicamentos em pronto-socorro: protocolos, boas práticas e desafios operacionais; Vivenciando a monitoria acadêmica na disciplina saúde da mulher: contribuições para a formação discente; A importância e necessidade do contato pele a pele do recém-nascido e da mãe no pós parto imediato antes do clameamento do cordão umbilical; Caracterização de pacientes em uso de varfarina atendidos no ambulatório de anticoagulação de hospital público de ensino.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhora na promoção do bem-estar do paciente. 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**EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Wallace Ferreira da Silva
Luana Ferreira de Almeida
Eveline dos Santos Fernandes
Isabelle Fernandes Borsato
Valéria Lourenço Silva da Fonte
Flávia Giron Camerini,
Ayla Maria Farias de Mesquita
Ana Lúcia Cascardo Marins
Kaillany Inácio Menezes
Letícia Alves do Nascimento
Luiz Otávio Rodrigues da Silva
Maria Eduarda de Oliveira Abackerli Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9952517021>

CAPÍTULO 2 17**ANÁLISE DA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PRONTO-SOCORRO: PROTOCOLOS, BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS OPERACIONAIS**

Dhyenyfer Bombazar
Denise Maccarini Tereza
Paula Ioppi Zugno
Maria Salete Salvaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9952517022>

CAPÍTULO 327**VIVENCIANDO A MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA SAÚDE DA MULHER: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DISCENTE**

Maria Indila Silva e Silva
Livia Kemyllle de Sá Martins
Alécia Maria da Silva
Kezia Cristina Batista dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9952517023>

CAPÍTULO 437**A IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DO CONTATO PELE A PELE DO RECÉM-NASCIDO E DA MÃE NO PÓS PARTO IMEDIATO ANTES DO CLAMPEAMENTO DO CRDÃO UMBILICAL**

Natalia Bastos Vieira dos Santos Negreiros
Fabiana de Araújo Silva
Maria Gabriela Santos Silva
Adrielly Tatyana Nunes da Silva
Raphael Gomes de Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9952517024>

CAPÍTULO 545

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO DE HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Maria Luna Senra Silvera

Carolina Barbosa Ferreira

Caryne Margotto Bertollo

Waleska Jaclyn Freitas Nunes de Souza

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9952517025>

SOBRE O ORGANIZADOR 71

ÍNDICE REMISSIVO72

EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de submissão: 30/01/2025

Data de aceite: 03/02/2025

Wallace Ferreira da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-9598-9768>

Luana Ferreira de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-8433-4160>

Eveline dos Santos Fernandes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-3430-2053>

Isabelle Fernandes Borsato

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-8798-2489>

Valéria Lourenço Silva da Fonte

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-9881-4077>

Flávia Giron Camerini,

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-4330-953X>

Ayla Maria Farias de Mesquita

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0001-6777-9352>

Ana Lúcia Cascardo Marins

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-8485-8308>

Kaillany Inácio Menezes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0009-0005-5340-8880>

Letícia Alves do Nascimento

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0009-0009-6413-0342>

Luiz Otávio Rodrigues da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0009-0007-2411-8002>

Maria Eduarda de Oliveira Abackerli Miranda

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
<https://orcid.org/0009-0001-2683-4703>

RESUMO: Objetivo: Identificar os eventos adversos em pacientes críticos internados em unidades de terapia intensiva **Método:** Revisão integrativa realizada em maio de 2021, com busca nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e CINAHL. Utilizados descritores “unidades de terapia intensiva”; “cuidados críticos”; “dano ao paciente” associados através do booleano “AND”. Incluídos artigos publicados entre 2016 e 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluído resumo, dissertação, tese, cartas, editoriais, relato de experiência e estudos que trataram de pacientes neonatais e pediátricos. Os artigos foram organizados conforme ano de publicação, periódico, título, autores, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência e eventos adversos na terapia intensiva. Optou-se por realizar análise descritiva simples apresentando-as em categorias. **Resultados:** Os principais eventos adversos identificados nos estudos estavam associados a medicamentos e fluidos, lesão de pele, infecção relacionada à assistência à saúde, retirada acidental de dispositivos invasivos, a comunicação entre as equipes, queda e a identificação de pacientes. **Conclusão:** Identificou-se escassez da produção científica relacionada à ocorrência de eventos adversos em unidades de terapia intensiva adulto. Entende-se como necessária a realização de pesquisas voltadas para o tema, tendo em vista a identificação de incidentes preveníveis nesse ambiente e possíveis possibilidades de melhoria nos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Eventos adversos; Cuidados críticos; Enfermagem; Terapia intensiva.

ADVERSE EVENTS IN INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To identify adverse events in critically ill patients admitted to intensive care units **Method:** Integrative review conducted in May 2021, with a search in the LILACS, BDNF, MEDLINE, and CINAHL databases. The descriptors “intensive care units” were used; “critical care”; “harm to the patient” associated with the Boolean “AND”. Included were articles published between 2016 and 2020, in Portuguese, English, and Spanish. Abstracts, dissertations, theses, letters, editorials, experience reports, and studies that treated neonatal and pediatric patients were excluded. The articles were organized according to year of publication, journal, title, authors, objective, type of study, level of evidence, and adverse events in intensive care. It was decided to perform a simple descriptive analysis, presenting them in categories. **Results:** The main adverse events identified in the studies were associated with medications and fluids, skin lesions, healthcare-related infection, accidental removal of invasive devices, communication between teams, falls, and patient identification. **Conclusion:**

A lack of scientific production related to the occurrence of adverse events in adult intensive care units was identified. It is understood that it is necessary to carry out research focused on the theme, with a view to identifying preventable incidents in this environment and possible possibilities for improvement in services.

KEYWORDS: Patient safety; Adverse events; Critical care; Nursing; Intensive care.

INTRODUÇÃO

No âmbito da segurança do paciente os eventos adversos (EA) são compreendidos pela incidência de lesão não intencional que pode resultar em inaptidão temporária ou permanente, ou ainda no prolongamento do tempo de permanência, na internação ou morte, como consequência de um cuidado prestado.¹

Pode-se dizer que os EA sofrem influência de vários fatores, a destacar gravidade do caso, a qualidade do cuidado e o contexto institucional.² A idade avançada, presença de comorbidades, comprometimento renal e hepático, rebaixamento do nível de consciência, uso de polifármacia, administração inapropriada de medicamentos, realização de procedimentos invasivos e longo tempo de permanência hospitalar são fatores de risco associados à ocorrência de EA.³

O contexto da UTI, por corresponder a um ambiente com pacientes em condições de saúde mais graves, com instabilidade hemodinâmica e submetidos a várias intervenções, com uso de vários medicamentos, muitas vezes, venosos torna-se um ambiente mais propício para a ocorrência de EA.

A identificação dos principais EA pode direcionar ações nas instituições de saúde com foco na prevenção e redução de danos. Assim, este estudo teve como objetivo mapear os eventos adversos em unidades intensivas.

MÉTODO

Revisão integrativa de literatura, seguindo-se as etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos artigos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos artigos; 5) construção da análise dos resultados; e 6) apresentação da síntese do conhecimento.⁴

Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCCo para os seguintes tópicos: (Paciente/Problema - paciente internados, Conceito - EA e Contexto - UTI). Desta forma, como questão norteadora, definiu-se: Quais os eventos adversos em pacientes internados em unidades de terapia intensiva?

A busca de dados foi realizada no mês de maio de 2021, nas bases: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Utilizou-se descritores selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Medical Subject Heading* (MeSH): “unidades de terapia intensiva”; “cuidados críticos”; “dano ao paciente”, e “*intensive care units*”; “*critical care*”; “*patient harm*”. Os mesmos foram cruzados através do operador booleano AND.

Incluídos artigos publicados no período entre 2016 e 2020, nos idiomas português e inglês, gratuitos, tendo como tema EA em unidades intensivas. Excluídos resumos, dissertação, tese, cartas, editoriais, relato de experiência e artigos que tratam de pacientes neonatais e pediátricos.

Os artigos foram organizados conforme ano de publicação, periódico, título, autores, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência, eventos adversos na UTI. Avaliaram-se também os estudos considerando o nível de evidência, é que este dado permite aos pesquisadores a classificar por níveis de evidência de cada estudo, no que refere ao método de escolha desenvolvido, considerando sete níveis de evidência, segundo o instrumento baseado na *Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/Treatment Question*.⁵⁻⁶

Optou-se por realizar análise descritiva simples apresentando-as em categorias. Por se tratar de uma revisão de literatura, não foi necessário solicitar aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo.

RESULTADOS

Identificados 365 estudos, que após os critérios estabelecidos, deram origem a 12 artigos conforme fluxograma, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).⁷⁻⁸ (Figura 1)

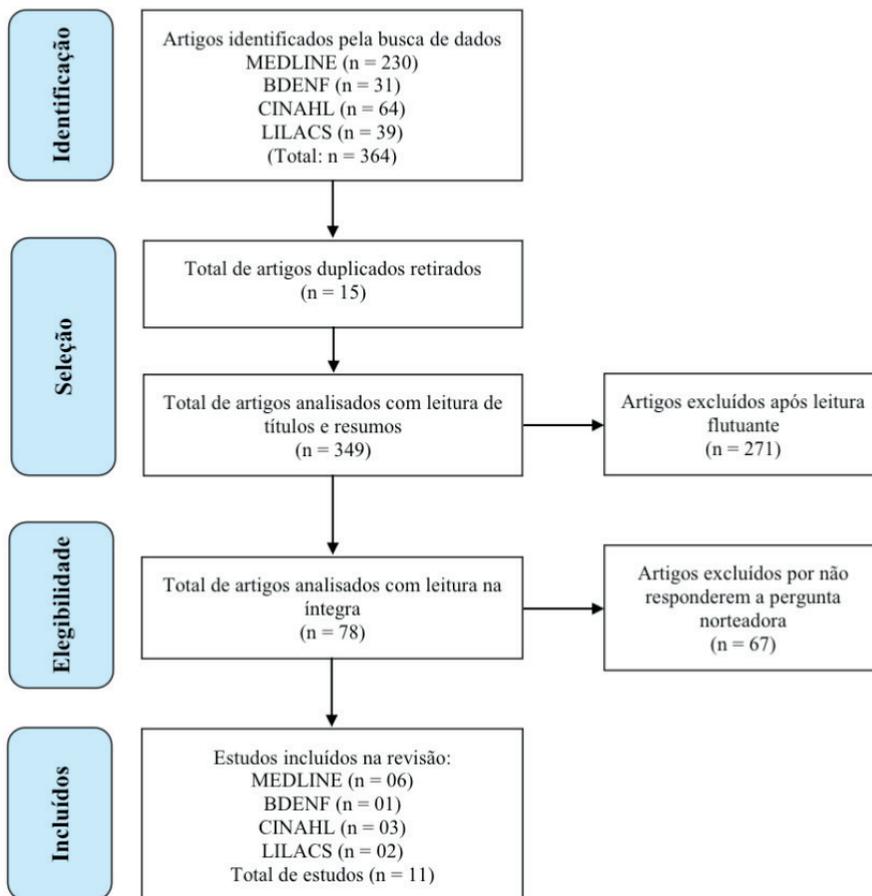


Figura 1 - Fluxograma do processo de busca, seleção e análise dos artigos de revisão, adaptado do PRISMA

Dentre os 11 artigos analisados quatro (36,3%) foram publicados em 2017, três (27,3%) em 2018, dois (18,2%) em 2016 e dois (18,2%) em 2019. Quanto ao tipo de estudo, cinco (45,5%) corresponderam a pesquisa quantitativa-descritivo, dois (18,2%) retrospectivos, um (9,1%) prospectivos, um (9,1%) revisão integrativa, um (9,1%) qualitativo e um (9,1%) caso controle (quadro 1).

Periódico/ Autores/ Ano	Título	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Eventos adversos em UTI
Revista Enfermagem UFPE online SOUZA; ALVES; ALENCAR (2018) ⁹	Eventos adversos na terapia intensiva	Quantitativo Descritivo Retrospectivo/ NE6	<ul style="list-style-type: none"> • EA relacionados à medicação • Lesão por pressão • Extubação não planejada • Infecções associadas aos cuidados de saúde • Perda de sonda gastro/ enteral • Flebite • Perda de acesso venoso central • Perda de dreno cefálico • Retirada de sonda vesical de demora
Acta Paulista de Enfermagem BARCELOS; TAVARES (2017) ¹⁰	Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva	Retrospectivo, quantitativo/ NE6	<ul style="list-style-type: none"> • EA relacionado à prescrição e administração de medicamentos • Eventos com sangue/ hemoderivados • EA relacionado à medicamentos/ fluidos • Dieta/alimentação enteral • Infecção relacionada à assistência • Pneumonia associada ventilação mecânica • Auto-remoção de cateter enteral e gástrico • ITU
Revista Latino Americana de Enfermagem CARLES I et al. (2017) ¹¹	Ocorrência de incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem	Quantitativa Transversal/ NE6	<ul style="list-style-type: none"> • EA relacionados à medicação • Auto-remoção de dispositivos invasivos • Incidentes relacionados com a contenção mecânica
Revista de Enfermagem UPFE On Line SILVA et al. (2017) ¹²	Erros de prescrição e administração envolvendo um medicamento potencialmente perigoso	Transversal, quantitativo/ NE6	<ul style="list-style-type: none"> • EA relacionados à prescrição e administração de medicamento • Não identificação dos pacientes
Revista de Enfermagem UPFE On Line AOZANE et al. (2016) ¹³	Percepções de enfermeiros de um hospital privado sobre eventos adversos na assistência de enfermagem	Qualitativo, descritivo/ NE6	<ul style="list-style-type: none"> • EA relacionados à prescrição e administração de medicamentos • Quedas

<p><i>Journal of Nursing UFPE on line</i></p> <p>SILVA; CAREGNATO⁶</p> <p>(2019)</p>	<p><i>Intensive care unit: safety and monitoring of adverse events</i></p>	<p>Revisão integrativa/NE6</p>	<ul style="list-style-type: none"> EA relacionados à administração e prescrição de medicamentos EA relacionados à identificação de pacientes EA relacionados à comunicação
<p>Acta Paulista de Enfermagem versão online</p> <p>ORTEGA et al.</p> <p>(2017)²</p>	<p>Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva</p>	<p>Quantitativo, transversal e prospectivo/NE5</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lesão por pressão Perda de sonda nasoenteral Perda de cateter central de inserção periférica Perda cateter venoso central Queda
<p>Caderno de Saúde Pública</p> <p>ROQUE; TONINI; MELO</p> <p>(2016)³</p>	<p><i>Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study</i></p>	<p>Prospectivo/NE6</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lesão por pressão Falha na administração de medicações Infecção primária de corrente sanguínea Pneumonia
<p>Revista Eletrônica</p> <p>SOUSA et al.</p> <p>(2019)¹⁴</p>	<p>Análise de interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino de Sobral</p>	<p>Quantitativa, descritiva e retrospectiva/NE6</p>	<ul style="list-style-type: none"> Interações medicamentosas EA relacionados à prescrição
<p>Revista Brasileira de Enfermagem</p> <p>PACHÁ et al.</p> <p>(2018)¹⁵</p>	<p>Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle / <i>Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study</i></p>	<p>Caso-controle/NE4</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lesão por pressão
<p>Revista Brasileira de Terapia Intensiva</p> <p>VEIGA et al.</p> <p>(2019)¹⁶</p>	<p>Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte</p>	<p>Estudo de coorte, retrospectivo/NE4</p>	<ul style="list-style-type: none"> Falhas de comunicação

Quadro 1 – Distribuição dos artigos analisados, conforme periódico, autores, ano de publicação, título, tipo de estudo, nível de evidência, eventos adversos em UTI.

Os eventos adversos identificados nos artigos analisados foram categorizados como: incidentes com medicamentos e fluidos, lesão de pele, infecção relacionada à assistência à saúde, retirada acidental de dispositivos invasivos, falha na comunicação entre as equipes, queda e falha de identificação de pacientes.

DISCUSSÃO

Incidentes com medicamentos e fluidos

Os incidentes relacionados a medicamentos e fluidos mostraram-se mais prevalentes nesta pesquisa, sendo citados em oito (73%) estudos avaliados. Seis deles mostraram a ocorrência de erro na administração de medicamentos, correspondendo à mais da metade (55%) dos estudos analisados.

Um estudo apontou que a programação e uso adequados de bombas de infusão por profissionais devidamente treinados, assegura uma assistência de qualidade, criando uma barreira para ocorrência de EA. Por fim, tal destreza na usabilidade de alarmes demonstrou-se benéfica por colaborar com maior atenção da equipe, evitando a ocorrência da fadiga e dessensibilização destes alarmes.¹⁷

Os artigos envolvendo prescrição medicamentosa somaram cinco (45%) pesquisas. Também foram identificados erros na administração de hemocomponentes (1 – 9%), falha na infusão de dieta enteral (1 – 9%), interação medicamentosa (1 – 9%), flebite (1 – 9%) e erros não especificados relacionados a medicamentos (1 – 9%).

Estes dados contrapõem os resultados de um estudo realizado em um hospital de grande porte, no qual foi evidenciado que 16,7% dos eventos adversos na unidade estavam relacionados a erros envolvendo medicamentos, tornando-os o segundo mais frequente naquela instituição, se aproximando em nível de relevância ao encontrado nessa revisão.¹⁸ Dados apontam que o uso de cinco ou mais medicamentos concentram cerca de 98,3% de EA, incluindo também o uso de aminas vasoativas e sedativos.³

Autores referem que deve haver um alinhamento entre as etapas de prescrição (médica), dispensação (farmácia) e administração (enfermagem), a fim de diminuir os erros envolvidos no processo medicamentoso.¹³

Em um estudo realizado na UTI de um hospital público de Minas Gerais, o EA envolvendo sangue e hemoderivados foi o terceiro mais ocorrido. E o erro envolvendo a administração de dietas foi o sétimo mais citado.¹⁰ Os dados obtidos nesta pesquisa demonstraram taxa de ocorrência destes EA maiores, já que identificou que eventos envolvendo sangue/hemoderivados e infusão de dieta corresponderam, cada um, a 9% do total.

Em um estudo realizado em uma UTI, a ocorrência de flebite foi de 1,97%. Já um hospital público de Sergipe apresentou uma incidência de flebite de 31,4%. Estes autores apontam que a incidência de flebite pode estar associada à idade e ser agravada a partir das condições clínicas do paciente, mas também deve-se considerar de fundamental importância, os cuidados relacionados ao manejo e manutenção dos dispositivos venosos.^{9,19}

Estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, na cidade de Curitiba demonstrou que a prevalência de flebite foi de 26%, dados acima do recomendado pela literatura.²⁰ Corroborando com esse dado, Souza et al.²¹ apontam que nos serviços

hospitalares nacionais, a flebite apresenta-se como um evento adverso de importância epidemiológica persistente, dado a elevada incidência, com valores variando entre 25,8% até 55,6%.

Esses resultados mostram-se superiores ao considerado como aceito pelas recomendações da *Infusion Nurse Society*, ou seja, 5% tanto para adultos, como para crianças.²²

Lesão de pele

A Lesão por Pressão (LP) mostrou-se presente em quatro (36%) estudos avaliados. A lesão de pele relacionada à contenção mecânica foi citada em um artigo (9%).

Estudo realizado em uma UTI cardiopneumológica brasileira demonstrou que 11% dos pacientes internados apresentaram lesão por pressão.²³ Já uma pesquisa realizada em uma UTI neurocirúrgica evidenciou a ocorrência de LP em aproximadamente 15% dos pacientes.²⁴

Outro estudo brasileiro, realizado na UTI de um hospital universitário mostrou que a taxa de incidência das LP em pacientes críticos está compreendida em 62,5%.²⁵ Tais dados demonstram grande variação de ocorrência deste EA, que pode estar relacionada à diversos fatores como: tempo de internação, gravidade, idade, condutas, coberturas e tratamentos utilizados.

Infecção relacionada à assistência à saúde

As infecções relacionadas aos cuidados de saúde mostraram prevalência de 27% dos estudos avaliados. Observou-se a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) (18%), infecção do trato urinário (ITU) (9%) e infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) (9%).

Um estudo realizado na UTI de um hospital universitário no Rio de Janeiro demonstrou 51 EA associados aos cuidados de saúde, sendo IPCS representada por 6,1%.³ Outra pesquisa, realizada em uma UTI de um hospital universitário em Pernambuco demonstrou que a IPCS atingiu 15,3%.⁹

A cateterização venosa central é um procedimento frequente nas UTI com a finalidade de manutenção de uma via para infusão de soluções, medicações, nutrição parenteral, hemodiálise, entre outros procedimentos.²⁶ Antes da inserção do CVC, os profissionais de saúde envolvidos na manutenção de CVC devem ser orientados sobre a prevenção de IPCS.²⁷

Nesta pesquisa, dois estudos relacionaram-se à PAVM. Em ambos, este tipo de infecção representou 4,7% dos EA na UTI.^{3,10} Tais resultados contrapõem os dados da pesquisa, na qual foi identificado que a PAVM foi a mais prevalente, representando 78,26% dos casos.⁹

Este tipo de infecção surge como uma das complicações pelo uso da ventilação mecânica, aumentando o tempo de hospitalização e a mortalidade, sua incidência varia de 8 a 28% dos pacientes em VM,²⁸ aumentando com a duração da VM com índices de aproximadamente 3% por dia durante os cinco primeiros dias de ventilação mecânica.²⁹

Em estudo realizado com profissionais atuantes em UTI, identificou-se que os rounds estiveram diretamente relacionados à melhora na comunicação entre a equipe multiprofissional, contribuindo com uma assistência à saúde mais efetiva e eficiente na prevenção à PAVM, tendo a enfermagem, principalmente na figura do enfermeiro, papel central no cuidado, devido seu maior contato com os pacientes.³⁰

Em um estudo realizado em uma UTI de um hospital universitário no Rio de Janeiro, a ITU representou dois casos, por manejo de cateteres urinários (0,6%).³ Este tipo de infecção pode ser ainda menos frequente, através da implementação de medidas preventivas e do treinamento da equipe de enfermagem, com a verificação da necessidade e indicação do cateterismo vesical.³¹

Em setores com grande concentração de pacientes graves, que requerem inúmeros procedimentos invasivos, uso de drogas vasoativas e imunossupressores, como os centros de terapia intensiva, os percentuais de IRAS inclusive os de ITU são ainda maiores, cerca de 10 vezes a mais quando comparado com outros setores, o que fomenta a relevância de monitorar suas taxas de incidência para o direcionamento de medidas preventivas e consequente melhoria na qualidade do cuidado prestado.³²

Retirada acidental de dispositivos invasivos

O evento adverso relacionado à retirada acidental de dispositivos invasivos foi citado em quatro (36%) estudos avaliados. Foram evidenciadas perdas de acesso venoso central (2 – 50%), sonda nasoenteral e/ou gástrica (2 – 50%), cateter encefálico (1 – 25%), cateter central de inserção periférica (1 – 25%), retirada de sonda vesical (1 – 25%), extubação (1 – 25%), autor remoção de cateter enteral e gástrico (1 – 25%) e auto remoção de outros dispositivos (1 – 25%).

Dois estudos realizados na UTI de um hospital no Rio de Janeiro trouxeram informações relacionadas à retirada acidental de dispositivos invasivos. O primeiro demonstrou retiradas de cateter entérico (42%), cateter venoso periférico (21%), cateter venoso central (12%), cateter vesical de demora (7%), cateter arterial (7%), tubo orotraqueal (5%), drenos (2%), apresentando resultados semelhantes aos encontrados nesta revisão.³³

Já o segundo estudo mostrou que as retiradas não planejadas de sondas enterais somaram 59,6%, seguida por tubo orotraqueal (22,1%), cateter arterial (13,2%) e cateter venoso central (5,9%).³⁴

Contraopondo tais dados, estudo realizado em um hospital do Rio Grande do Sul, demonstrou que não houve evidências quanto às retiradas de dispositivos enterais, sendo

o EA com medicamentos o mais frequente na percepção desses profissionais.¹³

Falha de comunicação entre equipes

A falha de comunicação entre as equipes nesta pesquisa foi identificada em dois artigos. O primeiro realizado através de um estudo bibliográfico tipo revisão integrativa informando que os EA relacionados a falha na comunicação é um potencial risco de incidentes para o paciente durante a assistência. Reforçando constante monitoramento aos protocolos, *checklists* da unidade hospitalar.²⁰

O segundo estudo levantou questões sobre a incidência de eventos clínicos e não clínicos durante o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos. Os EA comumente descritos foram relacionados à falha da comunicação evidenciando uma taxa de 60% dos casos.¹⁶

Os autores sinalizaram que essa não decorre apenas do fator humano, mas também dos organizacionais. Ressaltam a necessidade de padronização de ferramentas eletrônicas para o fortalecimento da assistência segura.³⁵

Outra pesquisa evidenciou uma baixa conscientização sobre a cultura de segurança do paciente relacionado ao processo de comunicação, reforçando que a comunicação no âmbito hospitalar decorre das relações humanas.³⁶

Corroborando com os achados descritos nesta pesquisa, estudo realizado no Rio de Janeiro destaca o *handover* como uma importante ferramenta de compartilhamentos de informações seguras para a segurança do paciente.³⁷

Queda

Os EA relacionados à queda foram identificados em dois artigos (18%), assim como outro estudo que mostrou que queda pode ser um EA de pouca notificação e ocorrência.¹³

Corroborando com esses dados, uma pesquisa mostrou baixa incidência de EA relacionados à queda, com uma taxa de 1%. Neste mesmo estudo foram analisados setores de internação e UTI, onde os índices de queda dentro da UTI apresentaram uma taxa de 23% quando comparada a outro setor analisado.²

Dados semelhantes ao que foram encontrados em um estudo realizado em um hospital da região Sudeste, apontaram uma porcentagem de 0,15 em um total de 1000 notificações realizadas dentro deste período. Segundo o autor, estes dados podem ser considerados baixos devido à vigilância e cuidados empregados dentro da UTI, além de cuidados multidisciplinares, onde possibilitam a percepção individualizada do indivíduo hospitalizado.³⁸

A menor incidência de EA relacionado à queda pode ser explicado por ser considerada um evento adverso prevenível, tendo em vista a existência de escalas preditivas para a

prévia identificação do risco e a partir disso realizar ações de prevenção para que o EA não ocorra.³⁹

Um estudo realizado em uma Unidade de Hematologia Intensiva mostrou que pacientes internados em UTI possuem predisposição à queda devido a fatores de mobilidade e incapacidade relacionada à atrofia muscular, déficit de equilíbrio, tontura, uso de medicações e hipotensão postural.⁴⁰

Outro dado importante apontado em literatura é com relação à faixa etária dos pacientes estudados apresentando à faixa etária a partir dos 60 anos de idade com maiores riscos de queda. A idade avançada passa a ser um risco de queda pois paciente apresenta maiores comorbidades e uso de polifarmácia. Além disso, o UTI se torna um ambiente mais propício a queda devido a desorientação relacionada ao confinamento.³⁸⁻⁴⁰

Tendo em vista o perfil de pacientes que são internados nas UTI é importante reforçar os cuidados por parte das equipes para que a ocorrência de queda pouco ocorra. Medidas como a elevação das grades laterais do leito, além de extinção de excesso de conversas ou barulho, iluminação não adequada, camas em posição baixa, sensibilização e capacitação dos profissionais e construção de protocolos de prevenção são simples e podem ser facilmente executadas por todos da equipe multidisciplinar, principalmente pela equipe de enfermagem.⁴¹

Falha na identificação de pacientes

Nesta revisão, dois estudos apontaram para falha na identificação do paciente. Este procedimento é indispensável tendo em vista que grande parte dos pacientes apresentam uma clínica onde impossibilita o fornecimento de informações congruentes, pois em muitos casos estão inconscientes, desorientados ou até mesmo com impossibilidade de verbalização.¹²

Para tanto, pode-se utilizar de meios simples e mais comumente usados como pulseiras de identificação, placas de identificação fixadas nos leitos, assim como tecnológicos como o código de barras, radiofrequência e biometria.⁴²

Os estudos mostraram erros na identificação do paciente em prescrições médicas por ilegibilidade de letra impossibilita a leitura certa e precisão das informações, assim como ausência de identificação completa, gerando dúvidas e incertezas na hora da administração do medicamento.^{6,12}

Assim é importante sejam realizados trabalhos de sensibilização e conscientização das equipes multiprofissionais sobre a importância da identificação correta e completa dos pacientes e facilmente visíveis, como as pulseiras de identificação, onde a mesma deverá ser conferida antes para a realização de qualquer procedimento envolvendo o paciente.

CONCLUSÃO

Os EA em unidades de terapia intensiva relacionaram-se a incidentes com medicamentos e fluidos, medicamentos e fluidos, lesão de pele, infecção relacionada a assistência à saúde, retirada acidental de dispositivos invasivos, falha na comunicação, queda e falha na identificação dos pacientes.

Identificou-se escassez da produção científica relacionada à ocorrência de EA em UTI adulto. Entende-se como necessária a realização de pesquisas voltadas para o tema, tendo em vista a identificação de incidentes preveníveis nesse ambiente e possíveis possibilidades de melhoria nos serviços

REFERÊNCIAS

1. Dutra DD, Souto Duarte MC, de Albuquerque KF, Santos J de S, Simões KM, Araruna P da C. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2017;9(3):669-75. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5522>
2. Ortega DB, D'Innocenzo M, Silva LMG, Bohomol E. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2017;30(2):168-73.
3. Roque KE et al. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. Cad. Saúde Pública, 32(10):e00081815, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
4. Souza LMM et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Rev investigação em enferm.**, 2017;1:17-26. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>
5. Melnyk BM, Fineout, E. Evidence based practice in nursing healthcare: a guide to best practice. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2018.
6. Silva MVO da, Caregnato RCA. Intensive care unit: safety and monitoring of adverse events. J Nurs UFPE on line. 2019;13:e239368 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239368>
7. Galvão TF; Pansani TSA; Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2015;24(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5Wm CNCF/?lang=pt#>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília: 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemica.pdf.
9. Souza RF de, Alencar IGM, Alves A de S. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(1):19-27. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/25205>
10. Barcelos RA, Tavares DMS. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2017;30(2):159-67.

11. Carlesi KC et al. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2017;25:e2841-. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/130764>
12. Silva JSD, Almeida PHRF, Perini E et al. Prescription and administration errors involving a potentially dangerous medicine. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2017;11(10):3707-17. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201702
13. Aozane F, Cigana DJ, Benetti ERR et al. PERCEPTIONS OF NURSES IN A PRIVATE HOSPITAL ABOUT ADVERSE EVENTS IN NURSING CARE. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2016;10(2):379-86. DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201601
14. Sousa AB de, Oliveira JDML, Cavalcante ALC, Nobre CA, Melo OF, Siqueira RMP. Análise de interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino de Sobral. *REAS.* 2019;(17):e320. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/320>
15. Pachá HHP, Faria JIL, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(6):3027-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>
16. Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Vale RTS, Oliveira CZ, Rojas SSO. Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2019;31(1):15-20.
17. Oliveira FA, Pais GO, Moreira AP, Araújo PM. Usabilidade de bombas de infusão e segurança do paciente na terapia intensiva. *Enferm Foco.* 2021;12(2):386-92. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3316
18. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of incidents reported in a hospital in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):121-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf
19. Inocêncio JS et al. Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arq. Ciência Saúde.* 2017; 24(1):105-09. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/403/283>.
20. Bitencourt ES, Leal CN, Boostel R, Mazza V de A, Felix JVC, Pedrolo E. Prevalência de flebite relacionada ao uso de dispositivos intravenosos periféricos em crianças. *Cogitare Enferm.* 2018;23(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49361>
21. Souza AEBR. et al. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. *Rev. Rene.* 2015;16(1):114-22. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185014>
22. Infusion Nurses Society. Policies and procedures for infusion nursing of the older adult. *INS*, 111p., 2016.
23. Campanili TCGF et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev. esc. enferm. USP.* 2015;49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700002>

24. Diccini S, Camaduro C, Iida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(2):205-09. DOI.org/10.1590/S0103-21002009000200014
25. Fernandes L. M.; Caliri M. H. L. Using the braden and glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2008;16(6):973-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
26. Silva AG da; Oliveira AC de. Prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. *Vigil. Sanit. Debate.* 2016;4(2):117-125. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/705/304>
27. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
28. Macedo P de, Pereira B, Calderan T. Fatores relacionados à infecção hospitalar respiratória em UTI de Trauma. *Revpicb.* 2019;(27):1-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/pibic/article/view/2725>
29. Tomazelli, DC, Medeiros AFR, Santos DNV dos. Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Journal Infect. Control.* 2019;8(2):43-47. Disponível em: <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/263>
30. Liz JS et al. Cuidados multiprofissionais relacionados à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Enfermagem em Foco.* 2020;11(2). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2734>
31. Vieira IS, Pacheco JA. A enfermagem na prevenção e controle das infecções urinárias na UTI. Monografia (Pós-graduação Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta complexidade). Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador. 2015. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/756/1/TCC%20-%20Bahiana-%20Infec%3%a7%3%a3o%20Urin%3%a1ria.pdf>
32. Ferreira CC, Cauduro FLF. Infecção do trato urinário associado ao cateter: Indicadores de Processo para análise das práticas de prevenção em pacientes críticos. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.* 2017;7(3):146-53, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/9043>
33. Pereira, LMV et al. Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico. *Rev de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.* 2018;10(2):490-95. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6106/pdf>
34. Rosário OOM et al. Retiradas não planejadas de dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva. *Research, Society and Development.* 2020;9(7):e371974143, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4143>.
35. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM.* 2018;8(3):616-25. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>
36. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC de, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM.* 2016;6(1):50-6. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>

37. Santo GRS. Comunicação na clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: o caso do *handover*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/861504.pdf>.
38. Tiensoli SD, Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180285. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>.
39. Beijo LA et al. Fatores relacionados à ocorrência de queda de idosos. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2017;15(1);38-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.2907.g2890>
40. Lorca LA, Sacomori C, Balagué-Ávila VP, Pino-Márquez LP, Quiroz-Vidal FA, Ortega L. Incidence and risk of falls in patients treated for hematologic malignancies in the Intensive Hematology Unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Apr 29;27:e3145. DOI: 10.1590/1518-8345.2953-3145. PMID: 31038638; PMCID: PMC6528623.
41. Sakai AM et al. Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(6):4720-6.
42. Lemos CS, Cunha KC da S. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;11(1):130-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11886>

ANÁLISE DA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PRONTO-SOCORRO: PROTOCOLOS, BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS OPERACIONAIS

Data de submissão: 18/12/2024

Data de aceite: 03/02/2025

Dhyenyfer Bombazar

Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNESC

Denise Maccarini Tereza

Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNESC

Paula Ioppi Zugno

Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNESC

Maria Salete Salvaro

Universidade do Extremo Sul Catarinense
- UNESC

RESUMO **Introdução:** Este estudo investigou o preparo e a administração de medicamentos em pronto-socorro de dois hospitais do sul de Santa Catarina, um filantrópico e outro privado. A pesquisa focou na adesão a protocolos, fatores que impactam o processo de medicação e o perfil dos profissionais de enfermagem. **Objetivos:** Comparar o processo de preparação e administração de medicamentos em pronto socorro, avaliando o cumprimento dos protocolos institucionais e seu impacto na qualidade da assistência em dois hospitais do sul

catarinense, sendo um de caráter privado e outro de caráter filantrópico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo e exploratório, com delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada através da observação direta, utilizando um instrumento desenvolvido pelo autor. Foram observados todos os medicamentos prescritos por via endovenosa e intramuscular em um período de quatro dias, sendo dois dias em cada hospital, nos turnos matutino e vespertino. **Resultados:** A análise dos dados revelou que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, com idade entre 39 e 53 anos. No Hospital Filantrópico, 75% dos profissionais possuem apenas um vínculo empregatício, enquanto no Hospital Privado, 100% têm um único vínculo. A adesão a treinamentos sobre a cadeia medicamentosa foi de 50% no Hospital Filantrópico e 100% no Hospital Privado. Os resultados indicaram que o preparo e administração de medicamentos foram adequados na maioria dos casos, com adesão aos “9 certos” da medicação. No entanto, foram observadas falhas na higienização das mãos e no uso de EPIs. Interrupções frequentes, como conversas paralelas, foram identificadas como fatores negativos, especialmente no Hospital

Filantrópico. **Conclusão:** Conclui-se que os resultados estão alinhados com a literatura existente, destacando a importância de práticas consistentes e rigorosas na administração de medicamentos. A implementação de protocolos eficazes e a educação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para melhorar a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Pronto-Socorro. Medicamentos.

INTRODUÇÃO

A medicação é o ato de medicar, podendo ser entendida como um sistema complexo e interdisciplinar, dividido em etapas que envolvem a atuação de profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e farmacêuticos. Os estágios que envolvem o processo de medicação podem ser divididos em: prescrição, distribuição, preparo e administração (REIS, 2015).

O preparo e a administração de medicamentos representam uma etapa crucial no cuidado de pacientes em qualquer ambiente de saúde, seja hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. A correta execução dessas atividades é fundamental para garantir a eficácia terapêutica e a segurança do paciente, evitando potenciais danos e complicações decorrentes de erros na manipulação ou na dosagem dos medicamentos (CAMERINI et al., 2013).

As etapas de preparo e administração de fármacos são de responsabilidade da equipe de enfermagem, atuando o enfermeiro, principalmente, como planejador, orientador e supervisor das ações relacionadas à terapia medicamentosa. Cabe ainda a esse profissional, possuir conhecimentos sobre a droga a ser manejada, sua ação, via de administração, interações e efeitos adversos (EA's), a fim de promover a assistência segura ao paciente (SILVA e CAMERINI, 2012).

Por atuar na fase final de medicação, a qual é a última oportunidade de interceptar possíveis erros das etapas anteriores, cabe à equipe de enfermagem figurar nessa barreira de prevenção. Sua imprescindibilidade é tamanha, pois, com a presença da equipe dentro da cadeia, é possível identificar e impedir até 86% dos erros na medicação (MIASSO et al, 2006).

Nos últimos anos avanços significativos têm sido alcançados na compreensão dos processos envolvidos no preparo e na administração de medicamentos, os quais foram impulsionados pelo desenvolvimento de novas tecnologias, protocolos de segurança e práticas baseadas em evidências. Apesar dessa evolução, desafios ainda incitam os profissionais de saúde, diante da complexidade das terapias medicamentosas, a diversidade de vias de administração e as demandas cada vez maiores por eficiência e precisão.

O presente estudo propõe uma análise aprofundada dos aspectos relacionados ao preparo e administração de medicamentos, destacando as práticas adotadas atualmente nas instituições de saúde, as quais se incluem: a existência e a eficácia da utilização de protocolos, os desafios enfrentados e a adesão a boas práticas pelos profissionais de

saúde, a fim de que todas as medidas tornem o processo de medicação mais seguro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo e exploratório com delineamento transversal através da observação baseada em um instrumento de coleta de dados desenvolvido pelo autor do preparo e da administração de todos os medicamentos prescritos por via endovenosa e intramuscular em um período de quatro dias no total, sendo dois dias em cada um dos hospitais, nos turnos matutino e vespertino.

A população do estudo envolveu todas as doses de medicamentos injetáveis (via subcutânea, intramuscular e endovenosa) preparadas e administradas em adultos durante o período estipulado para a coleta de dados. Incluiu também, os enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor de Pronto Socorro que estavam escalados para a atuação no setor durante o período da coleta de dados. O estudo conta com uma amostra de 200 procedimentos e 17 profissionais.

Os dados quantitativos foram submetidos a um processo de dupla digitação no programa Microsoft Excel, versão 2022, para garantir a precisão e a integridade dos dados. Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central, como média e mediana, e medidas de dispersão, como desvio padrão e intervalo interquartil.

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0.4.8. Este software permitiu a realização de análises descritivas detalhadas, incluindo a comparação de protocolos institucionais entre os hospitais, a caracterização da amostra de enfermeiros e técnicos de enfermagem, e a

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo realizado em um Hospital Filantrópico e em um Hospital Privado, observou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino. No Hospital Filantrópico, 75% dos profissionais são mulheres, enquanto 25% são homens. Em termos de faixa etária, 50% dos profissionais têm entre 25 e 32 anos, e os outros 50% estão na faixa de 39 a 53 anos. No Hospital Privado, a distribuição de gênero é semelhante, com 77,78% dos profissionais sendo do sexo feminino e 22,22% do sexo masculino. Quanto à idade, 44,44% dos profissionais têm entre 25 e 32 anos, enquanto 55,55% estão entre 39 e 53 anos.

Os achados deste estudo corroboram com dados de pesquisas anteriores, que destacam a predominância feminina na profissão de enfermagem no Brasil. Por exemplo, a pesquisa realizada pelo COFEN e pela FIOCRUZ em 2013 revelou que 85,1% dos profissionais de enfermagem no Brasil são do sexo feminino. Além disso, a faixa etária

predominante entre os profissionais de enfermagem, conforme identificado em nosso estudo, é consistente com a pesquisa nacional, que mostrou que 40% dos profissionais têm entre 36 e 50 anos, enquanto 38% estão na faixa de 26 a 35 anos (MACHADO, 2015).

No que diz respeito aos Protocolos Institucionais, o Hospital Filantrópico não possui nenhum protocolo próprio, apenas manuais específicos sobre cada via de administração medicamentosa, além de possuir um guia sobre diluição de medicamentos, ambos são pouco conhecidos pelos colaboradores.

No Hospital Privado, há um “Protocolo Assistencial de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos” implantado em 2023 e de conhecimento de todos os colaboradores do setor. Além de possuir a “Política de Segurança do Paciente” contendo 13 práticas assistenciais para evitar danos ao paciente, dentre elas, encontram-se a identificação do paciente, reconciliação medicamentosa, controle de eletrólitos concentrado - medicamentos de alto risco, treinamentos de segurança do paciente, gerenciamento de riscos, higiene das mãos e a prática de segurança na utilização de medicamentos. Ademais, nota-se que a sala em que os medicamentos são preparados contém diversas placas e informativos, em grande escala e coloridos a respeito da segurança medicamentosa, fazendo com que os colaboradores sejam “treinados” diariamente.

De acordo com o COREN-SP (2017) “O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade de ações de cuidado, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.” Além de simplificar o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados.

No Hospital Filantrópico, 50% dos participantes indicaram que a instituição não forneceu treinamentos, enquanto os outros 50% relataram ter participado de capacitações entre 2023 e 2024. Em contraste, no Hospital Privado, 100% dos profissionais confirmaram que a instituição realizou treinamentos no mesmo período.

A educação permanente é destacada na literatura como uma estratégia de baixo custo, mas altamente eficaz, pois contribui para a prevenção de erros e eleva a autoestima dos colaboradores, proporcionando-lhes maior segurança no desempenho de suas funções. Estudos de Costa et al. (2021), Wang et al. (2014), e Vilela e Jericó (2019) ressaltam que estratégias educacionais, especialmente aquelas mediadas por simulação e jogos, têm um impacto significativo na melhoria da comunicação entre as equipes. Isso promove uma cultura de segurança do paciente e, conseqüentemente, reduz as taxas de erros relacionados a medicamentos. A Educação em Saúde (ES) se destaca como uma ferramenta exemplar para a promoção da cultura de segurança do paciente, pois busca a conscientização individual e coletiva dos profissionais, tornando-os participantes ativos no processo de cuidado.

No Hospital Filantrópico, observou-se que 100% dos profissionais não realizam a desinfecção das bancadas antes e após o preparo das medicações. Além disso, não

praticam a higiene correta das mãos, não utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e não desinfetam as ampolas antes de quebrá-las durante o preparo das medicações.

Os dados obtidos no Hospital Privado são semelhantes, com 98% dos profissionais não utilizando EPI e não realizando a higiene correta das mãos antes e após o preparo das medicações. Apenas 2% dos profissionais fizeram uso de EPI e higienizaram corretamente as mãos. Ademais, 100% dos participantes não realizaram a desinfecção das bancadas antes e após o preparo das medicações e não desinfetaram os frascos ampola antes de rompê-los.

Essas informações corroboram com os achados de um estudo transversal observacional realizado por Ramos (2023) em uma UTI adulta de um hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O estudo objetivou analisar a adesão às medidas assépticas e a frequência de toque em superfícies ambientais durante a administração endovenosa de medicamentos por profissionais de enfermagem, revelando que 92,59% dos colaboradores não realizaram a higienização adequada das mãos e 100% não desinfetaram corretamente a ampola ou frasco antes de rompê-lo.

Em um estudo de metodologia semelhante, realizado por Lima (2021) em um hospital de grande porte no Rio Grande do Norte, foi avaliado o crescimento de bacilos gram-negativos (BGN) e unidades formadoras de colônias (UFC) em diferentes alas hospitalares. O estudo demonstrou que 60% das amostras coletadas no Pronto Socorro apresentaram UFC e 45% das amostras foram positivas para BGN.

Esses achados evidenciam a necessidade urgente de investir em estratégias para reduzir a incidência de contaminação ambiental nos serviços de saúde, uma vez que a desinfecção inadequada das superfícies está diretamente relacionada ao aumento da ocorrência de transmissão cruzada (JABLONSKA, 2022).

Sobre as interrupções ocorridas no momento do preparo das medicações, em que no Hospital Filantrópico, durante a preparação de 52% das medicações não houve interrupções, em 44% houve interrupção por conversas e os 4% restantes foram referentes a interrupções causadas pelo telefone que fica no posto de enfermagem. Tratando-se do Hospital privado, os dados obtidos foram destoantes, em que, no preparo de 64% das medicações não houve interrupções e em 18% delas houve interrupção devido a conversa.

É importante destacar que, dentre as boas práticas recomendadas pelo COREN-SP (2017), salienta-se que, o ambiente para o preparo de medicações deve ser específico: “sem fonte de distração, como por exemplo, televisão, rádio e celular”. Vários estudos científicos destacam que as interrupções e distrações no trabalho são um fator de risco significativo para a ocorrência de erros (CALLEFI et al, 2023; SANTANA et al., 2019; LAMBLET et al., 2011).

Quanto às práticas de identificação do paciente e segurança na administração de medicamentos nos hospitais analisados. No Hospital Filantrópico, 60% das medicações foram administradas apenas com a confirmação do primeiro nome do paciente, 30% sem

qualquer identificação, e apenas 10% com o nome completo. Nenhuma administração incluiu a verificação do nome completo e data de nascimento.

Em relação à conferência de alergias medicamentosas, 50% das administrações não incluíram questionamento ao paciente, enquanto 50% o fizeram. Quanto à informação sobre a medicação, 60% dos pacientes foram informados, enquanto 40% não receberam informações.

No Hospital Privado, as práticas foram mais rigorosas: 98% das medicações foram administradas com a verificação do nome completo e data de nascimento, e apenas 2% com o nome completo. No entanto, 74% dos pacientes não foram questionados sobre alergias, e 96% foram informados sobre a medicação.

Estudos como o de Bernal et al. (2021) em hospitais universitários do Sul do Brasil revelam que a não adesão à verificação correta da identidade do paciente ocorreu em 51,9% dos casos, semelhante ao Hospital Filantrópico. Lima et al. (2022) também identificaram falhas significativas na identificação do paciente (95,5%) e na verificação de alergias (86,5%).

A identificação correta do paciente é fundamental para a segurança do cuidado, conforme o Protocolo de Identificação do Paciente (2023), que recomenda o uso de pelo menos dois identificadores, como nome completo e data de nascimento, antes de qualquer procedimento. A negligência nessa prática pode levar a erros de medicação e reações alérgicas, que, segundo Anacleto (2019), estão associadas a um aumento no tempo de hospitalização de 1,7 a 2,2 dias por evento adverso.

Esses achados sublinham a necessidade de adesão rigorosa às práticas de identificação e comunicação com o paciente para minimizar riscos e promover um ambiente de cuidado seguro.

Das doses administradas no Hospital Filantrópico, 13 (26%) pertenciam ao grupo de medicamentos potencialmente perigosos (MPP), como morfina e tramadol. Enquanto no Hospital Privado, 12% das medicações administradas faziam parte grupo das MPP, sendo ela o tramadol. Em ambas as instituições, os MPP foram encaminhados da farmácia em uma embalagem colorida, a fim de diferenciá-los, porém em 100% dos casos observou-se que não foi realizada a dupla checagem, estratégia para a prevenção de erros altamente recomendada pelo Protocolo de Uso Seguro de Medicamentos do Ministério da Saúde.

Em pesquisa de metodologia semelhante realizada a partir da observação da adoção as boas práticas em um Hospital Universitário de 566 prescrições por Maia et al. (2020), foi constatado que em 100% das MPP prescritas o procedimento de dupla checagem foi inexistente, corroborando com os dados apresentados neste estudo.

Os MPP são definidos como aqueles medicamentos que apresentam o maior risco de causar danos significativos ao paciente quando usados incorretamente, seja devido a seus eventos adversos graves ou a uma janela terapêutica limitada e, os enfermeiros são os principais responsáveis pela administração desses fármacos (ZYOU, 2019). No

ambiente hospitalar, dupla checagem diz respeito conferência de um procedimento ou técnica realizada por um mesmo profissional duas vezes, ou por dois profissionais distintos, a fim de construir uma barreira para prevenir erros. Na administração de medicamentos, o processo da dupla checagem deve se dar nos seguintes momentos: na leitura da prescrição médica, seguido do preparo, administração e checagem de medicações, de modo independente e simultâneo (CANDIDO, 2021; CUNHA, 2023)

CONCLUSÃO

A análise dos dados neste estudo proporcionou insights valiosos sobre a segurança do paciente e a atuação dos profissionais da enfermagem durante os processos que compõem a cadeia medicamentosa, em duas Instituições com características diferentes: uma filantrópica e outra privada, abrangendo o perfil da equipe de enfermagem, a adesão as boas práticas, utilização de protocolos e os fatores que impactam de maneira positiva ou negativa a execução da medicação.

Em relação ao perfil da equipe de enfermagem em ambas as instituições, observou-se uma prevalência do sexo feminino, fato que reflete a já conhecida feminilização histórica em todas as áreas da saúde. A faixa etária predominante encontra-se entre 39 e 53 anos e a equipe é composta majoritariamente por técnicos de enfermagem e a maioria de todos os profissionais possui apenas um vínculo empregatício. Dos profissionais do Hospital Filantrópico, apenas 50% relatam terem participado de treinamentos sobre a cadeia medicamentosa, enquanto no Hospital Privado, 100% dos colaboradores esteve presente em capacitações no último ano a respeito da temática.

No que diz respeito a fatores que impactam negativamente o processo da cadeia medicamentosa, dentre eles, destaca-se as interrupções, sendo que a maioria foi causada por conversas paralelas, evidenciadas nas duas instituições. Além de chamar a atenção o fato de no Hospital Filantrópico os colaboradores terem construído a cultura de ouvir músicas durante o expediente.

Ficou evidente que a maioria dos profissionais, em ambas as instituições não utilizam EPI's, não realizam a desinfecção de superfícies e da ampola ou frasco antes de quebrá-la, além de não realizarem a higienização correta das mãos, durante o preparo das medicações, dados que estão em consonância com outras pesquisas realizadas com metodologia semelhante.

A respeito da utilização de protocolos pelas Instituições e o incentivo a construção de uma cultura de segurança do paciente, no Hospital Filantrópico não possui um protocolo próprio, enquanto no Hospital Privado há mais de um protocolo e o ambiente em que as medicações são preparadas conta com diversos informativos.

Em tratando-se da adesão a conferência dos certos da medicação, a maioria dos profissionais em ambos os hospitais aderiu a checagem, uma minoria apresentou

incoerências quanto ao horário certo e a dose certa da medicação. Uma informação bastante alarmante foi de que, enquanto no Hospital Privado a grande maioria das medicações foi administrada após a conferência de dois identificadores (nome completo e data de nascimento), no Hospital Privado, a maior porcentagem utilizou apenas um identificador (primeiro nome), seguido de não utilizou nenhuma informação para a conferência.

No Hospital privado a maioria dos profissionais não questionou o paciente quanto a alergia medicamentosa e no Hospital Filantrópico metade das medicações foram administradas após o questionamento sobre alergias. Em ambos a maioria dos pacientes recebeu a orientação correta quanto a medicação que estava sendo administrada.

Em relação ao uso de tecnologias em saúde, o Hospital Privado demonstrou um ambiente mais estruturado, com múltiplos protocolos e informativos que promovem a cultura de segurança do paciente. Isso sugere que a implementação de tecnologias de gestão hospitalar pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a adesão a boas práticas e reduzir erros de medicação.

Este estudo apresenta um cenário comum encontrado em diversas pesquisas de cunho semelhante, destacando a necessidade contínua de educação e capacitação dos profissionais de saúde, para garantir a qualidade e segurança do paciente durante o processo da cadeia medicamentosa. Apesar da limitação em artigos recentes, os dados obtidos forneceram uma base sólida para discussão e reflexão sobre os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

REIS, Marcos Aurelio Seixas dos. Gerenciamento de risco para medicamentos potencialmente perigosos em serviços hospitalares. 2017. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica, São Paulo. 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-04032016-163240/pt-br.php>. Acesso em: 05 out. 2024.

SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis. v. 21, n. 3, p. 633-641, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/tce/a/nWVY6LWXRV5F4Ykv35pwzMm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2024.

MIASSO, Adriana Inocent et al.. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-americana Enfermagem*, v.3, pág 354-363, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>. Acesso em: 05 out. 2024.

MACHADO M. H, et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro. V. 28, NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 09 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem. 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 14 out. 2024.

- COSTA, Claudia Regina de Barros et al. Estratégias para a redução de erros de medicação durante a hospitalização: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*.Paraná, v. 26, p. e79446, 2021. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79446>. Acesso em: 10 out. 2024.
- WANG, Hua Fen. et al. Quality improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: atrend analysis during the journey to Joint Commission International accreditation and in the post-accreditation era. *Therapeutics and clinical risk management*, v. 11, p. 393–406, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4354453/>. Acesso em; 14 out. 2024.
- VILELA, Renata Prado Bereta; JERICÓ, Marli de Carvalho. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, v. 17, n. 4, p. eGS4621, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/56m5gPm38QwGpCnkJYkDcvD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2024.
- Lima, Leticia Barbosa. Avaliação da contaminação de superfícies inanimadas por Bacilos Gram-Negativos em um hospital regional no Nordeste do Brasil. Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso -TCC, bacharelado em medicina) - Universidade Federal Rural Do Semiárido. Pró-Reitoria De Graduação Departamento De Ciências Da Saúde. Mossoró. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufersa.edu.br/handle/prefix/7710>. Acesso em: 10 out. 2024.
- JABŁOŃSKA-TRYPUĆ, Agata et al. Inanimate surfaces as a source of hospital infections caused by fungi, bacteria and viruses with particular emphasis on SARSCoV-2. *International journal of environmental research and public health*, v. 19, n. 13, p. 8121, 2022. Disponível em: DOI: 10.3390/ijerph19138121. Acesso em: 15 jul. 2024.
- CALLEFI, Jéssica Syrio et al. Interrupções no ambiente hospitalar e cultura organizacional: Uma revisão sistemática. *Perspectivas contemporâneas*. São Paulo. v. 18, jan-dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54372/pc.2023.v18.3374>. Acesso em; 22 jul.2024.
- SANTANA, Breno de Sousa et al. Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação. *Avances en enfermería* v. 37, n. 1, p. 56– 64, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71178>. Acesso em: 27 set. 2024.
- LAMBLET, Luiz Carlos Ribeiro et al. Randomized clinical trial to assess pain and bruising in medicines administered by means of subcutaneous and intramuscular needle injection: is it necessary to have needles changed? *Revista latinoamericana de enfermagem*. São Paulo. v. 19, n. 5, p. 1063–1071, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500002>. Acesso em: 11 out. 2024.
- BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi. et al. Identificação do paciente em pronto-socorro de hospitais universitários: estudo transversal. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e28810111864, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348470098_Identificacao_do_paciente_em_pronto-socorro_de_hospitais_universitarios_estudo_transversal. Acesso em: 20 ago. 2024.
- LIMA, Edmila Lucas de; VALENTE, Francilisi Brito Guimarães.; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e. Ocorrência de erros no preparo e na administração de medicamentos em unidade de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 24, p. 68956, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68956>. Acesso em: 25 ago. 2024.
- MAIA, Jacione Lemos Botelho et al. Identification of risks and practices in the use of high alert medications in a university hospital. *REME*. Belo Horizonte. v. 24, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200048>. Acesso em: 09 out. 2024.

ZYOUNG, Sa'ed et al. Knowledge about the administration and regulation of high alert medications among nurses in Palestine: a cross-sectional study. *BMC nursing*, Malásia, v. 18, n. 1, p. 11, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936779/>. Acesso em: 14 out. 2024.

Candido, Kátia Luciana Franca Pereira. Dupla checagem de medicamentos potencialmente perigosos na Unidade de Terapia Intensiva. 2022. 91 f. Dissertação (Programa de Pós- Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/754>. Acesso em: 12 ago. 2024.

CUNHA, Emmanuelle Gama et al. Avaliação do conhecimento e práticas profissionais em âmbito hospitalar sobre medicamentos potencialmente perigosos. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 14, n. 4, p. 965, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/376535782_Avaliacao_do_conhecimento_e_praticas_profissionais_em_ambito_hospitalar_sobre_medicamentos_potencialmente_perigosos. Acesso em: 20 set. 2024.

VIVENCIANDO A MONITORIA ACADÊMICA NA DISCIPLINA SAÚDE DA MULHER: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DISCENTE

Data de submissão: 07/01/2025

Data de aceite: 03/02/2025

Maria Indila Silva e Silva

Universidade Federal do Maranhão
Pinheiro - MA
<http://lattes.cnpq.br/8245905189462816>

Livia Kemyll de Sá Martins

Universidade Federal do Maranhão
Pinheiro - MA
<http://lattes.cnpq.br/6770108593215635>

Alécia Maria da Silva

Universidade Federal do Maranhão
Pinheiro - MA
<http://lattes.cnpq.br/8405746332911726>

Kezia Cristina Batista dos Santos

Universidade Federal do Maranhão
Pinheiro - MA
<http://lattes.cnpq.br/0007002964216889>

RESUMO: A monitoria acadêmica é uma estratégia valiosa de apoio ao ensino, integrada à pesquisa e à extensão, proporcionando aos monitores o desenvolvimento de competências e habilidades, iniciação à docência, além de crescimento pessoal, acadêmico e profissional. Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por discentes monitoras durante a monitoria acadêmica

da disciplina Saúde da Mulher e suas contribuições para formação discente. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência de duas discentes monitoras integrantes do Projeto de Ensino de Monitoria em Saúde da Mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro. As monitoras, orientadas pelas professoras, realizaram diversas atividades que resultaram em maior integração e participação ativa dos alunos, favorecendo o aprendizado e assimilação dos conteúdos. A atuação das monitoras permitiu a construção de um espaço dialógico e reflexivo, fortalecendo o elo entre professoras e discentes, proporcionando maior colaboração e qualidade ao processo de ensino-aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino; Aprendizagem; Saúde da Mulher; Pesquisa em Educação em Enfermagem.

EXPERIENCING ACADEMIC MONITORING IN THE DISCIPLINE OF WOMEN'S HEALTH: CONTRIBUTIONS TO STUDENT TRAINING

ABSTRACT: Academic monitoring is a

valuable teaching support strategy, integrated with research and extension, providing monitors with the development of skills and competencies, initiation into teaching, as well as personal, academic and professional growth. The aim was to report the experience of student monitors during academic monitoring of the Women's Health discipline and their contributions to student education. This is descriptive study, in the form of an experience report, based on the experience of two student monitors who are part of the Women's Health Monitoring Teaching Project of the Nursing course at the Federal University of Maranhão, Pinheiro campus. Guided by the teachers, the monitors carried out various activities that resulted in greater integration and active participation of students, enhancing learning and assimilation of content. The monitors' work enabled the creation of a dialogic and reflective space, strengthening the bond between teachers and students, providing greater collaboration and quality to the teaching-learning process.

KEYWORDS: Teaching; Learning; Women's Health; Nursing Education Research.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a formação profissional do enfermeiro tem passado por significativas transformações ao longo dos anos. Um dos principais desafios é desenvolver a formação acadêmica em contextos inovadores e transformadores, adaptando-se a cenários educativos, laborais, socioeconômicos e políticos em constante mudança (Frota *et al.*, 2020).

O ensino em Saúde da Mulher está inserido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem e outras áreas da saúde, sendo considerada complexa por exigir do docente formação e postura crítico reflexiva com vistas a aperfeiçoar a atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, considerando as diferentes vulnerabilidades e especificidades a fim de diminuir as desigualdades locais, numa perspectiva de gênero (Lopes *et al.*, 2024).

Outrossim, o processo de aprendizagem é desafiador, uma vez que cada discente possui competências, habilidades e dificuldades distintas, fatores que podem favorecer ou interferir em sua trajetória acadêmica e formação (Carvalho; Neto, 2021).

Dito isto, as Instituições de Ensino Superior (IES) devem alinhar seus Projetos Políticos Pedagógicos às atuais DCNs, com a intenção de garantir currículo de formação atualizado, aproximação entre as necessidades profissionais e práticas de ensino, adoção de metodologias ativas, incorporação de atividades interdisciplinares e interprofissionais, articulação entre a teoria e prática, além de incorporação crítica das inovações científicas e tecnológicas (Costa *et al.*, 2018).

Considerando a relevância da área Saúde da Mulher, é essencial que os estudantes da saúde, sobretudo enfermeiros, adquiram competências e habilidades específicas durante sua formação acadêmica, permitindo a aquisição de conhecimentos aprofundados em diferentes cenários de prática, possibilitando o desenvolvimento do perfil profissional

desejado, conforme as DCNs (Pereira *et al.*, 2022).

Assim, a monitoria acadêmica surge como uma estratégia valiosa de apoio ao ensino, integrada à pesquisa e à extensão, proporcionando aos monitores o desenvolvimento de competências e habilidades, iniciação à docência, além de crescimento pessoal, acadêmico e profissional (Palheta; Oliveira, 2023).

A Monitoria Acadêmica está prevista na Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, na qual fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior em conjunto com a escola média. Reiterada pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, inserindo as atividades de ensino e pesquisa, entendidas como fundamentais para a formação superior a nível nacional (BRASIL, 1968, 1996). No contexto da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a monitoria acadêmica foi criada em 10 de dezembro de 1990 por força da Resolução nº 41/90-CONSEPE e pela Resolução nº 134/99-CONSEPE (UFMA, 1990, 1999).

Compreende uma atividade de ensino-aprendizagem ligada à formação acadêmica do discente de graduação que possibilita a colaboração mútua entre estudantes e professores, permitindo ao discente monitor experiência e incentivo à docência, por meio da sua participação em atividades de apoio pedagógico durante o desenvolvimento do componente curricular na qual a monitoria está vinculada (UFMA, 2015).

Em relação a monitoria em Saúde da Mulher, a atuação do monitor tem bastante relevância no que concerne ao suporte pedagógico e apoio contínuo, contribuindo de forma enriquecedora na compreensão da temática, assim como, na importância da disciplina na graduação (Pereira *et al.*, 2022).

Ressalta-se a importância da comunicação de experiências exitosas como forma de produção e disseminação de conhecimentos, a partir da descrição da vivência acadêmica para formação universitária, além de contribuir para que outras IES invistam em seus programas de monitoria diante das vantagens pedagógicas proporcionadas. Diante do exposto, objetivou-se relatar a experiência vivenciada por discentes monitoras durante a monitoria acadêmica da disciplina Saúde da Mulher e suas contribuições para formação discente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência de duas discentes monitoras integrantes do Projeto de Ensino de Monitoria em Saúde da Mulher: Contribuindo para uma Aprendizagem Significativa, vinculada a disciplina Saúde da Mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, Maranhão, Brasil.

A disciplina Saúde da Mulher é um componente curricular obrigatório do curso de Enfermagem, ministrada no 7º período letivo, com carga horária de 150h, correspondendo

ao total 5 créditos. A disciplina destaca o cuidado à saúde da mulher em todas as fases do ciclo vital objetivando que os discentes desenvolvam competências e habilidades para prestarem assistência integral à mulher, considerando o contexto sociocultural, as questões de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos e suas necessidades em saúde, com enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença e na mudança do modelo assistencial à mulher e sua família durante o ciclo gravídico-puerperal.

A monitoria acadêmica incluiu atividades teórico-práticas realizadas em sala de aula e laboratórios do campus, Unidades Básicas de Saúde e Maternidade de referência municipal. As atividades de monitoria aconteceram entre abril e junho de 2024, em uma turma composta por 36 discentes e duas docentes. As atividades foram conduzidas por discentes-monitoras que previamente cursaram a referida disciplina. A coleta de dados ocorreu concomitantemente à execução das atividades, a partir de observação participante, registros realizados em diário de campo e relatórios elaborados durante a realização das atividades de ensino.

Por se tratar de um relato de experiência, não foi necessária submissão deste estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme orienta a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece normas para pesquisas em ciências humanas e sociais. O presente estudo descreve a experiência das autoras a partir de vivências originadas da prática da monitoria, sem identificação dos sujeitos do estudo com o propósito de garantia da privacidade, confidencialidade das informações e respeito à dignidade humana, em conformidade com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016, 2013).

3 | RESULTADOS

Descrição da experiência

O planejamento das atividades ocorreu a partir da realização de reuniões mensais programadas em cronograma específico via aplicativo *Google Meet* entre coordenadora, docente orientadora e discentes monitoras visando a discussão e integração das atividades propostas no plano de ensino da disciplina e no plano de atividades da monitoria (PAM), além de contato direto realizado via aplicativo *WhatsApp* a partir de grupo criado com a finalidade de facilitar a comunicação entre as professoras e discentes monitoras.

As reuniões mensais realizadas também serviam como estratégia complementar para garantia do envolvimento das discentes monitoras na dinâmica de trabalho da monitoria e orientá-las quanto às suas atribuições buscando atender suas necessidades de revisão e aprofundamento dos conteúdos teórico-práticos, além de avaliar o desempenho parcial do programa de monitoria.

As atividades de monitoria eram desenvolvidas semanalmente, a partir de encontros

ou desenvolvimento de atividades com duração de 6h, dois dias na semana, a saber nas quartas-feiras e sextas-feiras no turno matutino, compreendendo 12h semanais. As atividades realizadas pelas monitoras, supervisionadas pelas professoras orientadoras, compreendiam participação nas atividades teóricas (em sala de aula) e práticas (nos laboratórios e campos externos).

No tocante às atividades teóricas voltadas ao processo de ensino-aprendizagem, várias abordagens metodológicas foram utilizadas pelas docentes com o auxílio das discentes monitoras, tais como: planejamento de aulas, participação em aulas expositivas dialogadas, metodologia da problematização; discussão de casos clínicos; nuvem de palavras; discussão e debates em grupo, realização de dinâmicas com uso metodologias ativas (gamificação a partir do aplicativo *Kahoot*, *Minute Paper*), pesquisa bibliográfica e discussão de artigos científicos, elaboração de material educacional multimídia, elaboração de exercícios e questionários de revisão de conteúdo, participação em processo avaliativo do tipo seminário temático, dentre outras atividades. Estas metodologias permitiram a participação ativa dos discentes, instigando-os ao raciocínio clínico e julgamento crítico sobre os assuntos abordados.

Acrescido a isto, as discentes monitoras desempenharam atividades de acompanhamento junto das docentes durante as aulas, dando suporte logístico e apoio pedagógico. Além disso, durante as aulas, estimulavam as discussões trazendo pontos-chave e tempestades de ideias sobre os tópicos apresentados e discutiam junto à turma.

No contexto das atividades práticas, estas ocorreram em concomitância às aulas teóricas. Destaca-se a participação e realização de aulas práticas em laboratório de simulação realística e acompanhamento das docentes e grupos de discentes em campo prático nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como uma das principais atividades desenvolvidas e de maior participação e envolvimento das discentes monitoras, em que foi exercitada a inter-relação teórico-prático com uso de metodologias ativas e tecnologias leves no processo de ensino-aprendizagem e cuidado.

Compreendiam atividades de planejamento, preparação de roteiros de estudos, participação ativa nas atividades desenvolvidas em campo prático com demonstração e realização de procedimentos supervisionados, atendimentos extraclasse (plantões tira-dúvidas no laboratório), dentre outras. As atividades práticas foram realizadas inicialmente nos laboratórios de simulação do campus, a fim de prover conhecimentos práticos prévios necessários aos discentes antes da imersão em campo prático de trabalho.

As discentes monitoras subdividiam-se de acordo com o cronograma da disciplina e suas disponibilidades, e em acordo com as docentes organizavam o ambiente do laboratório para realização do acompanhamento das aulas práticas dos discentes. Para as práticas nos laboratórios de simulação, a turma era dividida em grupos de até 15 discentes, a fim de facilitar a dinâmica das aulas de revisão, solução de dúvidas e proporcionar melhor aproveitamento acadêmico das atividades. Para tal fizeram uso de diversos

materiais didáticos, tais como manequins, materiais específicos para a realização dos procedimentos práticos, recursos didáticos selecionados pelas próprias monitoras, como manuais ilustrados e materiais de apoio com imagens dos procedimentos específicos, além de revisão teórica para facilitar o entendimento dos conteúdos da disciplina.

Já as atividades em campo ocorreram nas UBS e maternidade do município, de acordo com o cronograma previamente disponibilizado, sob supervisão das discentes orientadoras, a partir da formação de grupos de discentes e rodízios de acordo com a demanda disponibilizada e previamente agendada pelas instituições de saúde. A turma era dividida em grupos menores, de até seis discentes, que desenvolveram atividades referentes à assistência à mulher em todos os ciclos de vida, envolvendo cuidados à saúde sexual e reprodutiva desde a puberdade até o climatério/menopausa e àqueles direcionados ao ciclo gravídico-puerperal.

Ademais, nestas atividades práticas eram utilizados diversos materiais inerentes a simulação de procedimentos desenvolvidos pelo profissional enfermeiro em sua rotina de trabalho, tais como: kit para coleta de material citopatológico, kit para realização de teste rápidos para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, materiais para realização de consulta ginecológica, planejamento familiar, pré-natal, puerpério e vacinação. Para tal fim, as monitoras utilizavam cerca de 2-4h da carga horária semanal para revisão de conteúdo programático, a fim de facilitar a troca de conhecimentos e para que atendessem às expectativas dos alunos monitorados.

Sobre os atendimentos extraclasse (plantões tira-dúvidas remotos e presenciais), as atividades foram desempenhadas de acordo com a demanda dos alunos, em dias e horários disponíveis para os estudantes e monitoras. Para isto, as discentes monitoras elaboraram questionários para resolução e revisão de conteúdos e roteiros de aulas práticas para nortear os discentes quanto aos aspectos de semiologia e semiotécnica dos conteúdos das aulas práticas e para revisão da prova prática da disciplina.

Os discentes monitorados solicitaram suporte das monitoras para revisão de conteúdos práticos clínicos que poderiam e foram demandados nas avaliações teóricas e práticas da disciplina, como: Exame completo da gestante com realização de Manobras de Leopold; Medida da Altura Uterina (AU); Cálculo de Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP); Exame Clínico das Mamas (ECM); Exame ginecológico com coleta de exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino (PCCU); Exame completo da puérpera; além das prescrições, cuidados e orientações de Enfermagem que são realizadas durante as consultas e atendimentos.

4 | DISCUSSÃO

Estando em consonância com o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem campus Pinheiro, a monitoria contribuiu como atividade complementar à

formação acadêmica, inter-relacionada ao ensino, a pesquisa e a extensão, agregando enriquecimento à formação profissional do aluno, na medida em que promoveu a aproximação dos conteúdos teóricos e vivências práticas em cenários reais de aprendizagem, criando-se condições para o avanço e ampliação do conhecimento crítico e o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades (Resolução nº 1.298-CONSEPE, 2015).

Saúde da Mulher é uma disciplina extensa (150h) e complexa, que exige conhecimentos interdisciplinares e implementação de ações direcionadas ao cuidado à mulher, recém-nascido, família e comunidade no atendimento em diversos níveis de complexidade desde o cuidado realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) a assistência de alto risco, tornando-se indispensável a atuação das discentes monitoras, pois sabe-se que o docente assume apenas as funções de facilitador e orientador do aprendizado/conhecimento, cabendo aos discentes buscar o aprofundamento do saber discutido em aula teórica ou prática para seu autodesenvolvimento.

Para a ruptura deste paradigma foi necessária a mudança de conduta das discentes monitoras, as quais não puderam mais se limitar ao repasse e revisão de conteúdos teóricos; mas tiveram, também, que se aproximar dos discentes e entender suas demandas específicas e integrá-los em metodologias ativas, que preconizassem o seu protagonismo e autonomia (Landim; Silva; De Matos, 2023). Gonçalves *et al.* (2021) ratificam tal conduta, pois acreditam que o modelo relacional e interativo aplicado na monitoria induz, de forma eficaz, o desenvolvimento das capacidades intelectuais, e conseqüentemente, facilitam o processo de aprender.

Na atualidade, o uso de metodologias ativas na monitoria acadêmica tende a ter êxito por proporcionar aprendizagem ativa, interativa, mediada e autorregulada, uma vez que possibilitaram discussão das temáticas e conteúdos abordados de forma lúdica e descontraída, em que os estudantes puderam expressar conhecimentos e manifestar dúvidas de forma coletiva e cooperativa (Gonçalves *et al.*, 2021; Marinho *et al.*, 2023).

Tais condutas resultaram em um envolvimento satisfatório da turma e um maior conhecimento teórico-prático por parte das discentes monitoras e dos demais alunos, além de proporcionar melhora no processo de ensino-aprendizagem, desenvolvimento do senso crítico e resolução de problemas (Leopoldino *et al.*, 2023). A atuação das monitoras nessa etapa do processo de ensino-aprendizagem demandou além do conhecimento específico construído previamente, a construção de habilidades de planejamento, gerenciamento e organização de aulas e atividades, aproximando-as e encorajando-as para iniciação à docência e, também, para pesquisa.

Ressalta-se, assim, os diversos benefícios que os discentes que optam por realizar a monitoria acadêmica vivenciam ao longo do programa, afora as contribuições diretas e indiretas para sua formação educacional. Além de proporcionar oportunidade de obter experiência prática na área estudada, permite ainda que os discentes desenvolvam e apreendam de forma mais profunda os conceitos e habilidades que estão sendo

ensinados (Benevenuto *et al.*, 2023).

A aproximação do monitor com as atividades pedagógicas e de ensino durante a monitoria acadêmica favorece também a iniciação à docência, pois desperta no discente monitor o desejo de maior aprofundamento teórico-prático, ampliando horizontes, desmistificando saberes pedagógicos e aperfeiçoando também o processo de formação acadêmica. Também, observa-se maior interesse de especialização na área de atuação, tendo em vista que o aluno tende a estudar aquilo que passa a conhecer (Nascimento *et al.*, 2021).

De outro modo, os discentes assistidos pelos monitores têm ganho significativo observado em termos de aprendizagem. Os monitores oferecerem atenção direcionada, explicações adicionais e demonstrações práticas úteis, ajudando a preencher lacunas no conhecimento dos alunos, facilitando a assimilação de conteúdos e desenvolvimento de competências (CUNHA *et al.*, 2024).

Destaca-se ainda, que a experiência em formação docente proporcionada pela monitoria acarreta benefícios para a própria IES, pois reforça a importância da do aprimoramento acadêmico, a busca por aperfeiçoamento e melhoria do desempenho profissional, fortalece relações interpessoais entre os monitores, discentes e demais profissionais, estreita o vínculo com a universidade, além de oportunizar a iniciação da formação de futuros professores (Parnaíba; Barros Junior; Silva, 2020).

Dentre os desafios identificados durante a monitoria acadêmica, ressalta-se alguns pontos inerentes à organização e rotina dos serviços em que foram realizadas as atividades em campo, que por vezes interferiram no desenvolvimento das atividades práticas. Para isso, estratégias foram desenvolvidas para sanar tais dificuldades, uma vez que não era possível a entrada de todos os alunos do grupo durante os atendimentos com a docente orientadora no consultório, assim, as discentes monitoras organizavam e acompanhavam os estudantes em subgrupos menores, e nestes intervalos, realizavam discussões de casos clínicos ou acompanhamento de outro profissional de enfermagem do serviço em sua rotina de trabalho, como por exemplo, na sala de imunização ou curativos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação na monitoria em Saúde da Mulher mostrou-se essencial para o crescimento pessoal, acadêmico e profissional dos discentes, fortalecendo a aquisição de competências e habilidades, assim como a consolidação de conhecimentos. Além disso, contribuiu significativamente para o desempenho acadêmico dos alunos.

Para as discentes monitoras a atuação na monitoria permitiu contato mais próximo com a prática docente e com os desafios do ensino em enfermagem. O envolvimento ativo na preparação e condução de atividades acadêmicas enriqueceu a experiência educativa e fortaleceu a confiança e autonomia das discentes. Além disso, a monitoria proporcionou um espaço de troca de conhecimentos e experiências, incentivando a colaboração e o

aprendizado coletivo dentro da universidade.

Conclui-se que a monitoria acadêmica na disciplina de Saúde da Mulher desempenha um papel fundamental na formação de futuros enfermeiros competentes e comprometidos com a saúde da população feminina, desse modo, é primordial a continuidade e ampliação desse programa, com incentivo à participação ativa dos discentes.

REFERÊNCIAS

BENEVENUTE, J. M. N. *et al.* **Monitoria na disciplina de fundamentos de enfermagem na percepção discente.** Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 9, n. 1, p. 176-191, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v9n1a13>. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/1198/742>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF: Presidência da República, 1968. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5540.htm. Acesso em 23 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União, Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CARVALHO, I. A.; NETO, L. S. **A importância da monitoria para a graduação de enfermagem e como a relação monitor-aluno auxilia no aprendizado da disciplina: relato de experiência.** Brazilian Journal of Health Review, v. 5, p. 22123–22129, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-310. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37386>. Acesso em: 31 jul. 2024.

COSTA, D. A. S., *et al.* **National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: an analysis according to curriculum development theories.** Interface (Botucatu), v. 22, n. 67, p. 1183-95, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0376. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GZsw79s7SZGBXZ3QNBhNppn/abstract/?lang=en>. Acesso em: 30 jul. 2024.

CUNHA, K. V. *et al.* **A importância da monitoria acadêmica na graduação em enfermagem para estudantes do interior do Amazonas: um relato de experiência.** Revista Contemporânea, v. 4, n. 6, e4703, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N6-127. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4703/3605>. Acesso em: 1 ago. 2024.

GONÇALVES, M. F. *et al.* **A importância da monitoria acadêmica no ensino superior.** Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e313757, 2020. DOI: 10.47149/pemo.v3i1.3757. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/3757>. Acesso em: 21 set. 2024.

LANDIM, G. S.; SILVA, V. G. P.; DE MATOS, T. A. **Contribuição da monitoria na formação acadêmica: relato de experiência.** EDUCERE - Revista da Educação da UNIPAR, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 714–720, 2023. DOI: 10.25110/educere.v23i2.2023-012. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/view/10350>. Acesso em: 21 set. 2024.

LEOPOLDINO, A. L. B. *et al.* **Contribuições da monitoria acadêmica na disciplina morfofuncional e práticas integradas no curso de medicina: Um relato de experiência.** International Seven Journal of Health, São José dos Pinhais, v.2, n.6, p. 1506-1519, Nov./Dez., 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/ISJHR/article/download/3287/5681>. Acesso em: 21 set. 2024.

LOPES, T. A. F. L. *et al.* **Abordagem da saúde da mulher nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas do estado do Ceará.** Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 3, p. e69692, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-110. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69692>. Acesso em: 1 ago. 2024.

MARINHO, L. I. *et al.* **Metodologias ativas na monitoria de semiologia e semiotécnica em enfermagem: contribuições para as vivências práticas.** Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 97, n. 4, p. e023188, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1698. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1698>. Acesso em: 21 set. 2024.

NASCIMENTO, J. T. *et al.* **Monitoria como espaço de iniciação à docência.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e5577, 6 fev. 2021. DOI: 10.25248/reas.e5577.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5577>. Acesso em: 21 set. 2024.

PALHETA, D. C. S.; OLIVEIRA, R. R. S. **A monitoria como possibilidade de formação em ensino, pesquisa e extensão: um relato de experiência.** Revista Comunicação Universitária, v.3, n.4, p. x-y, 2022. DOI: 10.69675/RCU.2763-7646.6378. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/comun/article/download/6378/2632/23059>. Acesso em: 30 jul. 2024.

PARNAÍBA; M. J. B.; BARROS JUNIOR, A. E. V.; SILVA, H. C. **A influência da monitoria acadêmica na iniciação à docência em cursos da área da saúde.** Revista Encontros Científicos UniVS. Ico-Ceará. v.2, n.1, p. 184-193, Jan-jun. 2020. Disponível em: <https://rec.univs.edu.br/index.php/rec/article/view/96/75>. Acesso em: 21 set. 2024.

PEREIRA, M. A. N. A. *et al.* **O ensino-aprendizagem e o uso de metodologias ativas da unidade temática cuidado básico à saúde da mulher do curso de enfermagem sob a ótica de monitores.** Research, Society and Development, v. 11, n. 10, e260111032368, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32368. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32368/27747/368183>. Acesso em: 30 jul. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Resolução nº 41, de 10 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a concessão de bolsas de trabalho, de extensão e de monitoria, no âmbito da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 1990. Disponível em: <https://www.ufma.br/portalUFMA/arquivo/Cvb8QC18YqQpTvC.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução nº 134, de 4 de outubro de 1999.** Dispõe sobre Programa de Monitoria, no âmbito da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 1999. Disponível em: <https://www.ufma.br/portalUFMA/arquivo/K1xEjsmTx4TxUj9.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Resolução nº 1.298, de 1 de julho de 2015.** Aprova o Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem, grau bacharelado, modalidade presencial, ofertado no campus de Pinheiro, vinculado ao Centro de Ciência Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia. São Luís: 2015. Disponível em: <http://www.ufma.br/portalUFMA/arquivo/tITnYagWIHG5N2t.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2024.

A IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DO CONTATO PELE A PELE DO RECÊM- NASCIDO E DA MÃE NO PÓS PARTO IMEDIATO ANTES DO CLAMPEAMENTO DO CRDÃO UMBILICAL

Data de submissão: 06/01/2025

Data de aceite: 03/02/2025

Natalia Bastos Vieira dos Santos Negreiros

Enfermeira pela faculdade Estácio CEUT-
2019-Teresina/PI

Fabiana de Araújo Silva

Enfermeira pela faculdade Anhanguera-
2018- Campinas/SP

Maria Gabriela Santos Silva

Enfermeira pela Faculdade IESM- 2022-
Teresina/PI

Adrielly Tatyana Nunes da Silva

Enfermeira pela Faculdade Estácio CEUT-
Teresina/PI

Raphael Gomes de Brito

Enfermeiro Obstetra pela Faculdade
Integral Diferencial- FACID- Teresina/PI

encontrados ao todo 10 artigos, sendo eles avaliados e estudados para se encaixarem nos critérios de inclusão. Foi operacionalizado por meio de etapas as quais estão estreitamente interligadas: busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Os resultados identificados na observação dos artigos, a partir do levantamento bibliográfico, possibilitaram a formação de categorias temáticas para o melhor entendimento aqui abordado e a discussão das principais informações sobre o contato pele a pele do recém nascido e da mãe no pós parto imediato.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido; Contato pele a pele; Clampeamento; Cordão umbilical.

RESUMO: O contato entre o recém-nascido (RN) e a sua mãe é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para bebês a termo desde o primeiro minuto de vida, a fim de facilitar a adaptação do recém-nascido na sua transição para o ambiente extrauterino. Tratou-se de uma revisão integrativa, realizada no período de Agosto a Novembro de 2023, através de consultas nas bases de dados. Foram

ABSTRACT: Contact between the newborn (NB) and their mother is recommended by the World Health Organization (WHO) for full-term babies from the first minute of life, in order to facilitate the adaptation of the newborn in their transition to the extrauterine environment. This was an integrative review, carried out from February to April 2023, through database consultations. A total of 11 articles were found, which were

evaluated and studied to meet the inclusion criteria. It was operationalized through steps that are closely interconnected: literature search, data collection, critical analysis of included studies, discussion of results and presentation of the integrative review. The results identified in the observation of the articles, based on the bibliographical survey, enabled the formation of thematic categories for a better understanding addressed here and the discussion of the main information about skin-to-skin contact of the newborn and the mother in the immediate postpartum period.

KEYWORDS: Newborn; Skin-to-skin contact; Clamping; The umbilical cord.

1 | INTRODUÇÃO

O contato precoce entre mãe e bebê deve ser valorizado pois alcança vários objetivos, dentre eles a capacidade para amar do ser humano que se dá logo após o nascimento, sendo este apontado como um período curto que trazem benefícios em longo prazo. A valorização do primeiro contato tem grande importância para a mulher, uma vez que ficará marcado por toda a sua vida, onde vai destacar sua prática de aleitamento, devendo ser efetivado de maneira a gerar experiências positivas (Leite et al., 2016).

O contato entre o recém-nascido (RN) e a sua mãe é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para bebês a termo desde o primeiro minuto de vida, a fim de facilitar a adaptação do recém-nascido na sua transição para o ambiente extrauterino (World Health Organization, 2018).

Após o nascimento do bebê é importante garantir o contato pele a pele sem interrupções e sem pressa entre toda a mãe e seu bebê saudável, livre de cobertas ou roupas. O contato pele a pele acalma a mãe e o bebê ajudando a estabilizar o batimento cardíaco e a respiração do bebê, mantém o bebê aquecido com o calor do corpo da mãe, auxilia a adaptação metabólica e a estabilização da glicose sanguínea do bebê, reduz o choro do bebê, reduzindo também o estresse e o gasto de energia (Marlin et al., 2019).

O Contato Pele a Pele (CPP) entre a puérpera e o Recém-Nascido (RN) realizado ainda em sala de parto, na primeira hora de vida do bebê, é considerado uma das ações de incentivo ao Aleitamento Materno (AM). As evidências apoiando essa prática, são robustas, indicando múltiplos benefícios para mãe e filho (Widström AM et al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) vêm apoiando o aleitamento materno como uma ação básica e indispensável à saúde da criança, o que incentivou a criação de políticas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), instituindo os “dez passos para o sucesso no aleitamento materno”, estando como 4º passo o contato pele a pele no pós-parto imediato (FERRARI et al., 2020).

O contato pele a pele (CPP) do recém-nascido (RN) no pós-parto compreende a viabilização de contato precoce entre a mãe e seu filho imediatamente após o parto, por no mínimo 1 hora, onde o RN é posicionado sem roupa diretamente sobre o tórax ou abdome

materno em pronação, contribuindo para o fortalecimento de vínculo entre ambos e com a humanização da assistência, estando incluso dentro das boas práticas de atenção ao parto e nascimento (SANTOS et al., 2014).

O contato pele a pele precoce na sala de parto é uma prática de atendimento humanizado. A partir desse olhar, o recém-nascido necessita de suporte para adaptar-se à vida extrauterina. Por isso, torna-se necessário que o local do nascimento seja um ambiente acolhedor, silencioso, com manutenção de temperatura ideal e que ocorra a realização do contato epidérmico precoce entre mãe e bebê. A interação imediata, por meio do toque pele a pele, é um momento instintivo sublime dotado de significados e benefícios para a mãe e o bebê (Kologeski et al., 2017).

Além de trazer benefícios à mãe e ao bebê, seja na melhoria dos parâmetros maternos ou por auxiliar no período de transição neonatal, a prática do CPP é fundamental para o sucesso do aleitamento materno, sendo então um forte preditor ao início precoce da amamentação (SAFARI et al., 2018; ALLEN et al., 2019).

A satisfação materna é um tópico importante no pós-parto, e o contato pele a pele pode atuar positivamente neste sentido, evidenciado por estudo que mostrou que todas as mulheres que receberam CPP demonstraram estar satisfeitas com a prática, recomendam no início do período pós-parto para outras mulheres e tinham preferência para ocorrer novamente no próximo parto (GULEROGLU; MUCUK; OZGURLUK, 2019).

O RN necessita de avaliação de sua vitalidade no momento do nascimento, sendo avaliados os seguintes pontos: se a gestação é a termo; se o bebê está respirando ou chorando; se o bebê tem tônus muscular adequado. Caso estejam respondidas positivamente e os parâmetros dos sinais estejam de acordo com os preconizados pelo ministério da saúde, considera-se que o RN não necessita de manobras de reanimação, dessa maneira, um RN com boa vitalidade está apto a ser colocado em contato pele a pele com mãe (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Outro fator importante é em relação a assistência de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais capacitados e especializados, em especial, os enfermeiros obstetras. Grande é a função do profissional enfermeiro, no qual deve possuir habilidades e conhecimento técnico para oferecer um melhor atendimento e de maior qualidade.

2 | METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo foi operacionalizado por meio de seis etapas as quais estão estreitamente interligadas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a estruturação da pergunta de pesquisa, adotou-se a estratégia PICO, em que P é o paciente ou o problema, I é a intervenção, C é o controle ou a comparação, e O é o desfecho. Seguiu-se, a partir da questão de pesquisa que produções científicas existem em se tratando da importância e necessidade do contato pele a pele do recém-nascido e da mãe no pós parto imediato antes do clameamento do cordão umbilical.

A estratégia PICO foi representada da seguinte forma: Paciente (Recém Nascido) Intervenção (contato pele a pele), Controle ou comparação (não se aplica), Desfecho (clameamento do cordão), de acordo com o Quadro 1.

ESTRATÉGIAS		DESCRITORES
P (Paciente/ Problema)	Gestão	Recém Nascido
I (Intervenção)	Condutas	Contato pele a pele
C (Controle/ Comparação)	-----	-----

Quadro 1 – Estratégia PICO formulada a partir da questão de pesquisa.

Para a busca ou a amostragem na literatura, utilizou-se a combinação dos descritores do P (Paciente/Problema), os descritores do I (Intervenção) e os descritores do O (Desfecho) somados ao operador booleano AND, OR e NOT, como esquematizado a seguir: (Recém Nascido OR clameamento) AND (Contato pele a pele OR primeira hora de vida) AND (Obstetrícia).

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, a constituição do corpus, a formulação e a reformulação de hipóteses ou de pressupostos. No que se refere à etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A análise temática tradicional trabalha inicialmente essa fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para a pré-análise (MINAYO, 2007).

Utilizando também como base de dados LILACS, MEDLINE, BVS tendo como referencias artigos dos anos 2010 a 2023. Os anos determinados foram estabelecidos de forma a entender essa evolução, buscando ideias de anos mais antigos e trazendo ao mais recente. Tendo em vista que são poucos os trabalhos que retrate o tema exposto. Além disso, foi selecionado fontes de pesquisas de origens secundárias, como livros e artigos de revisões, na qual se faziam presentes artigos em espanhol e português.

3 | RESULTADOS

Com as informações obtidas, elaborou-se, com os principais dados do estudo, uma tabela de acordo com o proposto na metodologia. Sendo detalhadas na tabela

abaixo e incluídas aqueles nas quais são consideravelmente importantes para o trabalho desenvolvido.

Nº	ANO	AUTOR	TIPO DE ESTUDO	TÍTULO DO ARTIGO
1	2022	SILVA. R. M. R et al.	Revisão bibliográfica	Valorização do contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida: contribuições da enfermagem
2	2020	CAMPOS P. M et al.	Estudo transversal	Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário
3	2023	SILVA C. M et al.	Pesquisa qualitativa.	Experiências de puérperas no contato pele a pele com recém- nascido na primeira hora pós-parto
4	2020	SOLZA H. L. R. Z et al.	Estudo descritivo.	Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebê na sala de parto
5	2018	ABDALA L. G et al.	Estudo transversal	Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida
6	2016	BEZERRA D. A et al. L.	Revisão integrativa	Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido
7	2017	KOLOGESK T. K ET AL.	Exploratório descritivo e	Contato pele a pele do recém- nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional
8	2022	KREBS V. A et al.	Revisão de literatura	Repercussões fisiológicas e psicossociais do contato pele a pele durante o desenvolvimento do recém-nascido
9	2021	AYRES L. F. A et al.	Estudo transversal	Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade
10	2010	MATOS T. A et al.	Pesquisa convergente-assistencial	Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem

Como citado no estudo de SILVA et al., 2022, é relatado e bem intensificado quanto ao requisito pele a pele, compreendendo-se, portanto, que os cuidados maternos formam a base da vida emocional e de relacionamento do recém-nascido. Visando assim o quão necessário é esse contato entre mãe/bebê, em especial nas primeiras horas de vida e ainda na sala de parto, mostrando os diversos benefícios para ambos.

Em um outro estudo de CAMPOS et al., 2020, confirma o que foi citado anteriormente pelo autor, neste, mostra que o contato pele a pele e o aleitamento materno são práticas que devem ser estimuladas na primeira hora pós-parto, mesmo que ainda na sala de parto, sendo conhecida como a hora sagrada. Nesse período, todas as rotinas devem ser adiadas,

devido à realização do contato pele a pele, que trará benefícios de estabilidade fisiológica para mãe-bebê, aumentando o comportamento de apego.

Com base no estudo de SILVA et al., 2023, onde é relatado as experiências de puérperas no contato pele a pele com o recém nascido na sala de parto, algumas mostram-se satisfeitas, porém sendo algo novo para as mesmas, sendo que durante o estudo do autor algumas puérperas enfatizam o momento como essencial e necessário para as demais. Com isso torna-se ainda mais claro e concretiza as falas nos demais estudos.

No estudo de SOUZA et al., 2020, é evidenciado por parte da equipe enfermagem que o contato pele a pele imediato e contínuo realizado entre a mãe e o bebê na primeira hora do pós-parto imediato, possui o objetivo de melhorar o período de adaptação do RN e da mãe na transição do espaço intra para o extrauterino, sendo confirmado mais uma vez a importância desse ato ainda na sala de parto, sendo ele normal ou cesariana. Relata ainda que o contato pele a pele entre o binômio mãe-filho proporciona vários benefícios, como formação do vínculo e adaptação fisiológica do RN, além de ser importante na transição do período do parto e nascimento.

Devidamente analisado um outro estudo de ABDALA et al., 2018, é relatado e citado que o contato pele a pele não acontece apenas em algumas situações específicas, como por exemplo a necessidade de uma reanimação neonatal, onde o RN não apresente reflexos e estímulos necessários, no entanto, após esse período, o RN retorna ao contato com a mãe até completar uma hora de vida, sendo separado novamente apenas em caso de intercorrência clínica, a pedido da família ou por algum motivo excepcional.

Ainda consegue-se aprimorar os conhecimentos e firmar as falar dos autores, baseando-se no estudo de BEZERRA et al., 2016, onde relata e identificar quais os benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido, ainda neste estudo é dito quanto a necessidade de mais estudos sobre esta temática, sendo necessários para chamar a atenção dos profissionais e instituições de saúde a adotar esta prática fácil; basta que alguém inicie a motivação, adaptando as condições da instituição, o que pode repercutir em benefícios propostos pela Organização Mundial de Saúde.

KOLOGESKI et al., 2017, em seu estudo, mostra a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional em relação ao contato pele a pele precoce da mãe com o bebê no momento do nascimento, no entanto mostra-se ainda com dificuldades esse ato, a depender da via de parto, como por exemplo, nas cesarianas, é notório a dificuldade da realização do contato pele a pele, sendo necessário nas primeiras horas de vida, não fazendo parte da rotina de alguns profissionais. É relatado ainda que no parto normal, sempre que possível realiza-se este ato, sendo essencial e com diversos benefícios para mãe e recém nascido.

Baseado no estudo de KREBS et al., 2021, relata que foi identificado as vantagens proporcionadas pelo contato pele a pele em diferentes momentos da internação hospitalar, bem como no desenvolvimento do recém-nascido, além dos diversos benefícios para a genitora, o que confirma nos demais estudos citados. De tal maneira, é possível perceber

que mesmo sendo uma prática segura, de baixo custo e de fácil aplicabilidade, o contato pele a pele ainda não é aplicado durante a primeira hora de vida na totalidade dos nascimentos nos serviços de saúde. Algumas exceções acabam que sendo motivos para tais, como por exemplo a via de parto, o modelo assistencial, bem como os profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes.

Geralmente, as parturientes depositam uma maior confiança no profissional de saúde que as acompanha no pré-natal e no parto, e por causa da maior vinculação entre eles, cabe aos mesmo oferecer orientações conforme as evidências científicas e mostrar os reais benefícios do contato pele a pele na sala de parto e nas primeiras horas de vida, isso, devidamente concluído e citado por AYRES et al., 2021.

É possível identificar através do estudo de MATOS et al., 2010, que existe uma importância da presença da equipe de enfermagem no momento em que a mulher se torna mãe, proporcionando mais segurança e liberdade para a mulher, e solicitar ajuda, sempre que necessário. Faz-se necessário uma equipe de enfermagem que seja apta e capacitada para realizar tais procedimentos, sendo que existem situações de urgência ainda na sala de parto, seja normal ou cesariana.

É notório que os estudos estão interligados e seguidos de uma mesma base de raciocínio, mostrando o quão é necessário e essencial a presença de profissionais habilitados para a realização do contato pele a pele, mesmo que seja um momento simples. Os autores enfatizam a importância deste momento tanto para a mãe como em especial para o recém nascido, mostrando diversos benefícios para ambos.

4 | CONCLUSÃO

Com base nos dados e nos estudos analisados, nota-se que diversos autores aponta os grandes benefícios para RN e genitora quando se trata de contato pele a pele, sendo este ainda realizado na sala de parto, seja ele parto normal ou cesárea.

Outro fator importante é em relação a assistência de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais capacitados e especializados. O profissional de enfermagem deve possuir habilidades e conhecimento técnico para oferecer um melhor atendimento e de maior qualidade, por isso a necessidade da realização de cursos ofertados nas maternidades, proporcionando conhecimentos baseados em evidências científicas, bem como os cuidados imediatos com o recém nascido na sala de parto, onde envolve o contato pele a pele.

Com o estudo, pode-se concluir que grande são os benefícios do contato pele a pele, bem como a amamentação antes do clampeamento do cordão umbilical. Tais benefícios são de extrema importância não apenas para o recém nascido, mas também para a puérpera, diminuindo a ansiedade, depressão e favorecendo a união entre os mesmos.

REFERÊNCIAS

ALLEN, J. et al. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: A cross-sectional electronic survey. **Midwifery**. v. 79, n. 102535, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido – guia para profissionais de saúde - cuidados gerais. **2ª edição:35**. 2012.

FERRARI, ANNA PAULA et al. Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879-888, 2020.

GULEROGLU, F.T.; MUCUK, S.; OZGURLUK, I. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on the involution process and maternal postpartum fatigue during the early postpartum period. **Women Health**. v. 60, n. 6, p. 707-18, 2019.

KOLOGESKI, T. K., STRAPASSON, M. R., SCHNEIDER, V. & RENOSTO, J. M. (2017). Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm**, 11(1), 94-101. 2017.

LEITE, A. M., CASTRAL, T. C., NASCIMENTO, L. C., DE SOUSA, M. I. & SCOCHI, C. G. S. (2015). Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra hepatite B. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 17(3), 319-32. 2015.

Marlin, Z., Jossane, D. S. D. S. & Stella, M. D. O. (2019). Contato pele a pele: Atuação da equipe de enfermagem na visão das puérperas. **Revista Multidisciplinar**. 10(2), 2595-8402. 2019.

SANTOS, LUCIANO M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós- parto como um ato mecânico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.

SAFARI, K. et al. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor.

Int Breastfeed J. v. 13, n. 32, p. 13-32, 2018.

SILVA C.M, AMARAL GB, TORIYAMA ATM, CARMONA EV, MARTINS EL. Experiências de puérperas no contato pele a pele com recém-nascido na primeira hora pós-parto. **Rev baiana enferm**. 37:e48465. 2023.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reanimação do recém-nascido maior de 34 semanas em sala de parto**. 2016.

Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **Acta Paediatr**. 108:1192–204. 2019.

World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised. **Baby-friendly Hospital Initiative**. Geneva; 2018

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO DE HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Data de submissão: 03/02/2025

Data de aceite: 03/02/2025

Maria Luna Senra Silvera

<http://lattes.cnpq.br/6978600102967023>

Carolina Barbosa Ferreira

<http://lattes.cnpq.br/3473410729704630>

Caryne Margotto Bertollo

<http://lattes.cnpq.br/4162378715512598>

Waleska Jaclyn Freitas Nunes de Souza

<http://lattes.cnpq.br/6133472603488377>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

RESUMO: A hemostasia resulta do equilíbrio entre fatores pró e anticoagulantes, que atuam na formação e degradação de coágulos para proteger o sistema circulatório. No entanto, condições patológicas podem gerar trombos e êmbolos, obstruindo vasos, comprometendo a perfusão tecidual e causando isquemias e infartos. A gravidade desses eventos depende da extensão da obstrução e da área afetada. A terapia anticoagulante é fundamental para prevenir complicações tromboembólicas decorrentes

de condições clínicas que aumentam o risco de sua ocorrência. A varfarina é o principal anticoagulante oral utilizado no Brasil. O manejo da varfarina requer individualização da dose, monitoramento contínuo por meio da Relação Normalizada Internacional (RNI) e manejo de interações medicamentosas e alimentares, além de boa adesão ao tratamento. O presente estudo teve como objetivo caracterizar os perfis sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico de pacientes em uso de varfarina atendidos no Ambulatório de Anticoagulação do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). Trata-se de um estudo observacional, descritivo. Dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas e análise de prontuários, abrangendo informações sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas. Foram caracterizados 212 participantes com predominância de mulheres (58,5%), pacientes com 60 anos ou mais (58,0%), que não concluíram o ensino médio (55,6%), em uso de múltiplos medicamentos (55,3%) e com comorbidades (58,5% com três ou mais). Observou-se que uma parcela significativa dos pacientes apresentava tempo em faixa terapêutica (TTR) inferior a 60%, indicando

dificuldades no controle da anticoagulação. Os achados sugerem que o perfil identificado pode estar associado a desafios importantes na adesão e no manejo da terapia com varfarina. Fatores como comorbidades, polifarmácia e lacunas na educação em saúde comprometem a efetividade do tratamento. Intervenções personalizadas, que considerem as características sociodemográficas, clínicas e farmacoterapêuticas dos pacientes, são indispensáveis para melhorar os desfechos terapêuticos. Além disso, estratégias de educação em saúde podem contribuir para o empoderamento do paciente, favorecendo a adesão ao tratamento e a segurança terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Varfarina; anticoagulação; monitorização do paciente; planejamento de assistência ao paciente; educação em saúde.

CHARACTERIZATION OF PATIENTS USING WARFARIN TREATED AT THE ANTICOAGULATION OUTPATIENT CLINIC OF A PUBLIC TEACHING HOSPITAL

ABSTRACT: Hemostasis results from the balance between pro- and anticoagulant factors, which act in the formation and degradation of clots to protect the circulatory system. However, pathological conditions can generate thrombi and emboli, obstructing vessels, compromising tissue perfusion and causing ischemia and infarction. The severity of these events depends on the extent of the obstruction and the affected area. Anticoagulant therapy is essential to prevent thromboembolic complications resulting from clinical conditions that increase the risk of their occurrence. Warfarin is the main oral anticoagulant used in Brazil. Warfarin management requires individualization of the dose, continuous monitoring through the International Normalized Ratio (INR) and management of drug and food interactions, in addition to good adherence to treatment. The present study aimed to characterize the sociodemographic, clinical and pharmacotherapeutic profiles of patients using warfarin treated at the Anticoagulation Outpatient Clinic of Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). This is an observational, descriptive study. Data were collected through structured interviews and analysis of medical records, covering sociodemographic, clinical and pharmacotherapeutic information. A total of 212 participants were characterized, with a predominance of women (58.5%), patients aged 60 years or older (58.0%), who did not complete high school (55.6%), using multiple medications (55.3%) and with comorbidities (58.5% with three or more). It was observed that a significant portion of the patients had time in therapeutic range (TTR) of less than 60%, indicating difficulties in controlling anticoagulation. The findings suggest that the identified profile may be associated with significant challenges in adherence to and management of warfarin therapy. Factors such as comorbidities, polypharmacy and gaps in health education compromise the effectiveness of treatment. Personalized interventions, which consider the sociodemographic, clinical and pharmacotherapeutic characteristics of patients, are essential to improve therapeutic outcomes. In addition, health education strategies can contribute to patient empowerment, favoring adherence to treatment and therapeutic safety.

KEYWORDS: Warfarin; anticoagulation; patient monitoring; patient care planning; health education.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema de coagulação é um mecanismo complexo que protege o sistema circulatório ao evitar, formar e degradar coágulos. A formação de coágulos, mediada pelos fatores pró-coagulantes, é responsável por prevenir a perda de sangue decorrente de lesões vasculares. O coágulo formado não deve obstruir o vaso sanguíneo nem prejudicar o fluxo de sangue da região. Portanto, a degradação do coágulo em tempo adequado é controlada por diversos agentes reguladores da coagulação, incluindo fatores anticoagulantes que também evitam a formação em número, tamanho ou locais desnecessários (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

Enquanto a hemorragia constitui a perda de sangue, os eventos tromboembólicos consistem na ocorrência de um processo patológico onde há formação de um tampão hemostático sem que haja dano vascular ou sangramento (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020). Os trombos e êmbolos (trombos circulantes na corrente sanguínea) formados podem obstruir diversos vasos prejudicando a oferta de oxigênio e nutrientes, o que pode resultar em isquemias e infartos. A gravidade e extensão das consequências causadas por eventos tromboembólicos dependem dos vasos obstruídos, do grau de obstrução e da área afetada. Os trombos e êmbolos podem se alojar em artérias e órgãos como coração, pulmões, cérebro e rins podendo causar embolias, acidentes vasculares, infarto agudo do miocárdio (IAM), coagulação intravascular disseminada (CID), além de outras consequências graves e/ou morte (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

Diversas condições clínicas podem interferir na hemostasia ao afetar o equilíbrio entre fatores pró e anticoagulantes podendo favorecer a ocorrência de hemorragias ou eventos tromboembólicos (HALL; GUYTON, 2011). Em quadros clínicos que favorecem tromboembolismo é necessário o retardo do processo de coagulação, visando prevenir este desfecho. Tal objetivo é alcançado por meio da utilização adequada de fármacos anticoagulantes. As principais indicações para anticoagulação são fibrilação atrial (FA), IAM, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fatores de risco para tromboembolismo, valvulopatias e tromboembolismo venoso (TEV) (HALL; GUYTON, 2011; PBH, 2020).

Dada a importância da manutenção da hemostasia, é essencial a utilização de terapias anticoagulantes em pacientes com risco de ocorrência de eventos tromboembólicos para prevenir a ocorrência de eventos adversos. Os fármacos anticoagulantes podem ser parenterais, heparinas e seus derivados, ou orais, varfarina e os anticoagulantes de ação direta. A ação anticoagulante das heparinas se dá por meio do favorecimento da ligação de antitrombina à trombina e a inibição dos fatores de coagulação II e X. (HALL; GUYTON, 2011; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012). A varfarina interfere na ação da vitamina K como cofator de ativação de fatores da coagulação, produzindo fatores inativos (HALL; GUYTON, 2011). Já os inibidores diretos se ligam diretamente à trombina ou ao fator X (RANG *et al.*, 2016).

A varfarina é o principal anticoagulante oral utilizado, sobretudo a nível ambulatorial, por possuir múltiplas indicações, baixo custo e eficácia na prevenção de tromboembolismo. Contudo, por se tratar de um fármaco de dose altamente variável e baixo índice terapêutico, exige monitorização do tratamento e individualização da dose (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020). O efeito terapêutico da varfarina é influenciado por diversos fatores, sobretudo a interação com medicamentos e com alimentos, o que somado à alta variabilidade da dose-resposta resulta na necessidade de monitorização laboratorial periódica (PBH, 2020).

A efetividade e segurança da varfarina são monitorados a partir da realização de exames de sangue para determinação da Relação Normalizada Internacional (RNI). A faixa de RNI-alvo mais comum é de 2,00 a 3,00 para a maioria das indicações. O resultado de RNI é calculado a partir do tempo de protrombina, atuando como parâmetro para indicar se o efeito da varfarina está no intervalo desejado. Valores de RNI acima do alvo indicam que o paciente apresenta risco aumentado de sangramento e, portanto, a dose de varfarina deve ser reduzida, enquanto valores de RNI abaixo do alvo indicam risco de evento tromboembólico e necessidade de aumento da dose de varfarina e/ou ajuste de parâmetros que podem estar interagindo com o medicamento, como outros fármacos, alimentos e adesão. Desse modo, este exame deve ser realizado periodicamente para monitoramento e ajuste de dose quando necessário (HALL; GUYTON, 2011).

Time in therapeutic range, tempo na faixa terapêutica (TTR), consiste em um indicador utilizado a fim de avaliar a qualidade do controle da anticoagulação, sendo calculado a partir de pelo menos duas medidas de RNI subseqüentes (ROSENDAAL, 1993). Segundo a literatura, pacientes com TTR>60% apresentam menor risco de sangramentos e eventos tromboembólicos, incluindo a ocorrência de eventos como IAM, acidente vascular cerebral (AVC) e morte (MARTINS, 2023; MENICHELLI *et al.*, 2021).

Outro fator determinante para o bom manejo do tratamento anticoagulante oral com varfarina é a adesão do paciente. Dentre as intervenções com potencial para melhorar a adesão destacam-se as medidas educativas. Educação em saúde consiste no conjunto de habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e capacidade de indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar informações de maneiras que promovam e mantenham boa saúde (OMS,1998). Sua promoção contribui para o aumento dos conhecimentos do paciente sobre sua condição clínica e tratamento, melhora da adesão à farmacoterapia, favorece mudanças comportamentais e promove autoconfiança. O empoderamento do paciente contribui para uma participação mais ativa no manejo de sua condição clínica e na tomada de decisões para promover autocuidado. Consequentemente, os pacientes tendem a apresentar menos complicações clínicas e melhor controle de doenças crônicas (BARBOSA, 2019; BARTOLAZZI *et al.*, 2021).

A implementação de intervenções voltadas para o empoderamento do paciente exige que os profissionais da saúde sejam capazes de selecionar estratégias que contribuam e atendam às necessidades de cada paciente de forma individualizada. Para isso é

necessário conhecer a realidade do paciente, incluindo seus valores culturais, seu acesso à saúde, suas condições sociodemográfica, econômica e clínica e sua educação em saúde. Neste cenário, a participação de uma equipe multiprofissional, incluindo a atuação de farmacêuticos, tendem a exercer grande impacto, pois fornece uma visão e compreensão mais completa do cuidado ao paciente (BARBOSA, 2019; MARTINS, 2017).

A varfarina é o principal fármaco utilizado na terapia anticoagulante em pacientes com risco de tromboembolismo. Trata-se do único anticoagulante oral presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, portanto, amplamente distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Contudo, o tratamento com varfarina apresenta particularidades requerendo monitoramento e impactando na adesão e manejo do tratamento.

Nesse contexto, o presente trabalho buscou caracterizar pacientes em uso de varfarina por meio da coleta de dados sociodemográficos, clínicos e farmacoterapêuticos. Essa abordagem busca compreender melhor a realidade dos pacientes, aspecto essencial para o delineamento de perfis capazes de orientar o desenvolvimento de planos de cuidado personalizados.

2 | OBJETIVO

Realizar a caracterização sociodemográfica, clínica e farmacoterapêutica de pacientes em uso de varfarina atendidos no ambulatório de anticoagulação de um hospital público de ensino.

3 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Coagulação sanguínea

A hemostasia é a interrupção do sangramento quando um vaso sanguíneo é danificado, envolvendo uma série de fenômenos desencadeados pela lesão, visando deter a hemorragia (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012). Na hemostasia, a lesão vascular desencadeia um processo de vasoconstricção e formação de tampão hemostático, seguido por um coágulo sanguíneo e, por fim, o crescimento de um tecido fibroso para fechamento da lesão no vaso sanguíneo (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

A lesão na parede do vaso dá início ao processo de coagulação ao recrutar e ativar plaquetas, que se aderem ao vaso lesionado, recrutando e ativando novas plaquetas que se agregam formando um tampão hemostático (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012). A coagulação sanguínea consiste em uma série de reações químicas cujo resultado principal é a conversão de fibrinogênio em fibrina por meio da ação da trombina. A trombina resultante é responsável por formar uma rede de fibras que reforça o tampão hemostático

formado pelas plaquetas (HALL; GUYTON, 2011; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

A cascata de coagulação é assim denominada pois diversas enzimas proteolíticas e cofatores, denominados fatores da coagulação, estão envolvidos no processo de formação do coágulo. A ativação de cada fator estimula a formação e ativação de outro de forma sucessiva atuando como mecanismo de amplificação, razão pela qual o processo de coagulação pode ser dividido em três fases: iniciação, amplificação e propagação (RANG *et al.*, 2016).

O processo de coagulação pode ser dividido em duas vias: intrínseca e extrínseca. Na via intrínseca, denominada via de contato, todos os componentes se encontram no sangue. Já na via extrínseca, há a presença de componentes ausentes do sangue, como a proteína subendotelial denominada fator tecidual (FT). Contudo, em ambas as vias há ativação do fator X, a conversão da protrombina (fator II) em trombina (fator IIa), a formação de fibrina e a estabilização da fibra de fibrina (RANG *et al.*, 2016).

Todos os fatores da coagulação exercem papéis importantes para que a cascata da coagulação seja ativada de maneira adequada e o coágulo possa ser formado, contudo, destacam-se os fatores II e X. O fator X é denominado ativador de protrombina, pois quando ativado (Xa) é responsável pela conversão de protrombina (fator II) em trombina (IIa), sendo sua formação considerada o fator limitador da coagulação (HALL; GUYTON, 2011). Já a protrombina é uma proteína plasmática que inicialmente se fixa nas plaquetas presentes na lesão do vaso. Após sua ativação pelo fator Xa, a trombina formada cliva as moléculas de plasminogênio formando monômeros de fibrina que formam fibras responsáveis por estabilizar o tampão plaquetário hemostático formando assim o coágulo sanguíneo (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

A coagulação sanguínea depende do equilíbrio da ação de fatores pró e anticoagulantes para que possa ocorrer de maneira adequada, de modo que quando há um desequilíbrio entre esses fatores pode haver a ocorrência de sangramentos ou de eventos tromboembólicos (HALL; GUYTON, 2011). Alguns eventos podem resultar em desequilíbrios da coagulação, como o uso excessivo de terapia anticoagulante oral e a deficiência de vitamina K, um importante cofator da produção de alguns fatores da coagulação (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

3.1.1 Vitamina K

A vitamina K é um importante cofator dos fatores da coagulação II, VII, IX e X, de modo que, se ausente o impacto nestes fatores afeta toda a cascata da coagulação. Isso pode resultar em consequências hemostáticas, como a ocorrência de sangramentos significativos (HALL; GUYTON, 2011).

Essa vitamina é obtida a partir da dieta e é sintetizada por bactérias no trato intestinal,

sendo esta última sua principal fonte de obtenção. Na dieta, encontra-se presente sobretudo em verduras de cor verde escura. A vitamina K é uma vitamina lipossolúvel, razão pela qual é absorvida juntamente com outros lipídeos por meio da ação com a bile. Desse modo, em situações em que a absorção de lipídeos esteja prejudicada a vitamina não é adequadamente absorvida. Os principais quadros que podem resultar na deficiência de vitamina K devido a não absorção são condições que apresentam doenças gastrointestinais com distúrbios de absorção de lipídeos e/ou problemas hepáticos de secreção da bile (HALL; GUYTON, 2011).

3.2 Processos tromboembólicos

A trombose é a formação de um tampão hemostático sem que haja dano vascular ou sangramento, consistindo em um processo patológico onde os mecanismos hemostáticos não são efetivos. A base fisiopatológica para a ocorrência de trombose venosa é caracterizada pela tríade de Virchow, composta por: lesão da parede vascular, alteração do fluxo sanguíneo ou estase venosa e hipercoagulabilidade do sangue. Tais fatores podem ser causados, entre outras razões, pelo rompimento de placas ateroscleróticas, turbilhonamento do sangue devido à FA e trombofilias, respectivamente (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020).

De maneira geral, situações que podem causar eventos tromboembólicos, na presença de trombina e fatores pró-coagulantes são: superfície endotelial irregular devido a trauma ou processos infecciosos, bloqueio de vasos sanguíneos e fluxo sanguíneo lento. Além disso, fatores pró-trombóticos estão relacionados à adesão de plaquetas, à cascata da coagulação e à estabilização do coágulo (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

Os trombos são coágulos anormais desenvolvidos na luz do vaso sanguíneo, podendo ser arteriais ou venosos. O fluxo sanguíneo contínuo passa pelo coágulo formado podendo desafixá-lo da parede vascular. Quando um trombo se solta da parede vascular e permanece na circulação sanguínea é denominado êmbolo. Os êmbolos venosos formados no lado direito do coração estão mais associados à estase sanguínea e são capazes de se alojarem no coração e pulmão podendo causar embolia arterial pulmonar. Por outro lado, os êmbolos do lado esquerdo do coração ou das artérias podem se alojar em artérias do cérebro, rins e outros órgãos podendo causar acidentes vasculares e consequências graves (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

Os trombos e êmbolos podem gerar obstrução de vasos diversos, de veias periféricas a grandes artérias, reduzindo significativamente a oferta de oxigênio e nutrientes, podendo causar isquemias e infartos. A gravidade e extensão das consequências causadas por eventos tromboembólicos dependem dos vasos obstruídos, do grau de obstrução e da área afetada. Eventos tromboembólicos são capazes de gerar consequências graves e/ou morte como trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), IAM, AVC, CID

e embolia pulmonar maciça (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

Os principais fatores predisponentes ao TEV consistem no repouso e imobilidade prolongados, insuficiência venosa periférica, traumas e cirurgias, neoplasias, doenças inflamatórias e infecções, gestação, trombofilias, aumento da idade, obesidade e tabagismo, entre outros. Em específico, as trombofilias são condições genéticas, hereditárias ou não, com alterações na fisiologia da coagulação que resultam em uma maior predisposição à ocorrência de eventos tromboembólicos (PBH, 2020).

3.3 Anticoagulação

Em quadros fisiológicos onde os vasos sanguíneos não estão lesionados não há ativação plaquetária nem da cascata da coagulação. Isso ocorre, pois, a maioria dos fatores de coagulação se encontram fisiologicamente em sua forma inativa, sendo ativados na presença de um estímulo, como um trauma. Além disso, existem diversos aspectos reguladores da coagulação, como a fibrinólise e inibidores enzimáticos como a antitrombina III (RANG *et al.*, 2016).

A antitrombina III é uma proteína plasmática que consiste em um dos principais fatores anticoagulantes, pois se liga à trombina impedindo seu efeito sobre o fibrinogênio, inibe enzimas da coagulação das vias intrínseca e extrínseca e regula as fases de amplificação e propagação da coagulação. Outro agente anticoagulante responsável pela remoção de trombina são as fibras de fibrina que adsorvem protrombina, evitando assim o crescimento desregulado do coágulo (HALL; GUYTON, 2011; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

A heparina é um polissacarídeo fisiológico que não exerce ação anticoagulante relevante por si só, mas quando ligado à antitrombina potencializa significativamente seu efeito, intensificando a remoção de trombina. Devido a isso, trombina é rapidamente removida na presença de altos níveis de heparina. Adicionalmente, o complexo heparina-antitrombina remove outros fatores da coagulação, apresentando ação anticoagulante mais intensa (HALL; GUYTON, 2011).

3.4 Fármacos anticoagulantes

Quadros clínicos que apresentem condições que podem favorecer a ocorrência de eventos tromboembólicos consistem nas principais indicações para anticoagulação. Dentre eles estão a FA, miocardiopatia chagásica, IAM, ICC, valvulopatias e TEV (PBH, 2020). Nesses quadros é necessário o retardo do processo de coagulação, que pode ser obtido por meio da utilização adequada de anticoagulantes (HALL; GUYTON, 2011).

Os principais anticoagulantes parenterais são as heparinas e seus derivados. Essa classe de fármacos é formada por heparina não fracionada (HNF), ou simplesmente heparina, heparinas de baixo peso molecular (HBPM) e fondaparinux. Estes fármacos não

têm ação anticoagulante própria, atuando como catalisadores, se ligando à antitrombina e estimulando sua ligação à trombina e a inibição de fatores de coagulação, favorecendo o processo de anticoagulação (HALL; GUYTON, 2011; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

Os principais efeitos adversos das heparinas e seus derivados são hemorragias e trombose devido à interferência no processo de coagulação, pela hiperanticoagulação ou hipoanticoagulação, respectivamente. Destaca-se o impacto na agregação plaquetária e favorecimento de sangramentos, quando utilizadas altas doses de heparina. As heparinas são muito utilizadas a nível hospitalar, incluindo administração concomitante com inibidores da vitamina K, como a varfarina, até que o efeito terapêutico se inicie (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

3.4.1 Anticoagulantes orais

Os anticoagulantes orais mais utilizados podem ser divididos em dois grupos: os derivados cumarínicos ou inibidores da vitamina K, que tem como principal representante a varfarina, e os anticoagulantes de ação direta, ou hirudinas, que englobam a rivaroxabana, apixabana e dabigatrana (HALL; GUYTON, 2011; RANG *et al.*, 2016).

A varfarina reduz a disponibilidade da forma ativa da vitamina K, prejudicando sua atuação como cofator na ativação dos fatores da coagulação, resultando em fatores inativos. Sua ação não é imediata, sendo necessários alguns dias para que os fatores de coagulação ativados sejam degradados e substituídos por fatores inativos e o efeito terapêutico se estabeleça (HALL; GUYTON, 2011).

Os inibidores diretos atuam por meio da ligação direta à trombina, como os fármacos rivaroxabana e apixabana, ou ao fator Xa, como a dabigatrana. Esses fármacos possuem rápido início de ação, efeitos previsíveis e não exigem monitorização laboratorial. Contudo, devido a seu curto tempo de meia-vida a adesão é um fator imprescindível, já que a omissão de poucas doses pode prejudicar o efeito anticoagulante e resultar em eventos tromboembólicos (RANG *et al.*, 2016).

3.5 Varfarina

A varfarina é o principal anticoagulante oral utilizado a nível ambulatorial devido a sua ampla gama de indicações, baixo custo e eficácia na prevenção de tromboembolismos primário e secundário. Trata-se de um fármaco de dose-resposta amplamente variável, e baixo índice terapêutico, apresentando uma margem de segurança estreita. Dessa forma, assim como outros inibidores da vitamina K, exige realização periódica de exames hematológicos para monitorização da efetividade e segurança e individualização da dose (RANG *et al.*, 2016; LEITE, *et al.*, 2018; PBH, 2020).

A varfarina atua por meio de um mecanismo de inibição competitiva onde se

liga à vitamina K impossibilitando que participe das reações de ativação dos fatores da coagulação. Essa modulação das enzimas dependentes de vitamina K resulta em fatores inativados ou parcialmente ativos. Devido a isso, é necessário que os fatores da coagulação previamente ativados sejam degradados e os fatores inativados atinjam a circulação para que o efeito terapêutico se inicie. Sendo assim, a varfarina consiste em um anticoagulante indireto, pois tem impacto sobre os fatores da coagulação dependentes da vitamina e seu efeito terapêutico está diretamente associado ao tempo de meia-vida destes fatores (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020).

Contudo, a inibição da ativação de fatores da coagulação não afeta apenas os fatores pró-coagulantes, mas também alguns anticoagulantes. Por essa razão, durante o início do tratamento com varfarina pode ocorrer um efeito pró-coagulante temporário, razão pela qual realiza-se o uso concomitante de uma heparina (geralmente enoxaparina) para assegurar o efeito anticoagulante durante esse período, medida comumente conhecida como “ponte de enoxaparina” (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020).

A varfarina é o principal fármaco utilizado na terapia anticoagulante em pacientes com risco de ocorrência de eventos tromboembólicos no Brasil. Trata-se do único anticoagulante oral presente na Relação nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, portanto, amplamente utilizado no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). A varfarina é facilmente absorvida no intestino e tem alta biodisponibilidade, aspectos que embasam sua utilização por via oral. Além disso, é uma mistura racêmica onde o enantiômero S possui maior atividade que o R, apresenta altos níveis de ligação à albumina plasmática, é metabolizada pelas enzimas do CYP2C9 e possui excreção renal (RANG *et al.*, 2016; PBH, 2020).

Seu efeito terapêutico é influenciado por uma ampla gama de fatores, entre eles a variação genética, presença de comorbidades, interação com medicamentos, alimentos e plantas medicinais (LEITE, *et al.*, 2018; PBH, 2020). Sua ação é afetada por fármacos que deslocam a ligação da varfarina com a albumina, como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), e inibidores das enzimas do CYP que aumentam a concentração plasmática de varfarina e consequentemente seu efeito. Por outro lado, fármacos indutores do CYP ou da síntese de fatores da coagulação assim como maior consumo de vitamina K reduzem o efeito anticoagulante da varfarina (RANG *et al.*, 2016).

O principal efeito adverso da varfarina, assim como de outros anticoagulantes, é a hemorragia. O risco anual de sangramento da varfarina é de 2 a 4%, sendo intensificado na presença dos fatores: maior idade, históricos de sangramentos, hipertensão arterial, doença renal ou hepática, trauma ou cirurgia, consumo excessivo de álcool, quedas frequentes, uso regular de AINEs e uso concomitante de antiplaquetários como o ácido acetilsalicílico (AAS). Outros eventos adversos mais raros que podem decorrer do uso de varfarina são a síndrome do dedo azul e embolias periféricas, nefropatia e a necrose de pele secundária à trombose de vênulas e capilares na gordura subcutânea (PBH, 2020).

O risco de sangramento, por si só não é razão para a contra-indicação da varfarina, sendo necessário avaliar o risco-benefício do uso deste anticoagulante em quadros em que o risco de hemorragia é aumentado e/ou há ocorrência de sangramentos significativos frequentemente. Neste contexto, algumas situações que caracterizam a contra-indicação da varfarina são sangramentos ativos, gestação, eclâmpsia e pré-eclâmpsia, cirurgias neurológicas ou de grande porte e alergia à varfarina. Adicionalmente, a presença de doença renal crônica em pacientes que realizam diálise não é contra-indicação para o uso de varfarina, uma vez que basta que a dose do medicamento seja ajustada (PBH, 2020).

3.5.1 *Relação Normalizada Internacional (RNI)*

A efetividade e segurança da varfarina são monitoradas a partir da realização frequente de exames de sangue para determinação do tempo de protrombina ativado, conhecido como RNI. O tempo de protrombina indica a concentração de protrombina no sangue, principal parâmetro para determinação do tempo necessário para coagulação. Fisiologicamente o valor de RNI se encontra em torno de 0,90 a 1,30, entretanto, os pacientes tratados com varfarina possuem intervalo de RNI alvo segundo a indicação de tromboprolifaxia, podendo ser de 2,00 a 3,00 ou de 2,50 a 3,50 quando há necessidade de anticoagulação mais intensa (HALL; GUYTON, 2011).

Os resultados de RNI norteiam os ajustes na dose semanal da varfarina para alcançar a meta terapêutica, reduzindo o risco de eventos tromboembólicos e sangramentos. Dessa forma, a realização de exames periódicos é necessária para guiar o acompanhamento e controle farmacoterapêutico (MARTINS, 2023; BARTOLAZZI *et al.*, 2021).

3.6 Manejo de anticoagulação oral ambulatorial

Para a instituição da terapia anticoagulante é necessária a avaliação prévia dos riscos de tromboembolismo e de hemorragia. Isso torna o tratamento mais seguro, uma vez que esses aspectos são considerados nos ajustes de dose, acompanhamento farmacoterápico e necessidade de medidas específicas. Dois exemplos de escores de risco são o CHA₂DS₂-Vasc para avaliação do risco tromboembólico e o HAS-BLED, que avalia o risco de sangramento (PBH, 2020; MAGALHÃES, 2016).

O escore CHA₂DS₂-Vasc é utilizado para avaliação do risco tromboembólico em pacientes com FA não-valvar, que apresenta como parâmetros avaliados ICC, HAS, idade (superior a 65 anos e superior a 75anos), diabetes, histórico de AVC, doença vascular e sexo. Já o HAS-BLED identifica pacientes com risco de hemorragia por meio da análise de aspectos clínicos relacionados, considerando HAS, alteração das funções renal e/ou hepática, AVC, sangramento prévio, labilidade de RNI, idade acima de 65 anos e uso de drogas e/ou álcool (MAGALHÃES, 2016).

O TTR é utilizado na avaliação da qualidade do controle da anticoagulação oral,

uma vez que é estabelecido na literatura que TTR >60% confere melhores resultados no tratamento com varfarina, incluindo menor risco de sangramentos e eventos tromboembólicos, incluindo a ocorrência de IAM, AVC e morte (MARTINS, 2023; MENICHELLI *et al.*, 2021).

O acompanhamento ambulatorial tem se mostrado uma forma eficiente de monitoramento de RNI, e manejo de terapia anticoagulante com varfarina. Isso ocorre devido ao acompanhamento com profissionais de saúde, consultas frequentes e educação em saúde do paciente (MARTINS, 2023). A eficiência das condutas e manejo realizados por ambulatórios de anticoagulação foi observada por meio do impacto que exercem nos valores de TTR >60%, como visto por MARTINS *et al.* (2023).

3.7 Educação em saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) educação em saúde consiste no conjunto de habilidades sociais e cognitivas que influenciam a motivação e capacidade de indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações de forma a promover e manter a boa saúde. Resulta em um nível de conhecimento, confiança e habilidade de tomar decisões e agir para promover a saúde pessoal e da comunidade ao modificar condições e hábitos de vida. Dessa forma, educação em saúde contribui para o empoderamento das pessoas ao melhorar não apenas o acesso, mas também o senso crítico e a capacidade de utilizar as informações de saúde (OMS, 1998).

A educação em saúde consiste em um conjunto de práticas que buscam promover a autonomia das pessoas no seu próprio cuidado, incluindo seu envolvimento e troca de informações com os profissionais da saúde, tornando-as capazes de opinar e propor decisões a respeito de sua saúde (BARBOSA, 2019; FALKENBERG *et al.*, 2014).

A educação em saúde é ferramenta essencial para o entendimento do quadro clínico apresentado pelo paciente, além de contribuir para a tomada de decisões críticas e fundamentadas relacionada à sua própria saúde e tem papel importante no empoderamento dos indivíduos (MARTINS, 2017). A promoção de educação em saúde contribui para o aumento dos conhecimentos acerca da condição clínica e tratamento, melhora adesão à farmacoterapia, facilita mudanças comportamentais e promove autoconfiança. Consequentemente, os pacientes apresentam menos complicações clínicas e melhor controle de doenças (BARBOSA, 2019; BARTOLAZZI *et al.*, 2021).

É dependente de diversos fatores, entre eles o nível educacional, que além de afetar a capacidade de leitura e compreensão básica de informações de saúde, pode limitar o desenvolvimento social, cultural e pessoal (OMS, 1998). A identificação e compreensão da realidade sociodemográfica e clínica dos pacientes são outros fatores que podem impactar na educação em saúde (MARTINS, 2017).

3.8 Empoderamento e intervenções focadas no paciente

Segundo a OMS o empoderamento do paciente na promoção à saúde consiste em um processo por meio do qual as pessoas adquirem controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde. O empoderamento em saúde se refere à habilidade de tomar decisões e ter controle sobre sua vida pessoal, assim como a capacidade de expressar necessidades e preocupações e influenciar condições e ambientes físicos, sociais e econômicos que impactam na saúde (OMS, 1998).

Além de ser um caminho para mudança comportamental, o empoderamento do paciente contribui para uma participação mais ativa no manejo de sua condição clínica e na tomada de decisões para promover autocuidado. Isso promove o reconhecimento de sua responsabilidade nas escolhas e consequências relacionadas à saúde, resultando em maior senso de controle, práticas de autocuidado, mudanças comportamentais e melhores desfechos clínicos (BARBOSA, 2019).

Doenças crônicas, por exigirem o uso contínuo de medicamentos e mudanças no estilo de vida, demandam a consideração de diversos fatores que impactam o acompanhamento e tratamento. Entre eles, destaca-se a importância das ações do próprio paciente. O autocuidado é um aspecto essencial, pois abrange a identificação e tratamento de sintomas, mudanças de hábitos, adesão ao tratamento, resolução de problemas e decisões que impactam diretamente a evolução e o monitoramento da doença (BARBOSA, 2019).

Os pacientes são os principais atores nas decisões sobre seu cuidado e escolhas de vida, sendo essencial sua compreensão do impacto de suas preferências, assim como suas opções e consequências ao tomar decisões de saúde. Ao decidir aspectos de sua saúde conjuntamente com os profissionais, o paciente opina, contribui e assume responsabilidade pelo seu plano de cuidado. Trata-se de um processo dependente da comunicação entre as partes envolvidas e do nível de compreensão e envolvimento do paciente com seu quadro clínico (BARBOSA, 2019).

Os aspectos psicológico e social também devem ser considerados durante o processo de conhecimento do paciente e delineamento de um plano de intervenções personalizado. O estado mental do indivíduo tem grande impacto na forma como ele lida com sua saúde, influenciando significativamente suas atitudes e motivação por buscar melhorar sua saúde. Sendo assim, o apoio e contato com familiares, amigos e pessoas em situações similares têm um impacto positivo no empoderamento e envolvimento do paciente. Além disso, o contato com outros pacientes com o mesmo diagnóstico, que enfrentam os mesmos desafios e compartilham experiências similares possibilita o apoio de mudanças comportamentais e uma melhor aceitação de sua condição, fomentando assim a promoção de saúde (BARBOSA, 2019).

De maneira geral, intervenções que promovem o empoderamento e incentivam a

maior participação do paciente no manejo de sua própria saúde desencadeiam melhores desfechos na saúde dos pacientes (BARBOSA, 2019; BARTOLAZZI *et al.*, 2021). Contudo, para que tais intervenções possam ser implementadas é necessário que os profissionais da saúde envolvidos no tratamento conheçam as diferentes intervenções, de modo a selecionar aquelas capazes de contribuir e auxiliar cada paciente individualmente. Para isso é necessário conhecer o paciente afim de identificar e compreender suas dificuldades e objetivos no que diz respeito ao cuidado de sua saúde. Além disso, a participação de uma equipe multiprofissional tem potencial de exercer maior impacto, pois fornece uma visão e compreensão mais completa do cuidado ao paciente. (BARBOSA, 2019).

Existem diversas intervenções que podem ser realizadas isoladamente ou em conjunto para promover o empoderamento do paciente. Também pode-se mencionar a utilização de tecnologias para fins de atendimento e/ou educação a distância. Contudo, o impacto e a efetividade de cada intervenção dependem das características individuais e das circunstâncias específicas de cada paciente. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam adequadamente capacitados para promover a educação em saúde, fornecendo informações de maneira acessível e efetiva. Além disso, os procedimentos devem ser padronizados, sistematizados e documentados, considerando a realidade do paciente, incluindo seus valores culturais, acesso aos serviços de saúde, condições sociodemográficas, econômicas e clínicas, bem como seu nível de alfabetização em saúde (MARTINS, 2017; BARBOSA, 2019; BARTOLAZZI *et al.*, 2021).

4 | MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo aninhado ao projeto de mestrado intitulado “Validação psicométrica de um instrumento para avaliação da adesão à farmacoterapia com varfarina”. Tal projeto consiste em um estudo metodológico com abordagem psicométrica para validação do “Instrumento para avaliação da adesão à terapia com varfarina”, que foi elaborado para avaliar a adesão, considerando o uso do medicamento e outros aspectos que impactam o tratamento com varfarina (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; VIANNA, 2022). No presente estudo serão apresentados dados para a caracterização do perfil sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico dos participantes.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Anticoagulação do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), referência do SUS para a Região Norte de Belo Horizonte (MG) e região metropolitana, para o atendimento de pacientes em uso de varfarina. O HRTN consiste em um hospital portas abertas, 100% SUS que acolhe mais de 1,5 milhão de

pessoas, atendendo demandas de cuidado clínico, cirúrgico, intensivo e materno-infantil.

O Ambulatório de Anticoagulação atende cerca de 800 pacientes, sendo eles egressos da própria instituição ou referenciados pela rede de cuidados à saúde do estado de Minas Gerais. O acompanhamento periódico é realizado pelos profissionais do hospital, de acordo com as necessidades de cada paciente.

4.3 Participantes

Os participantes foram recrutados no referido serviço para participação do estudo original. O total de 212 indivíduos corresponde ao mínimo recomendado para a validação fatorial do instrumento, 10 indivíduos para cada item do instrumento, uma vez que o “Instrumento para avaliação da adesão à terapia com varfarina” possui 21 itens (STREINER; NORMAN, 1989).

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos, tratamento com varfarina por pelo menos seis meses, estar em acompanhamento no referido ambulatório do estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com os participantes para aplicação do questionário desenvolvido, as perguntas foram lidas e as respostas transcritas. A aplicação do questionário foi realizada enquanto os pacientes aguardavam por atendimento na sala de espera do serviço.

Para caracterização dos participantes foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, grau de escolaridade, profissão/ocupação, renda, número de pessoas residentes no domicílio, meio de transporte para ir às consultas); clínicos (indicação de anticoagulação oral com varfarina, RNI alvo, TTR, comorbidades) e farmacoterapêuticos representados por medicamentos de uso crônico, considerados aqueles utilizados por no mínimo 30 dias (NASCIMENTO, 2017). O uso de cinco ou mais medicamentos foi classificado como polifarmácia (NASCIMENTO, 2017).

4.5 Análise estatística

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel. Foram empregados métodos de estatística descritiva com números absolutos e relativos, medidas de dispersão e tendência central. Foi calculado o TTR pela interpolação linear de uma série de resultados de RNI, conforme proposto pelo método Rosendaal (ROSENDAAL, 1993).

O teste Kolmogorov-Smirnov foi realizado para avaliar a normalidade de distribuição das variáveis numéricas analisadas, 95% confiabilidade (alfa de 0,05). As variáveis numéricas analisadas apresentaram, em sua maioria, distribuição anormal, com exceção

da idade. Assim, as medidas de dispersão e tendência central utilizadas para análise estatística da categoria “Idade” foram média e desvio padrão (DP), já para as demais categorias foram utilizadas a mediana e o primeiro e terceiro quartis (Q1 e Q3).

4.6 Aspectos legais e éticos

Esse estudo faz parte do projeto intitulado “Fatores de risco para complicações da anticoagulação oral em pacientes com doenças cardiovasculares atendidos em ambulatorios de referência em Belo Horizonte: um estudo de coorte”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer número CAAE 08136613.4.0000.5149. Todos os pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao concordarem em participar desse estudo.

5 | RESULTADOS

Os dados sociodemográficos coletados estão reunidos na Tabela 1. A média de idade dos participantes foi de 62,6 anos (DP 12,9), com predomínio do sexo feminino (58,5%). Foram identificados 14 municípios de residência e 21 ocupações distintas. A mediana de residentes por domicílio foi igual a duas pessoas (Q1: 2,0; Q3: 3,0). Os participantes possuíam renda familiar de R\$ 3.000,00, aproximadamente 2,1 salários-mínimos (R\$ 1.412,00) (Planalto, 2023), resultando em uma renda de R\$1.333,33 por morador. Em relação à escolaridade, 40,1% possuíam ensino fundamental incompleto, 20,3% ensino médio incompleto, 23,6% ensino médio completo e 6,1% nível superior completo.

A maior diferença observada entre os grupos analisado foi quanto aos pacientes com ensino médio incompleto. Ao comparar os grupos TTR <60% e TTR ≥60%, foi observada uma diferença de 5,4 e 6,8 pontos percentuais em relação ao grupo geral, respectivamente. Entre os dois grupos, essa diferença foi de 12,2 pontos percentuais.

Entre os pacientes com TTR <60%, a média de idade foi de 62,2 anos (DP 13,2) e 62,7% eram do sexo feminino. Esses pacientes residiam em 11 municípios, sendo 70,3% em Belo Horizonte, possuíam 16 ocupações distintas, sendo 35,6% aposentados, e a mediana de residentes no domicílio foi de duas pessoas (Q1: 2,0; Q3: 3,0).

Por outro lado, os pacientes com TTR ≥60% apresentaram média de idade de 63,1 anos (DP 10,5). Esses pacientes residiam em sete municípios, com 17 ocupações distintas, e a mediana de residentes no domicílio foi de duas pessoas (Q1: 2,0; Q3: 3,0).

Características	Total n=212 (%)	TTR<60% Total n=118 (%)	TTR≥60% Total n=94 (%)
Idade (anos)			
20 – 30	3 (1,4%)	3 (2,5%)	0 (0,0%)
31 – 40	6 (2,8%)	5 (4,2%)	1 (1,1%)
41 – 50	29 (13,7%)	11 (9,3%)	18 (19,1%)
51 – 60	51 (24,1%)	30 (25,4%)	21 (22,3%)
61 – 70	63 (29,7%)	38 (32,2%)	25 (26,6%)
71 – 80	43 (20,3%)	22 (18,6%)	21 (22,3%)
81 – 90	17 (8,0%)	9 (7,6%)	8 (8,5%)
Sexo			
Feminino	124 (58,5%)	74 (62,7%)	50 (53,2%)
Masculino	88 (41,5%)	44 (37,3%)	44 (46,8%)
Cor da pele			
Parda	132 (62,3%)	72 (61,0%)	60 (63,8%)
Preta	52 (24,5%)	30 (25,4%)	22 (23,4%)
Branca	28 (13,2%)	16 (13,6%)	12 (12,8%)
Estado civil			
Casado/união estável	115 (54,2%)	61 (51,7%)	54 (57,4%)
Solteiro	64 (30,2%)	35 (29,7%)	29 (30,9%)
Viúvo	20 (9,4%)	12 (10,2%)	8 (8,5%)
Divorciado	13 (6,1%)	10 (8,5%)	3 (3,2%)
Cidade de moradia			
Belo Horizonte	146 (68,9%)	83 (70,3%)	63 (67,0%)
Ribeirão das Neves	30 (14,2%)	19 (16,1%)	11 (11,7%)
Santa Luzia	14 (6,6%)	4 (3,4%)	10 (10,6%)
Outras	22 (48,3%)	12 (10,2%)	10 (10,7%)
Ocupação			
Aposentados	76 (35,8%)	42 (35,6%)	34 (36,2%)
Do lar	48 (22,6%)	29 (24,6%)	19 (20,2%)
Autônomo	31 (14,6%)	18 (15,3%)	13 (13,8%)
Outras	57 (27,0%)	29 (24,5%)	28 (29,8%)
Trabalha fora de casa			
Sim	90 (42,5%)	48 (40,7%)	42 (44,7%)
Não	122 (57,5%)	70 (59,3%)	52 (55,3%)
Meio de transporte para as consultas			
Ônibus	165 (77,8%)	94 (79,7%)	71 (75,5%)
Veículo da família	25 (11,8%)	9 (7,6%)	16 (17,0%)
Aplicativo de transporte	21 (9,9%)	14 (11,9%)	7 (7,4%)
Carro da prefeitura	1 (0,5%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)

Residentes no domicílio			
1	34 (16,0%)	17 (14,4%)	17 (18,1%)
2	115 (54,2%)	69 (58,5%)	46 (48,9%)
3	55 (25,9%)	28 (23,7%)	27 (28,7%)
4	7 (3,3%)	3 (2,5%)	4 (4,3%)
5	1 (0,5%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)
Renda mensal familiar, mediana (Q1; Q3)	R\$ 3.000,00 (2.400,00; 3.500,00)	R\$ 3.000,00 (2.400,00; 3.500,00)	R\$ 3.000,00 (2.400,00; 3.950,00)
Renda por morador, mediana (Q1; Q3)	R\$ 1.333,33 (1.200,00; 1.600,00)	R\$ 1.316,67 (1.200,00; 1.600,00)	R\$ 1.333,33 (1.200,00; 1.575,00)
Escolaridade			
Nunca estudou	6 (2,8%)	4 (3,4%)	2 (2,1%)
Ensino fundamental incompleto	17 (8,0%)	10 (8,5%)	7 (7,4%)
Ensino fundamental completo	49 (23,1%)	22 (18,6%)	27 (28,7%)
Ensino médio incompleto	46 (21,7%)	32 (27,1%)	14 (14,9%)
Ensino médio completo	90 (42,5%)	48 (40,7%)	42 (44,7%)
Graduação incompleta	3 (1,4%)	1 (0,8%)	2 (2,1%)
Graduação completa	1 (0,5%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos pacientes estudados

Os dados clínicos e farmacoterapêuticos estão apresentados na Tabela 2 e na Tabela 3. O TTR dos participantes teve mediana de 51,6% (Q1: 31,9; Q3: 80,4). Os pacientes apresentaram tempos de acompanhamento no ambulatório do HRTN e de tratamento com medianas de seis anos (Q1: 3,0; Q3: 9,0). As indicações para o uso de varfarina totalizaram 22 condições, com mediana de uma por paciente (Q1: 1,0; Q3: 2,0) e ocorrência de até três indicações simultaneamente. As principais indicações foram FA/flutter, TVP e AVC isquêmico. Foram identificadas 28 comorbidades diferentes, com mediana de três por paciente (Q1: 2,0; Q3: 4,0) e presença de até oito comorbidades simultaneamente, sendo as mais comuns: hipertensão arterial sistêmica ($HAS \geq 140/90$ mmHg), insuficiência cardíaca (IC) e arritmias. Os pacientes utilizavam 98 medicamentos contínuos distintos além da varfarina, com uma mediana de cinco medicamentos (Q1: 3,0; Q3: 6,0) e até 16 medicamentos simultaneamente. Os mais frequentes foram losartana e sinvastatina.

A parcela de pacientes com apenas uma indicação para o uso de varfarina foi a categoria com maior diferença nos resultados dos grupos analisados. Nos grupos TTR <60% e TTR $\geq 60\%$, observou-se a diferença máxima de 5,9 e 7,5 pontos percentuais em relação ao grupo geral, respectivamente. Já entre os dois grupos, essa diferença foi de 13,4 pontos percentuais.

No grupo de pacientes com TTR <60%, os tempos de tratamento e acompanhamento

apresentaram mediana de seis anos (Q1: 3,0; Q3: 9,0). Foram identificadas 14 indicações para o uso de varfarina, com até três simultâneas e mediana de uma (Q1:1,0; Q3:2,0). Observou-se 27 comorbidades distintas, com até oito simultâneas e mediana de três (Q1: 2,0; Q3: 4,0). Esse grupo utilizava 78 medicamentos contínuos distintos, com mediana de cinco medicamentos (Q1: 3,0; Q3: 6,8).

Os pacientes com TTR \geq 60% também apresentaram tempos de tratamento e acompanhamento com mediana de seis anos (Q1: 4,0; Q3: 10,0 e Q1: 3,0; Q3: 10,0, respectivamente). Foram identificadas 17 indicações para o uso de varfarina, com mediana de uma (Q1:1,0; Q3:1,0) e 24 comorbidades diferentes, com mediana de três (Q1: 2,0; Q3: 4,0). Esse grupo utilizava 71 medicamentos contínuos distintos, com mediana de cinco medicamentos (Q1: 3,0; Q3: 6,0) e até 10 simultaneamente.

Características	Total (%) n=212	TTR<60% Total (%) n=118	TTR \geq 60% Total (%) n=94
RNI alvo			
2,0 – 3,0	169 (79,7%)	91 (77,1%)	78 (83,0%)
2,5 – 3,5	43 (20,3%)	27 (22,9%)	16 (17,0%)
Dose do comprimido de varfarina			
2,5 mg	55 (25,9%)	27 (22,9%)	28 (29,8%)
5 mg	157 (74,1%)	91 (77,1%)	66 (70,2%)
Tempo de tratamento (anos)			
< 5	97 (45,8%)	55 (46,6%)	42 (44,7%)
6 – 10	73 (34,4%)	44 (37,3%)	29 (30,9%)
11 – 15	37 (17,5%)	17 (14,4%)	20 (21,3%)
16 – 20	4 (1,9%)	2 (1,7%)	2 (2,1%)
21 – 26	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
Tempo de acompanhamento (anos)			
< 5	101 (47,6%)	55 (46,6%)	46 (48,9%)
6 – 10	71 (33,5%)	45 (38,1%)	26 (27,7%)
11 – 15	37 (17,5%)	17 (14,4%)	20 (21,3%)
16 – 20	2 (0,9%)	1 (0,8%)	1 (1,1%)
21 – 26	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
Meio de obtenção de varfarina			
HRTN	195 (92,0%)	112 (94,9%)	83 (88,3%)
Posto de saúde	16 (7,5%)	6 (5,1%)	10 (10,6%)
Farmácia/drogaria	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
TTR			
< 60,0%	118 (55,7%)	118 (100,0%)	0 (0,0%)
\geq 60,0%	94 (44,3%)	0 (0,0%)	94 (100,0%)

Nº de indicações de uso			
1	151 (71,2%)	77 (65,3%)	74 (78,7%)
2	49 (23,1%)	34 (28,3%)	15 (16,0%)
3	12 (5,7%)	7 (5,9%)	5 (5,3%)
Principais indicações de uso			
Fibrilação atrial/flutter	100 (47,2%)	58 (49,2%)	42 (44,7%)
Trombose venosa profunda	44 (20,8%)	24 (20,3%)	20 (21,3%)
Acidente vascular encefálico isquêmico	40 (18,9%)	23 (19,5%)	17 (18,1%)
Nº Comorbidades			
0	14 (6,6%)	5 (4,2%)	9 (9,6%)
1	27 (12,7%)	13 (11,0%)	14 (14,9%)
2	47 (22,2%)	31 (26,3%)	16 (17,0%)
3	55 (25,9%)	25 (21,2%)	30 (31,9%)
4	30 (14,2%)	20 (16,9%)	10 (10,6%)
5	20 (9,4%)	12 (10,2%)	8 (8,5%)
≥ 6	19 (9,0%)	12 (10,2%)	7 (7,4%)
Principais comorbidades			
Hipertensão arterial sistêmica	167 (78,8%)	94 (79,7%)	73 (77,7%)
Insuficiência cardíaca	76 (35,8%)	49 (41,5%)	27 (28,7%)
Arritmias	66 (31,1%)	37 (31,4%)	29 (30,9%)
Dislipidemia	65 (30,7%)	39 (33,1%)	26 (27,7%)
Diabetes	50 (23,6%)	28 (23,7%)	22 (23,4%)

Tabela 2: Dados clínicos dos pacientes estudados

Características	Total (%) n=212	TTR<60% Total (%) n=118	TTR≥60% Total (%) n=94
Nº de medicamentos de uso crônico			
1	14 (6,6%)	4 (3,4%)	10 (10,6%)
2	20 (9,4%)	9 (7,6%)	11 (11,7%)
3	24 (11,3%)	12 (10,2%)	12 (12,8%)
4	37 (17,5%)	24 (20,3%)	13 (13,8%)
5	37 (17,5%)	20 (16,9%)	17 (18,1%)
6	31 (14,6%)	19 (16,1%)	12 (12,8%)
7	18 (8,5%)	10 (8,5%)	8 (8,5%)
8	12 (5,7%)	9 (7,6%)	3 (3,2%)
9	8 (3,8%)	4 (3,4%)	4 (4,3%)
10	6 (2,8%)	2 (1,7%)	4 (4,3%)
≥11	5 (2,4%)	5 (4,2%)	0 (0,0%)
Medicamentos de uso crônico			
Losartana	87 (41,0%)	51 (43,2%)	36 (38,3%)

Sinvastatina	81 (38,2%)	44 (37,3%)	37 (39,4%)
Carvedilol	72 (34,0%)	44 (37,3%)	28 (29,8%)
Furosemida	70 (33,0%)	41 (34,7%)	29 (30,9%)
Enalapril	52 (24,5%)	34 (28,8%)	18 (19,1%)

Tabela 3: Dados farmacoterapêuticos dos pacientes estudados

6 | DISCUSSÃO

Os dados coletados revelaram que a maioria dos pacientes era composta por mulheres (58,5%), pessoas com 60 anos ou mais (58,0%), que não concluíram o ensino médio (55,6%), usuários de transporte público (77,8%), em polifarmácia (55,3%), com três ou mais comorbidades (58,5%) e com TTR <60% (55,7%).

Nosso trabalho apresentou dados similares aos de outros trabalhos realizados em ambulatórios de anticoagulação do SUS. Nossa amostra de pacientes apresentou idade, distribuição de sexo, uso de medicamentos contínuos e presença de comorbidades similares aos trabalhos realizados por Martins (2017), Leite (2018), Bartolazzi (2021) e Martins (2023).

Esses trabalhos obtiveram diversas conclusões, como a alta prevalência de níveis inadequados de educação em saúde (MARTINS, 2017), o amplo uso de plantas medicinais (LEITE, 2018) e baixa adesão dos pacientes ao tratamento (BARTOLAZZI, 2021). De modo geral, o cuidado especializado de um ambulatório de anticoagulação melhorou o TTR dos pacientes atendidos. Entretanto, um fator comum a todos eles, foi o estudo de pacientes em uso de varfarina atendidos em ambulatórios de anticoagulação do SUS (BARTOLAZZI, 2021; LEITE, 2018; MARTINS, 2017; MARTINS, 2023).

Contudo, quando comparados aos trabalhos mencionados anteriormente, os dados referentes a escolaridade e renda se mostraram distintos, já que em nosso trabalho os níveis educacional e financeiro se mostraram superiores aos observados nos demais trabalhos. Esses resultados evidenciam a relevância da caracterização detalhada dos pacientes antes da elaboração de seus planos de cuidado. Cada paciente possui características singulares que devem ser consideradas no planejamento do cuidado. A adoção de um perfil genérico ou baseado em populações externas pode levar a imprecisões no entendimento das necessidades individuais, comprometendo a eficácia das estratégias terapêuticas (BARBOSA, 2021). Dessa forma, destaca-se a importância de um cuidado individualizado, que contemple a realidade socioeconômica, cultural e clínica de cada paciente, para otimizar a adesão e melhores resultados no tratamento.

Como exemplificado neste trabalho, apesar de estarem inseridos em contextos similares (acompanhamento em ambulatórios de anticoagulação do SUS), os pacientes estudados apresentaram características distintas das observadas em outros estudos. Essas diferenças podem impactar diretamente o manejo e a adesão ao tratamento, especialmente

porque fatores como maior escolaridade e renda podem facilitar a compreensão do regime terapêutico, enquanto a presença de comorbidades ou polifarmácia pode dificultar o controle. Isso reforça a importância de personalizar as estratégias de cuidado para atender às demandas específicas de cada grupo, maximizando a eficácia da terapia anticoagulante (BARBOSA, 2021).

Dentre os pacientes com TTR<60%, observou-se uma prevalência de: mulheres (62,7%), pessoas com mais de 60 anos (58,4%), que não concluíram o ensino médio (57,6%), usuários de transporte público (79,7%), usuários de polifarmácia (58,4%) e que apresentam três comorbidades ou mais (58,5%). A maior presença desses parâmetros entre os pacientes com TTR<60% em comparação à amostra estudada, pode indicar uma possível relação desses fatores com pior adesão e manejo do tratamento com varfarina.

O cenário observado pode indicar a presença de desafios na adesão e controle do tratamento. Pacientes com mais de 60 anos e com menor escolaridade podem apresentar maior dificuldade em compreender seu quadro clínico, a posologia do medicamento e a importância do tratamento e do monitoramento por meio dos exames de RNI. Outro aspecto a ser considerado é o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, que é um dos principais determinantes sociais de saúde (OMS, 2010). Para idosos, a mobilidade física pode ser uma dificuldade significativa. Quando essa limitação é combinada com as necessidades de uso de transporte público e de percorrer longas distâncias, resulta em um obstáculo significativo para a realização de exames e consultas (BARBOSA, 2021). Devido essas dificuldades de locomoção, a tecnologia vem se tornando uma ferramenta importante, uma vez que possibilita a realização de intervenções a distância, como as teleconsultas e os aplicativos de promoção de educação em saúde para celulares (BARBOSA, 2021; BARTOLAZZI, 2021).

A utilização de maior número de medicamentos pode influenciar a adesão ao tratamento devido a posologias distintas, interações medicamentosas, dificuldades de aquisição e maior risco de efeitos adversos. A presença de comorbidades resulta em quadros clínicos mais complexos, com interações medicamentosas que devem ser monitoradas. Além disso, essas condições exercem impacto na rotina, nos sintomas apresentados, no nível de entendimento necessário e na percepção de saúde dos pacientes (BARBOSA, 2021).

No contexto do tratamento com varfarina esses aspectos são ainda mais críticos. Usuários de varfarina e polifarmácia apresentam maior risco de ocorrência de interações medicamentosas e efeitos adversos que devem ser analisados e monitorados cuidadosamente por profissionais da saúde. A presença de comorbidades pode influenciar a indicação e necessidade de controle do tratamento, além do possível impacto exercido por diferentes doenças devido a suas patologias, sintomas e tratamentos. A realização periódica de exames de RNI para monitoramento pode representar um obstáculo na rotina dos pacientes, sobretudo quando associada a dificuldades de locomoção e acesso

à assistência. Por fim, ajustes de doses resultam em alterações na administração da varfarina que podem gerar confusões e frustrações aos pacientes (BARTOLAZZI, 2021; LEITE, 2018; MARTINS, 2023).

Sendo assim, os fatores com potencial de dificultar a adesão e o manejo do tratamento com varfarina devem ser identificados e analisados visando desenvolver estratégias que auxiliem o paciente a alcançar esses objetivos. Estratégias de educação em saúde e intervenções focadas no paciente devem ser abordadas no delineamento de planos de cuidado personalizados para alcançar otimização do manejo da terapia anticoagulante (BARBOSA, 2021).

A caracterização socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica, assim como determinação do nível de educação em saúde dos pacientes, são etapas essenciais para delinear o perfil do paciente tratado e criar um plano de cuidado individualizado. Isso ocorre, pois, a compreensão da realidade social, cultural e econômica do paciente é essencial para entender sua rotina, princípios, dificuldades e objetivos, além do acesso a informações, medicamentos e assistência à saúde. O entendimento do quadro clínico e uso de medicamentos, permite a percepção do estado de saúde do paciente de forma global, incluindo seus diagnósticos, experiências prévias, progressos e dificuldades, medicamentos, sintomas e riscos, além da visão do paciente quanto a sua própria saúde (BARBOSA, 2021; MARTINS, 2017).

A educação em saúde desempenha papel fundamental na adesão e no manejo do tratamento com varfarina, especialmente devido aos desafios associados à sua administração. Estratégias de promoção devem partir do entendimento do paciente de seu quadro clínico e tratamento a fim de compreender o conhecimento do paciente, seu acesso a informações, dúvidas e equívocos. A educação em saúde pode ser implementada e impulsionada de diversas formas, sendo que a escolha da melhor intervenção deve considerar a realidade e necessidades do paciente. Entretanto, todas as intervenções devem ter o mesmo objetivo: empoderar o paciente e ampliar sua compreensão acerca da própria saúde (BARBOSA, 2021).

O fornecimento de informações claras sobre o quadro clínico, sintomas, patologia das doenças, importância do tratamento e uso correto dos medicamentos promove o maior envolvimento do paciente no cuidado de sua saúde. A integração de uma equipe multiprofissional potencializa os resultados por meio de abordagens mais amplas e focadas (BARBOSA, 2021)

O acompanhamento farmacêutico trata-se de uma oportunidade para melhor análise e monitoramento de interações medicamentosas e auxilia em uma melhor adesão. Além disso, pode permitir ao paciente uma melhor compreensão do tratamento, medicamentos utilizados, sintomas e efeitos adversos. Isso, por sua vez, contribui para melhorar a confiança, escolhas embasadas e tomada de decisões críticas dos pacientes acerca de seu tratamento e torna-os mais confiantes para cuidar de sua saúde (MARTINS, 2023).

O tratamento com varfarina apresenta desafios próprios, como a presença de numerosas interações medicamentosas e interações com alimento, dose individualizada que exige ajustes constantes e a necessidade de realização de exames de RNI periódicos para monitoramento. Esses aspectos dificultam a adesão e bom controle do tratamento, mensurado por meio do TTR que deve ser $\geq 60\%$. Nesse contexto, a educação em saúde e empoderamento do paciente são de suma importância para o manejo adequado do tratamento (LEITE, 2018; MARTINS, 2023; MARTINS, 2017).

O fortalecimento da autonomia e capacitação do paciente em relação ao seu tratamento são aspectos essenciais para otimizar a adesão e o manejo da terapia anticoagulante. Estratégias de educação em saúde devem ser direcionadas à realidade de cada paciente, promovendo seu entendimento acerca do tratamento e facilitando a tomada de decisões informadas sobre sua saúde (BARBOSA, 2021; MARTINS, 2017).

O acompanhamento de pacientes em uso de varfarina em ambulatórios de anticoagulação demonstra um impacto significativo na promoção de boa adesão e otimização do manejo do tratamento. Vários fatores contribuem para esse impacto, entre eles o acompanhamento frequente dos pacientes por diferentes profissionais, incluindo médicos e farmacêuticos, com experiência no manejo da anticoagulação, o que resulta em maior qualidade nos ajustes de dose, orientações e monitoramento. Esse acompanhamento multiprofissional contribui para a promoção de educação em saúde e empoderamento dos pacientes nos diversos aspectos que envolvem o tratamento (MARTINS, 2023; MARTINS, 2017).

Nesse contexto, o presente trabalho buscou apontar e reforçar a necessidade da realização da caracterização socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica para delineamento do perfil dos pacientes tratados com varfarina. Devido à coleta e análise de dados realizada neste trabalho torna-se possível nortear o panorama geral do perfil de pacientes em uso de varfarina em acompanhamento no Ambulatório de Anticoagulação do HRTN. Aspecto crítico, pois o delineamento do perfil é essencial para a definição do plano de cuidados personalizado, além de embasar e selecionar estratégias de promoção de educação em saúde e empoderamento do paciente, que impactam a adesão e controle do tratamento com varfarina.

Contudo, vale destacar que o presente trabalho apresenta limitações metodológicas. Embora tenha sido analisada uma amostra de mais de 200 pacientes tratou-se de uma amostra de conveniência, o que limita a generalização dos resultados. Ademais, por ser um estudo descritivo, não foram realizados testes de significância estatística, portanto, as análises realizadas devem ser interpretadas apenas como um delineamento geral do perfil dos pacientes. Outro ponto relevante é a ausência da determinação do nível de educação em saúde dos pacientes, um aspecto fundamental para a caracterização completa do perfil e o planejamento de estratégias de cuidado individualizadas.

71 CONCLUSÃO

Este trabalho evidenciou que os pacientes tratados com varfarina no Ambulatório de Anticoagulação do HRTN apresentam predominantemente características de baixo nível socioeconômico, idade avançada, baixa renda, escolaridade intermediária, polifarmácia e múltiplas comorbidades. Essa caracterização reforça a importância de um delineamento detalhado do perfil do paciente para direcionar planos de cuidado individualizados.

O perfil observado aponta possíveis desafios significativos, como a baixa adesão, que impactam no controle do tratamento, especialmente entre os pacientes com TTR <60%. Tais dificuldades podem estar associadas às características socioeconômicas e clínicas identificadas, que impactam diretamente o manejo adequado do tratamento.

Os dados deste estudo também ressaltam a necessidade de estratégias de educação em saúde e empoderamento dos pacientes. Compreender os aspectos do tratamento contribui para decisões mais assertivas, melhor adesão e, conseqüentemente, maior eficácia terapêutica. Por meio da comparação de nossos resultados com outros estudos, destacamos a importância da realização da caracterização dos pacientes antes de traçar seus planos de cuidado. Cada paciente apresenta características únicas e a suposição ou implantação de um perfil externo pode gerar imprecisões. Sendo assim, este estudo reforça a importância da personalização dos cuidados para alcançar melhores resultados clínicos em populações tratadas com varfarina.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, H. C.; OLIVEIRA, J.A. de Q.; COSTA, J. M. *et al.*. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: An integrative review of the literature. *Patient Education and Counseling*. Elsevier. 2021.

BARTOLAZZI, F.; RIBEIRO, A. L. P.; SOUZA, W. J. F. N. de; VIANNA, M. S.; SILVA, J. L. P. de; MARTINS, M. A. P. Relationship of health literacy and adherence to oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. 2021.

BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A. KNOLLMANN, D. C. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman*. 12ª edição. AMGH Editora Ltda. 2012

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015.

DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org>. Acesso em janeiro de 2025.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. de P. L.; MORAES, E. P. de; SOUZA, E. L.; *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19(3) p 847-852, 2014.

HALL, J. E.; GUYTON, A. C. *Tratado de Fisiologia Médica*. 12ª edição. Elsevier Editora Ltda. 2011

LEITE, P. M.; FREITAS, A. A. d.; MOURÃO, A. d. O. M. MARTINS, M. A. P.; CASTILHO, R.O. Warfarin Safety: A Cross-Sectional Study of the Factors Associated with the Consumption of Medicinal Plants in a Brazilian Anticoagulation Clinic. *American journal of cardiovascular Drugs*. Vol 18, N°3 (p. 231-243). 2018.

MAGALHAES, LP. *et al.* II Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016

MARTINS M. A. P.; *et al.* Health literacy and warfarin therapy at two anticoagulation clinics in Brazil. *Heart*. 103(14): p. 1089–1095. 2017

MARTINS, M.A.P.; OLIVEIRA, J.A.d.Q.; RIBEIRO, D.D.; CÉSAR, C.C.; NOBRE, V.A.; PALHARES, D.M.F.; ROCHA, M.O.d.C.; RIBEIRO, A.L.P. Efficacy of an Anticoagulation Clinic in Low-Income Brazilian Patients with Heart Disease: A Randomized Clinical Trial. *Hemato* 4, p 227–239. 2023.

MENICHELLI, D. *et al.* THE ITALIAN FEDERATION OF ANTICOAGULATION CLINICS FCSA. Comparison of Anticoagulation Quality between Acenocoumarol and Warfarin in Patients with Mechanical Prosthetic Heart Valves: Insights from the Nationwide PLECTRUM Study. *Molecules*, v. 26, n. 5, p. 1425, mar. 2021.

Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. 2024.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Health Promotion Glossary*. 1998. Acesso em novembro de 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, 2010.

Planalto. Salário-mínimo de 2024 terá ganho real e crescerá três pontos percentuais além dos 3,85% da inflação. 27/12/2023. Disponível em <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/12/salario-minimo-de-2024-tera-ganho-real-e-crescera-3pp-alem-dos-3-85-da-inflacao>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). *Protocolo de anticoagulação ambulatorial*. 2020

RANG, H.P; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J; HENDERSON, G. *Farmacologia*. 8ª edição. Elsevier Editora Ltda. 2016.

ROSENDAAL, F.R.; CANNEGIETER, S.C.; VAN DER MEER, F.J.M.; BRIET, E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thromb. Haemost.* 1993, 69, 236–239.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press; 1989.

VIANNA, M.S. *Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da adesão à farmacoterapia com varfarina*. Tese de doutorado. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Defendida em 2022.

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

Anticoagulação 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 65, 68, 69, 70

Aprendizagem 27, 28, 29, 31, 33, 34, 36

Assistência 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 30, 32, 33, 39, 43, 46, 67, 71

C

Clampeamento 37, 40, 43

Contato pele a pele 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Cordão umbilical 37, 40, 43

Cuidados críticos 2, 4

E

Educação em saúde 20, 46, 48, 49, 56, 58, 65, 66, 67, 68, 69

Enfermagem 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 71

Ensino 7, 14, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 45, 49, 60, 62, 65, 66

Eventos adversos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 22, 47, 54

M

Medicamentos 2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 45, 48, 49, 54, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71

Monitorização do paciente 46

P

Paciente 2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 40, 46, 48, 49, 56, 57, 58, 59, 62, 65, 67, 68, 69, 71

Pesquisa 3, 5, 8, 9, 11, 15, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 40, 41, 60, 71

Planejamento 30, 31, 32, 33, 46, 65, 68

Pronto-Socorro 16, 17, 18

R

Recém-nascido 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44

S

Saúde da Mulher 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36

Segurança 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 43, 46, 48, 53, 55, 71

T

Terapia intensiva 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 26

V

Varfarina 45, 46, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70

ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

NA PROMOÇÃO
DO BEM-ESTAR
DO PACIENTE 2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

NA PROMOÇÃO
DO BEM-ESTAR
DO PACIENTE 2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br