

  
tricto  
ensu  
Editora

# **CIÊNCIAS DA SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: ENFERMAGEM**

ISBN: 978-65-86283-31-0

**Organizadores:**  
**Hémilly Caroline da Silva Paixão**  
**Madson Huilber da Silva Moraes**  
**Daniela da Silva Paixão**  
**Mariane Albuquerque Lima Ribeiro**

**2020**

**Hémilly Caroline da Silva Paixão**  
**Madson Huilber da Silva Moraes**  
**Daniela da Silva Paixão**  
**Mariane Albuquerque Lima Ribeiro**  
(Organizadores)

# **Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: Enfermagem**

Rio Branco, Acre

## Stricto Sensu Editora

**CNPJ:** 32.249.055/001-26

**Prefixos Editorial:** ISBN: 80261 – 86283 / DOI: 10.35170

**Editora Geral:** Profa. Dra. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

**Editor Científico:** Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

**Bibliotecária:** Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

**Capa:** Elaborada por Led Camargo dos Santos (ledcamargo.s@gmail.com)

**Avaliação:** Foi realizada avaliação por pares, por pareceristas *ad hoc*

**Revisão:** Realizada pelos autores e organizadores

## Conselho Editorial

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

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

Prof. Dr. Edson da Silva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Jovê Cesar (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Msc. Herley da Luz Brasil (Juiz Federal – Acre)

Prof. Dr. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Araraquara)

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos (Universidade Federal do Piauí – UFPI)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal de Goiás)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

## Ficha Catalográfica

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569

Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: Enfermagem /  
Hémilly Caroline da Silva Paixão... [et al.] (org.). – Rio  
Branco: Stricto Sensu, 2020.

333 p.: il.

ISBN: 978-65-86283-31-0

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Prevenção. I. Paixão, Hémilly  
Caroline da Silva. II. Moraes, Madson Huilber da Silva. III.  
Paixão, Daniela da Silva. IV. Ribeiro, Mariane Albuquerque  
Lima. V. Título.

CDD 22. ed.: 610.7

**Bibliotecária Responsável:** Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e a editora, não sendo permitido à alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.sseditora.com.br](http://www.sseditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O livro “Ciências da Saúde no Mundo Contemporâneo: Enfermagem” tem como objetivo divulgar os conhecimentos da enfermagem na melhor evidência científica disponível. A enfermagem por ser uma ciência e a arte do cuidar, ela inicia de uma tomada de decisão sobre a assistência à saúde de um indivíduo norteada por consenso de evidências relevantes, provenientes de pesquisas, estudos e informações de bases de dados que sustenta as ações e relações do profissional da enfermagem ao sistema de saúde.

A composição do livro é formada por um conjunto de 27 capítulos com uma diversidade de assuntos no contexto da enfermagem, abordando temáticas que contempla os ciclos de vida (criança, adulto, idoso), as boas práticas obstétricas, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), assistência de enfermagem na atenção primária e em unidades de alta complexidade, assistência de enfermagem na atenção da saúde criança, mulher e do homem.

Encontram-se ainda, os conteúdos como a utilização de equipamentos de biossegurança, segurança do paciente, classificação de risco na urgência e emergência, prática da enfermagem nos cuidados paliativos, promoção do autocuidado e automedicação do profissional de enfermagem, riscos ocupacionais e a síndrome de Burnout, atendimento a populações vulneráveis como a população ribeirinha e metodologia ativa para o ensino na enfermagem.

Este livro oferece pesquisas em diversos campos de atuação do profissional de enfermagem na busca de promover uma prática inovadora e uma assistência de qualidade.

Mariane Albuquerque Lima Ribeiro

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO. 1.....14**

#### **A EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NORMAL**

Paloma Souza da Paz (Centro Universitário Metropolitano de Manaus)

Débora Cristina Pinheiro da Silva (Centro Universitário Metropolitano de Manaus)

Mikaelly Pinheiro Garcia (Centro Universitário Metropolitano de Manaus)

Eurides de Souza Lima (Centro Universitário Metropolitano de Manaus)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.01

### **CAPÍTULO. 2.....20**

#### **A PEDAGOGIA FREIRIANA E O DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Joana Angélica Andrade Dias (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

Helena Maria Scherlowski Leal David (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Flavia Pedro dos Anjos Santos (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

Eliane Fonseca Linhares (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

Yanna Andrade Ferraz (Universidade Federal da Bahia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.02

### **CAPÍTULO. 3.....30**

#### **A PRODUÇÃO DO ENFERMEIRO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO AMAZONAS**

Francisca Félix da Rocha (Universidade Federal do Amazonas)

Sandra Regina Oliveira Barbosa (Universidade Federal do Amazonas)

Gesiane Araújo Frota (Universidade Federal do Amazonas)

Sandra Costa Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Juliana Barros da Cunha (Universidade Federal do Amazonas)

Laura Elizabeth Reffert Rebelo (Universidade Federal do Amazonas)

Ana Paula Prohmann Trentin (Universidade Federal do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.03

**CAPÍTULO. 4.....43**

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Deborah Jacauna Pereira (Universidade do Estado do Amazonas)

Stephanie Maria do Nascimento Dias (Universidade do Estado do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.04

**CAPÍTULO. 5.....49**

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL- TRENAUNAY E SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Sabrina de Lucas Ramos Neco (Universidade do Estado do Pará)

Nathasha Caroline de Souza Gimenes (Universidade do Estado do Pará)

Suzana Elyse de Araújo Mac- Culloch (Universidade do Estado do Pará)

Atilio Rodrigues Brito (Universidade do Estado do Pará)

José Antônio Cavalleiro de Macedo Fonteles Júnior (Universidade do Estado do Pará)

Rosália Cardoso da Silva (Universidade do Estado do Pará)

Mariana Souza de Lima (Universidade do Estado do Pará)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.05

**CAPÍTULO. 6.....57**

**AS CONTRIBUIÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A POPULAÇÕES RIBEIRINHAS POR MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Elaine Barbosa de Moraes (Universidade Paulista)

Fernanda Dias Peixoto Milon de Oliveira (Universidade Paulista)

Gueine Araújo da Silva Cavalcante (Universidade Paulista)

Juliana Teixeira de Oliveira (Universidade Paulista)

Maria Leila Fabar dos Santos (Universidade Paulista)

Rodrigues Ferreira de Souza (Universidade Paulista)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.06

**CAPÍTULO. 7.....65**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM PNEUMONIA EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS**

Esmael Marinho da Silva (Universidade Federal do Amazonas)

Paloma de Sousa Passos (Universidade Federal do Amazonas)

Gabriele de Jesus Barbosa Lopes (Universidade Federal do Amazonas)

Jéssica Karoline Alves Portugal (Universidade Federal do Amazonas)

Marcelo Henrique da Silva Reis (Universidade Federal do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.07

**CAPÍTULO. 8.....79**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Mileide Medeiros Loureiro (Centro Universitário da Amazônia)

Hanna Evelin Bandeira Monteiro (Centro Universitário da Amazônia)

Fernanda da Costa Chagas (Centro Universitário da Amazônia)

Lucas Aguiar de Sousa (Centro Universitário da Amazônia)

Jailson Torres de Menezes (Centro Universitário da Amazônia)

Ana Kátia da Silva Pereira (Centro Universitário da Amazônia)

Leuriane Silva dos Santos (Centro Universitário da Amazônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.08

**CAPÍTULO. 9.....85**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: RELATO DE CASO**

Abigail Gonçalves da Silva (Centro Universitário Uninorte)

Fabiane de Souza Tôrres (Centro Universitário Uninorte)

Rychelly de Souza Nascimento (Centro Universitário Uninorte)

Wendel Ricardo Souza Rêgo (Centro Universitário Uninorte)

Rosicley Souza da Silva (Centro Universitário Uninorte)

Ruth Silva lima da Costa (Centro Universitário Uninorte)

Marília Perdome Machado (Centro Universitário Uninorte)



DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.09

**CAPÍTULO. 10.....96**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA A RESPEITO DO ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO**

Thayane Araújo Lacerda (Centro Universitário FAMETRO)

Maria da Conceição Barreiros de Moura (Centro Universitário FAMETRO)

Sabrina de Souza da Silva (Centro Universitário FAMETRO)

Eurides Souza de Lima (Centro Universitário FAMETRO)

Graciana de Sousa Lopes (Centro Universitário FAMETRO)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.10

**CAPÍTULO. 11.....105**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos (Universidade da Amazônia)

Diniz Antonio de Sena Bastos (Universidade do Estado do Pará)

Darlen Nascimento Melo (Universidade da Amazônia)

Késia Pereira da Silva (Universidade da Amazônia)

Mikael Quaresma Rodrigues (Universidade da Amazônia)

Karina Morais Wanzeler (Universidade da Amazônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.11

**CAPÍTULO. 12.....121**

**DEZEMBRO VERMELHO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Francimar Oliveira de Jesus (Centro Universitário do Norte)

Deidry Lorena Pinho Nery (Centro Universitário do Norte)

Larissa Raywry de Souza (Centro Universitário do Norte)

Rodrigo da Silva Martins (Centro Universitário do Norte)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.12

**CAPÍTULO. 13.....128**

**ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Gabriel Bezerra do Nascimento Saraiva (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Adriane Bonotto Salin (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Aline Araújo Maia Miola Freire (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Camila de Oliveira Souza (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Clara Gomes de Oliveira (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

GISELE SOARES DIAS (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Jennifer Helen Barbosa Diniz (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Larissa Serra Gondim de Souza (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Luana Rodrigues Marques (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

Francisco Mateus Lima da Silva (Faculdade Interamericana de Porto Velho)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.13

**CAPÍTULO. 14.....136**

**IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL: A HORA É AGORA!!!**

Beatriz Schumacher (Faculdade IELUSC)

Michelle Scholz Mauricio (Instituição Bethesda)

Kathellen Monteiro dos Santos Camargo (Instituição Bethesda)

Thais Juliane Leite (Instituição Bethesda)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.14

**CAPÍTULO. 15.....145**

**O CAMINHO DO ÁLCOOL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Elisandra Caetano (Universidade Federal de Santa Catarina)

Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann (Universidade Federal de Santa Catarina)

Jéssica Daiane Rosa (Universidade Federal de Santa Catarina)

Rafaela Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal de Santa Catarina)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.15

**CAPÍTULO. 16.....161**

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA SEDAÇÃO PALIATIVA UTILIZADA NO PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Fabiana Wemmer (Universidade Feevale)

Fernanda Silva de Souza Rodrigues (Universidade Feevale)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.16

**CAPÍTULO. 17.....174**

SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fernanda Rodrigues Rodvalho (Centro de Ensino Literatus)

Gusttavo Magalhães Freitas (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.17

**CAPÍTULO. 18.....187**

SEGURANÇA E CUIDADOS DO PACIENTE PEDIÁTRICO NA PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Antonia Artemia Bezerra da Silva (Centro Universitário do Norte)

Brenda Pinheiro da Costa (Centro Universitário do Norte)

Francisca Magda de Sousa Pinto Silva Xavier (Centro Universitário do Norte)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.18

**CAPÍTULO. 19.....203**

AUTOMEDICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMAZONAS

Raiany Nascimento de Almeida (Universidade Paulista)

Silvana Nunes Figueiredo (Universidade Paulista)

Israel Ananias de Lemos (Universidade Paulista)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.19

**CAPÍTULO. 20.....219**

AVALIAÇÃO DE METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO PARA ESTUDANTES TRABALHADORES E NÃO TRABALHADORES DE CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Pedro de Oliveira Nogueira (Universidade Paulista)

Fabrcio Sidnei da Silva (Faculdade Israelita de Ci4ncias da Saude Albert Einstein)

Andrea Gomes da Costa Mohallem (Faculdade Israelita de Ci4ncias da Saude Albert Einstein)

Maria Mercedes Fernandez Samperiz (Faculdade Israelita de Ci4ncias da Saude Albert Einstein)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.20

**CAPITULO. 21.....239**

**ENFERMAGEM E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Jéssica de Fátima Gomes Pereira (Universidade Federal do Paraná)

Letícia Pontes (Universidade Federal do Paraná)

Mitzy Tannia Reichembach (Universidade Federal do Paraná)

Simone Martins Nascimento Piubello (Universidade Federal do Paraná)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.21

**CAPITULO. 22.....255**

**ENFERMEIRO FRENTE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Graciely dos Santos da Luz (Faculdade Ciências Biomédicas de Cacoal)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.22

**CAPITULO. 23.....265**

**O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS A PACIENTES COM FERIDAS E LESÕES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE**

Victor Castro da Silva (Centro Universitário FAMETRO)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.23

**CAPITULO. 24.....275**

**O CUIDAR DE ENFERMAGEM NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Waleria do Socorro Rodrigues Oliveira (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

Karina Borges da Silva (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

Rosane do Nascimento Rodrigues (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

Milena Farah Damous Castanho Ferreira (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

Erivelton do Carmo Baia (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

João Paulo Duarte Pereira (Centro Universitário Metropolitano da Amazônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.24

**CAPÍTULO. 25.....284**

**SÍNDROME DE BURNOUT NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATUAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO**

Jucilene Silva da Silva (Faculdade Integrada Brasil Amazônia)

Suzyanne Raissa Alves do Nascimento (Faculdade Integrada Brasil Amazônia)

Everson Vando Melo Matos (Faculdade Integrada Brasil Amazônia)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.25

**CAPÍTULO. 26.....294**

**TECNOLOGIA LEVE COMO PROPOSTA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO**

Valdir Soares da Costa Neto (Universidade do Estado do Amazonas)

Elielza Guerreiro Menezes (Universidade do Estado do Amazonas)

Mariana Jacob D'Albuquerque Silva (Universidade do Estado do Amazonas)

Mayara Soares Gonzaga (Universidade do Estado do Amazonas)

Rogely Ferreira Sangel Patrocínio (Universidade do Estado do Amazonas)

Tito Marcos Mendonça Reis (Universidade do Estado do Amazonas)

Evelin Gonçalves de Vasconcelos (Universidade do Estado do Amazonas)

Tamires Sheyenne Pereira da Silva (Universidade Federal do Oeste do Pará)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.26

**CAPÍTULO. 27.....310**

**USO DE EQUIPAMENTOS DE BIOSSEGURANÇA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO**

Eliene Mendes

Joseneide Viana de Almeida

Márvy Hellen Nobre de Almeida

Raquel Maria Castilho de Mendonça

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310.27

<b>ORGANIZADORES.....</b>	<b>328</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>330</b>

## A EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NORMAL

**Paloma Souza da Paz<sup>1</sup>, Débora Cristina Pinheiro da Silva<sup>1</sup>, Mikaelly Pinheiro Garcia<sup>1</sup> e  
Eurides de Souza Lima<sup>1,2,3</sup>**

1. Centro Universitário Metropolitano de Manaus (FAMETRO), Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Universidade Nilton Lins (UNINILTON); Manaus, Amazonas, Brasil;
3. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** O parto pensado no contexto da humanização envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que buscam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma, torna-se relevante o papel da equipe de enfermagem durante o período clínico do parto, considerando as condições de trabalho e a equipe inserida entre outros fatores determinantes para execução de um processo de parturição. Tem-se como finalidade compreender a percepção da equipe de Enfermagem perante as boas práticas obstétricas na atenção ao parto. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, em artigos publicados no período de 2015 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases de dados LILACS e SCIELO. **Considerações Finais:** Demonstra-se que o uso de tecnologias leves não invasivas e a interação da equipe multiprofissional contribuem para as mudanças de paradigmas do cenário obstétrico, bem como proporcionar reflexões de futuras publicações norteadoras das ações de enfermagem nesse âmbito para uma consolidação de uma identidade coletiva.

**Palavras-chave:** Equipe de Assistência ao Paciente, Enfermagem Obstétrica e Pesquisa em Enfermagem.

### ABSTRACT

**Introduction:** Childbirth conceived in the context of humanization involves a set of knowledge, practices and attitudes that seek to promote healthy childbirth and birth and to prevent maternal and perinatal morbidity and mortality. Thus, the role of the nursing team during the clinical period of childbirth becomes relevant, considering the working conditions and the team inserted among other determining factors for the execution of a parturition process. Its purpose is to understand the perception of the Nursing team regarding good obstetric practices in childbirth care. **Materials and Methods:** This is a bibliographic study, type integrative review, in articles published from 2015 to 2018, in Portuguese, English and Spanish, in the LILACS and SCIELO databases. **Final Considerations:** It is demonstrated that the use of light non-invasive technologies and the interaction of the multidisciplinary team

contribute to the changes in paradigms of the obstetric scenario, as well as providing reflections of future publications guiding nursing actions in this area to consolidate an identity collective.

**Keywords:** Patient Assistance Team, Obstetric Nursing and Nursing research.

## 1. INTRODUÇÃO

As boas práticas obstétricas são medidas adotadas que promovam a saúde e bem-estar da gestante na hora do parto baseadas em evidências clínicas, na década de 80 o Brasil começou um movimento com intuito de melhorar a saúde da mulher, incluindo a da gestante, diferentes manifestantes sociais como: usuárias, profissionais de saúde, ativistas e feministas estavam expondo seu descontentamento com todo o sistema de atendimento as parturientes. Desta forma o Ministério da Saúde criou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BALDISSEROTTO, 2015).

O PAISM foi desenvolvido com o objetivo básico a integralidade na atenção das mulheres e logo tornou-se a primeira referência de política pública do Ministério da Saúde (MS), mesmo não sendo reconhecida ainda a humanização, de forma documental já se encontrava empregada um novo conceito visionário e totalmente humanizado com enfoque ao ciclo gravídico-puerperal e programas com critérios de fomentar a qualificação dos níveis de saúde da população feminina, potencializando a autonomia feminina, incorporando os princípios de equidade, descentralização dos serviços e inclusão da integralidade a respeito de seu corpo e durante todo atendimento ao parto (SIQUEIRA, 2017).

A Organização mundial da saúde (OMS) no ano de 1996, inseriu as boas práticas em toda assistência obstétrica, dividindo-as em quatro classes: baseadas em práticas úteis e que necessitam de estimulação, práticas prejudiciais, práticas cautelosas as quais não possuem evidências e aquelas práticas frequentemente empregadas de forma inadequada com intuito de consolidar as boas práticas no âmbito assistencial (FUJITA; SHIMO, 2014)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, as instituições vêm incentivando o parto humanizado e diminuindo as intervenções cirúrgicas das parturientes. Trata-se de empregar a humanização em toda assistência com uma perspectiva de minimizar riscos de infecção para o binômio mãe-filho propiciando o bem-estar para ambos (VIEIRA et al., 2016).



A humanização no atendimento em saúde é definida como um elo entre profissional e paciente, capaz de gerar a empatia, reconhecimento mútuo dos direitos e deveres de ambos mediante a um bom diálogo entre os dois. Nesta perspectiva, um atendimento humanizado está relacionado também as boas práticas, e seus efeitos se tornam positivos quando a equipe multiprofissional tem o contato direto capaz de obter um feedback com os usuários e acompanhantes prevalecendo o respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Quando se trata de cuidados relacionados a gestante torna-se relevante, pois entende-se que é um período de sua vida com anseios e dúvidas, sem mencionar os fatores envolvidos nessa etapa tais como: fisiológicos, psicossociais, socioeconômicos e familiares, para isso os profissionais de saúde devem ter a compreensão sobre essas necessidades voltadas à saúde da mulher que envolvem as boas práticas no trabalho de parto objetivando uma assistência plena e de qualidade durante a fase gravídica puerperal.

Sob esta perspectiva, o objeto de estudo tem como finalidade compreender a percepção da equipe de Enfermagem perante as boas práticas obstétricas na atenção ao parto.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 BOAS PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO NORMAL

A organização mundial da saúde no ano de 1996 por meio de estudos científicos criou algumas classificações pertinentes as boas práticas direcionadas na hora do parto e o nascimento propriamente dito, foram criadas categorias do nível A ao D, a classe inicial demonstra práticas benéficas que precisam ser estimuladas, já outras que são ineficazes e devem ser descartadas, umas que carecem de cautela por não terem evidências suficientes (OMS, 1996).

Uma das recomendações é durante o acompanhamento do pré-natal, onde será avaliada a saúde da gestante e do feto, esse contato inicial entre paciente e enfermeiro cria-se um vínculo momentâneo por meio dos cuidados básicos que o Enfermeiro e sua equipe oferecerá a essa paciente, pois isso refletirá no seu bem-estar, uma vez que essas ações de

zelo primam pela qualidade no atendimento que é fundamental para o processo parturitivo (ANDRADE, 2017).

O acolhimento tanto da grávida e do acompanhante no momento que adentram o hospital deve ser feito, pois o local que a mesma escolheu para ter o seu filho precisa fornecer toda uma assistência pela equipe de enfermagem passando assim segurança e confiabilidade que ela necessita nessa ocasião tão especial e singular na vida de uma mulher. O enfermeiro consegue associar os cuidados com ações educativas unidirecional a gestante e ao acompanhante, com finalidade de compreender todo o processo que possa ocorrer durante e após a gravidez para que tenha informações no preparo condicionante a saúde da mãe e do feto (MARTINS; ROMUALDO, 2014).

A partir desse plano assistencial traçado pelo Enfermeiro baseado nas consultas, o mesmo criará um prontuário da paciente onde constará os exames tanto físico quanto obstétrico, informações úteis e importantes que norteará outros profissionais durante o ciclo gravídico, portanto para que haja uma evolução gestacional sem intercorrências se faz necessário essas recomendações, pois se caso ocorra alguma eventualidade na hora do parto, o Enfermeiro obstetra utilizará esse histórico de dados que auxiliará toda a equipe (VIEIRA et al., 2016).

Então nota-se que as boas práticas obstétricas tais como oferecer líquido nos instantes que precede o parto é uma das atividades que devem ser estimuladas, caso a grávida queira segundo recomendações da própria OMS, além de fazer o monitoramento do feto através da ausculta, bem como utilização do partograma permitindo assim o acompanhamento no trabalho de parto evitando intervenções desnecessárias. Estimular outras posições durante o parto que não sejam supinas, pois favorecerá comodidade e alívio a mãe na hora da concepção, entre outras técnicas que diminuirá a dor tais como: realizar massagens, aplicar bolsas de água quente, adotar musicoterapia entre outras (MEDEIROS et al., 2016).

O uso de procedimentos não farmacológicos é incluído como um fator que conduz para um bom parto e por isso devem ser estimulados uma vez que trará benefícios a parturiente, como por exemplo: a bola suíça a deambulação, banho de aspersão proporcionaram alívio e conforto a paciente na hora que antecede o parto normal. Todo apoio é crucial seja por parte da equipe de profissionais de saúde e acima de tudo pela família, pois o apoio emocional advindo de um ente querido, o qual foi escolhido pela mesma para acompanhá-la transmitirá segurança e tranquilidade (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Tendo em vista que a Enfermagem é uma das profissões que estão inseridas na prática do cuidar, pois a mesma visa proteção, saúde, prevenção, respeitando o ser humano na sua plenitude, portanto essa evolução dos serviços referentes a saúde desmistifica que o paciente venha a ser tratado como objeto, essa compreensão está diretamente ligada a ética profissional cumprindo os princípios, valores e admitindo suas responsabilidades perante o exercer da profissão.

## 2.2 AS COMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA GESTANTE QUANDO NÃO SÃO ADOTADAS AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

Quando se utilizam medidas intervencionistas durante o processo natural que afeta a fisiologia feminina durante o parto estimulando e acelerando o nascimento do bebê, isso poderá acarretar efeitos danosos na saúde da mulher e conseqüentemente no recém-nascido. Por ter uma complexidade de elementos que envolvem o trabalho de parto e pós-parto algumas práticas não são aconselháveis em virtude de não serem aprovadas pelos órgãos de saúde, mas que infelizmente muitos profissionais ainda fazem uso, mesmo sabendo que é proibido (PEREIRA et al., 2017).

Ainda existe a ideia errônea de se tratar a gravidez como uma patologia e baseando-se nesse preceito equivocado, faz-se uso de medicamentos para acelerar as contrações e induzir o parto, uma das mais utilizadas e a ocitocina, mas como toda medicação existe os benefícios e malefícios, pois recomenda-se esperar o tempo da paciente realizando o monitoramento de forma adequada observando cada caso em particular, visto que os riscos são os mais variados desde uma simples alergia até numa ruptura, portanto deve-se ter a percepção para que não comprometa a saúde da paciente (ZUKOFF, 2018).

## 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que, as boas práticas estão relacionadas a efetiva assistência durante a orientação ao pré-natal, a livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, bem como a inserção da família ou do acompanhante na continuidade do cuidado da saúde. Entretanto ainda se torna um desafio por parte dos profissionais de enfermagem frente ao cenário obstétrico.

Dessa forma, necessita-se um olhar holístico por parte dos profissionais de

enfermagem no sentido de potencializar as diferentes iniciativas da rede, pela integralidade, continuidade e resolutividade das ações de cuidado.

A inserção de uso de tecnologias leves não invasivas e a interação da equipe multiprofissional contribuem para as mudanças de paradigmas do cenário obstétrico, bem como proporcionar reflexões de futuras publicações norteadoras das ações de enfermagem nesse âmbito para uma consolidação de uma identidade coletiva.

## 4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11. n. 6, p. 2576-2585, 2017.

BALDISSEROTTO, M. **Associação entre boas práticas de assistência ao trabalho de parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido**. (Dissertação) Mestrado em Epidemiologia em Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fioruz), Rio de Janeiro, 2015.

FUJITA, J.; SHIMO, A. Parto humanizado; experiências no sistema único de saúde relato de experiência. **Rev Min Enferm**, v. 18. n. 4, p. 1006-1010, 2014.

MAFETONI, R.R; SHIMO, K.K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 2, p. 513-520, 2014.

MARTINS, SFM; ROMUALDO, C.A. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. **Rev Bras Enferm**, v. 67. n. 3, p. 360-365, 2014.

MEDEIROS, L.A, et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37. n. 3, p. 930-55316, 2016.

MONTEIRO, M, et al. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de rodgers. **Rev de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7. n.1885, p. 1-10, 2017.

VIEIRA, M, et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev Eletr Enf**, v. 7. n. 0.1885, p. 1-10, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Genebra, 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 03/09/2020.

PEREIRA, S.B. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 71. n. 3, p. 1393-9, 2018.

SIQUEIRA, R. **Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento**. (Dissertação) Mestrado - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2017.

ZUKOFF, A.K.M. **A promoção da integridade do períneo no cuidado á mulher no parto**. (Dissertação) Mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2018.

## A PEDAGOGIA FREIRIANA E O DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Joana Angélica Andrade Dias<sup>1</sup>, Helena Maria Scherlowski Leal David<sup>2</sup>, Flavia Pedro dos Anjos Santos<sup>1</sup>, Eliane Fonseca Linhares<sup>1</sup>, Yanna Andrade Ferraz<sup>3</sup>

1.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil;

2.Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil;

3.Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

### RESUMO

Sabe-se que o pensamento crítico não é desenvolvido espontaneamente pelos discentes, mas por meio de uma educação libertadora, dialógica e criativa e de metodologias ativas de ensino, o que possibilita formar enfermeiros cada vez mais reflexivos, proativos e qualificados para atuar nos diversos espaços do setor saúde. Nessa perspectiva, o estudo objetiva apresentar a educação crítica de Paulo Freire como uma opção pedagógica a ser adotada pelas instituições formadoras, a fim de que os discentes de graduação em enfermagem possam efetivamente desenvolver a competência do pensamento crítico. Trata-se de um ensaio teórico reflexivo, construído a partir da leitura de livros escritos pelo referido educador e pela enfermeira Alfaro-Lefevre, além de artigos capturados nas bases de dados constantes na Biblioteca Virtual em Saúde, mediante a utilização da palavra-chave “Pensamento crítico”, selecionados conforme relação direta com este objeto de estudo. Os resultados contemplaram dois eixos temáticos intitulados “Compreendendo o pensamento crítico em enfermagem” e “A educação crítica de Paulo Freire na perspectiva do ensino do pensamento crítico na graduação em enfermagem”. A discussão desses eixos possibilitou a reflexão de que é por meio de uma educação crítica que se encontra o caminho ideal a ser percorrido pelo ensino de graduação em enfermagem com vistas ao desenvolvimento do pensamento crítico, o que possibilitará aos graduandos tomar decisões acertadas, prestar cuidados de qualidade, assim como transformar a realidade dos diversos campos de prática, antes mesmo de se tornarem enfermeiros.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Educação e Pensamento crítico.

### ABSTRACT

It is known that critical thinking is not developed spontaneously by students, but through a liberating, dialogical and creative education and active teaching methodologies, which allows training nurses increasingly reflective, proactive and qualified to work in the various spaces

of the health sector. In this perspective, the study aims to present Paulo Freire's critical education as a pedagogical option to be adopted by the training institutions, so that nursing students can effectively develop the competence of critical thinking. This is a reflective theoretical essay, constructed from the reading of books written by the aforementioned educator and the nurse Alfaro-Lefevre, in addition to articles acquired from the databases contained in the virtual health library, using the keyword "Critical Thinking", selected according to a direct relationship with this object of study. The results included two thematic axes entitled "Understanding critical thinking in nursing" and "Paulo Freire's critical education from the perspective of teaching critical thinking in nursing graduation". The discussion of these axes allowed reflecting that a critical education is responsible for the ideal path to be followed by nursing teaching aiming to develop critical thinking, which will enable graduate students to make the right decisions, provide quality care, as well as transform the reality of the various practical fields, even before becoming nurses.

**Keywords:** Nursing, Education and Thinking critical.

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o ensino de graduação em enfermagem vem passando por transformações relacionadas ao perfil profissional, à expansão quantitativa do número de cursos e às novas demandas do mercado de trabalho, evidenciando a necessidade de movimentos coletivos que contribuam com mudanças na forma de ensinar e aprender (SILVA et al., 2013), com consequente utilização de estratégias que colaborem para a redução das resistências às mudanças, da dicotomia entre o pensar e o fazer, assim como do autoritarismo, da fragmentação e do tecnicismo presentes na prática pedagógica de modo geral (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Especialmente no que diz respeito ao perfil, a Resolução nº 03 de 07/11/2001 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Superior (CES) que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Enfermagem estabelece em seu artigo terceiro (Inciso I) que o egresso deve possuir formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; ser qualificado para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual e nos princípios éticos; ser capaz de atuar com senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico do Brasil/região onde irá atuar (BRASIL, 2001).

Com base neste perfil, mas também nos artigos quarto (Inciso I) e décimo quarto (Inciso I) da referida resolução, se percebe a necessidade premente de que o educando desenvolva ao longo do seu processo formativo a capacidade de pensar crítica e

reflexivamente a fim de que ao se tornar profissional possa atuar de forma competente, habilidosa, proativa e segura, resultando na prestação de cuidados de qualidade, até porque se entende que não é o saber que faz a competência na prática, mas como ele é utilizado por aquele que o detém (ISAACS, 2010).

Observa-se que embora a Resolução CNE/CES nº 03 de 07/11/2001 não aponte claramente o pensamento crítico como uma competência a ser desenvolvida pelos egressos dos cursos de graduação em enfermagem este deveria assim ser considerado, vez que sem ele o futuro profissional possivelmente se distanciaria cada vez mais do perfil proposto nas DCNs, além do que a reflexão crítica que deve anteceder a utilização do saber por parte do enfermeiro não ocorrerá, impossibilitando-o pensar as melhores soluções para os problemas identificados na prática.

Nessa perspectiva, reporta-se a Machado (2009), quando afirma que a competência compreende o desejo de obter alguma coisa ou alcançar uma meta, o conhecimento dos meios ou recursos para atingi-los e a capacidade de mobilizar esses recursos para o alcance desse objetivo, daí o entendimento de que “não basta desejar, não basta conhecer, é preciso competência para realizar” aquilo que se objetiva ou almeja, o que conduz à reflexão de que o pensamento crítico e a competência se fundem em algo único e necessário à prática profissional do enfermeiro.

Destaca-se que ao definir as DCNs para os cursos de graduação em enfermagem, a referida resolução reforça a necessidade de mudanças na formação e estimula movimentos inovadores no processo de ensinar e aprender (SILVEIRA; PAIVA, 2009), motivo pelo qual acredita-se que a formação de um enfermeiro crítico deva começar no ensino de graduação por oferecer aos discentes a oportunidade de desenvolver atitudes críticas, criativas e transformadoras, sendo necessário que o educador conheça e aplique “estratégias que estimulem as habilidades de pensar criticamente de modo a expandir os processos cognitivos e o saber expressivo da profissão” (CROSSETTI et al., 2009).

Além disso, no plano das relações sociais mais amplas, considera-se que a enfermagem, mais que profissão e trabalho, é prática social em defesa da saúde e da vida. Nesse sentido, a adoção de pedagogias críticas é apontada como fator fortalecedor dessa dimensão social, pela constituição de ambientes de aprendizagem diversificados, que possibilitarão ao futuro enfermeiro desenvolver sua capacidade de enfrentamento de desafios técnicos e humanos.

Desse modo, percebe-se que o pensamento crítico não é desenvolvido de maneira natural e espontânea (ISAACS, 2010) pelos educandos, mas por meio da adoção de uma

pedagogia libertadora, emancipadora e problematizadora por parte daqueles que atuam como facilitadores do processo de ensinar e aprender, o que motivou a elaboração deste estudo que objetiva apresentar a educação crítica de Paulo Freire como uma opção pedagógica a ser adotada pelas instituições formadoras a fim de que os discentes de graduação em enfermagem possam efetivamente desenvolver o pensamento crítico.

Portanto, acredita-se, que seja por meio de uma educação libertadora, dialógica e criativa e de metodologias ativas de ensino que se torna possível formar enfermeiros cada vez mais críticos, proativos, reflexivos e qualificados para atuar nos diversos espaços do setor saúde.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

O estudo corresponde a um ensaio teórico reflexivo, sendo, portanto, de natureza qualitativa, considerando ter sido construído a partir da leitura de livros e artigos, o que possibilitou os autores mesclarem suas ideias com os conceitos de estudiosos que já haviam se debruçado sobre as temáticas relacionadas ao pensamento crítico e a pedagogia freiriana.

Destaca-se ter sido o mesmo construído basicamente a partir da leitura dos livros “Pedagogia do Oprimido”, “Pedagogia da Autonomia” e “Educação e Mudança” de autoria do educador Paulo Freire e “Aplicação do Processo de Enfermagem - uma ferramenta para o pensamento crítico” e “Pensamento Crítico em Enfermagem: um enfoque prático” de autoria de Alfaró-Lefevre, além de artigos capturados nas bases de dados constantes na Biblioteca Virtual em Saúde, mediante a utilização da palavra chave “Pensamento crítico”, sendo os mesmos selecionados conforme relação direta com esse objeto de estudo.

Antecedendo a realização da busca bibliográfica, estabeleceu-se o objetivo desta pesquisa e conseqüente leitura crítica de todo o material selecionado. Posteriormente estabeleceu-se os dois eixos temáticos que se configuraram nos resultados e, em seguida, procedeu-se a discussão dos mesmos. Por fim, foram apresentadas as conclusões do estudo.



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 EIXO TEMÁTICO Nº 1 - COMPREENDENDO O PENSAMENTO CRÍTICO EM ENFERMAGEM

O pensamento crítico é considerado “um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem” (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013) e enquanto competência assume um importante papel na área da saúde, constituindo-se em um elemento essencial em situações que exigem resolução de problemas e tomada de decisão (AMORIM; SILVA, 2014). É considerado um pressuposto básico não apenas para a prática do cuidado, mas também para o ensino e a pesquisa, onde por meio dele se torna viável “formar pensadores com habilidades necessárias para o exercício de uma profissão humanística” (CROSSETTI et al., 2014).

Diferente do pensamento do senso comum, o pensamento crítico se apoia na ciência e no método científico e se desenvolve a partir das oportunidades vivenciadas na prática, requerendo o desenvolvimento de estratégias que contribuam ao máximo para a promoção do potencial humano, possibilitando reverter desequilíbrio em equilíbrio e compensar problemas originados pela natureza humana (ALFARO-LEFEVRE, 1996; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

É “composto por três elementos: o conhecimento, as destrezas e as atitudes/disposição de pensar criticamente” (ISAACS, 2010) e se estrutura a partir de elementos que compreendem habilidades cognitivas e comportamentais, que se caracterizam “por atitudes relativas ao esforço consciente social e humanista e ou de envolvimento do pensador crítico” com a situação prática que exige do mesmo uma tomada de decisão (CROSSETTI et al., 2014).

As habilidades ou atitudes cognitivas englobam o “raciocínio, a lógica, a interpretação, a análise, a inferência, a explanação e a avaliação”, enquanto as comportamentais compreendem “mente aberta, investigação, busca autêntica, analítica, sistemática, autoconfiança, autoavaliação” (CROSSETTI, 2008), mas também a autodisciplina, responsabilidade, prudência, curiosidade, discernimento, intuição, criatividade, praticidade, empatia, flexibilidade, persistência, coragem, paciência, proatividade, entre outras (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Nessa perspectiva, acredita-se que diversas estratégias de ensino podem ser utilizadas para estimular o desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes da área da saúde, como por exemplo, o estudo de caso, o ensino online, a aprendizagem interativa, o mapa conceitual e a aprendizagem baseada em problemas, as quais se apresentaram como as que mais se destacaram em um estudo (CROSSETTI et al., 2009) que objetivou caracterizar as estratégias utilizadas no ensino de enfermagem com este fim, o que vem confirmar a importância de metodologias problematizadoras e dialógicas para a efetivação de uma educação crítica e conseqüentemente para o desenvolvimento dessa forma de pensar pelos sujeitos partícipes do processo de ensinar e aprender.

### 3.2 EIXO TEMÁTICO Nº 2 - A EDUCAÇÃO CRÍTICA DE PAULO FREIRE NA PERSPECTIVA DO ENSINO DO PENSAMENTO CRÍTICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

De acordo com a pedagogia freiriana uma pessoa não educa outra, devendo o homem ser sujeito e não objeto de sua própria educação, isso porque se a vocação ontológica do homem é a de ser sujeito e não objeto, este somente poderá desenvolvê-la se ao invés de agir como mero espectador da realidade, introduzir-se sobre ela de maneira crítica e reflexiva, transformando-a, imbuído que se encontra do compromisso com a mesma (FREIRE, 2011).

Desse modo, a educação precisa ser vista como uma troca inesgotável “de experiências entre educador e educando, relação na qual um colabora para a aprendizagem do outro” (CHAGAS et al., 2009) mediante comprometimento mútuo estabelecido entre ambos, lembrando que a principal condição para que uma pessoa possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir no mundo e de refletir sobre o estar nele, vez que do contrário, passa a ser considerado um ser atemporal que vive eternamente no hoje, sem conseguir distanciar-se da realidade para admirá-la e transformá-la. Destaca-se que a reflexão sobre a realidade possibilita compreendê-la, levantar hipóteses sobre os problemas presentes nela e a buscar solução para os mesmos (FREIRE, 2011).

Nessa perspectiva, ambos, educador e educando, precisam entender que não se ensina transferindo conhecimentos ou conteúdos e que tão pouco se forma por meio de uma ação em que “um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado”, até porque se sabe que nenhum deles é objeto um do outro, mas sujeitos do processo de ensinar e aprender. Destaca-se que quem ensina sempre aprende com outro e que nessa

socialização de saberes, o educador e educando terminam por se ajudarem mutuamente na construção do seu conhecimento (FREIRE, 2016).

Em concordância com a pedagogia freiriana, acredita-se que o educador além de ter o dever de estimular nos educandos a criticidade, a curiosidade e a insubmissão, necessita também ajudá-los a compreender a importância de se aproximarem do objeto cognoscível com base em uma rigorosidade metódica, vez que a sua tarefa não se resume em apenas ensinar, mas também a incitá-los a pensar certo (FREIRE, 2016).

Sabe-se que essa “prática docente crítica implicante do pensar certo envolve um movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer” (FREIRE, 2016), de maneira que para um discurso promover a reflexão precisa se confundir com a prática por ele teorizada, não devendo, portanto, haver distanciamento entre a reflexão e a ação, considerando que a ação, reflexão e ação devem ocorrer simultaneamente, configurando-se em práxis, em transformação do mundo, em construção de conhecimento. Ressalta-se que todos que vivem a plenitude da práxis são considerados seres realmente críticos (FREIRE, 2019) e que os saberes da enfermagem “são construídos, desconstruídos e reconstruídos cotidianamente por meio do processo de reflexão-ação, prática em movimento, teoria em ação” (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009), enfim, por meio da práxis.

Assim, acredita-se que a memorização mecânica do perfil do objeto não se caracteriza em aprendizado, em construção de conhecimento, pois ao agir desse modo o educando deixa de ser sujeito e passa a ser “paciente da transferência do objeto ou do conteúdo” (FREIRE, 2016). Do mesmo modo, a percepção de que somente o educador é o sujeito, conduz também a memorização mecânica, pois o educando passa a ser visto como um recipiente a ser preenchido pelo educador (FREIRE, 2019), o que certamente o impossibilitará desenvolver as características de um pensador crítico, conforme descrito anteriormente.

Nesse sentido, torna-se inviável pensar em uma educação libertadora alienando o homem ao depositar nele o conhecimento, até porque essa forma de educação reconhecida como bancária termina por anular ou minimizar o poder criador dos educandos, estimulando a ingenuidade e não a criticidade, por colocá-los na posição de observadores e não de pessoas que estão no mundo para reconstruí-lo (FREIRE, 2019).

Assim, a educação comprometida com a libertação dos homens não pode ser aquela que deposita conteúdos, mas a que problematiza as relações dos homens com o mundo; aquela que prima pela superação da dicotomia educador-educandos; que estimula a relação dialógica; que se configura na própria práxis, que implica na ação e na reflexão sobre o

mundo objetivando transformá-lo. Essa modalidade de educação possui caráter autenticamente reflexivo e possibilita um constante desvelamento da realidade, de tal maneira que os educandos e educador são reconhecidos como investigadores e pensadores críticos que numa relação dialógica constroem seus conhecimentos, cabendo salientar que sem o diálogo não há um pensar crítico, não ocorrendo, portanto, uma verdadeira educação (FREIRE, 2019).

Em conformidade com o pensamento freiriano, na prática da educação libertadora, dialógica e problematizadora, o conteúdo é organizado e constituído de acordo com a visão do mundo dos educandos, a partir de temas geradores a serem estudados e pesquisados por eles e o educador mediante julgamentos críticos e reflexivos (FREIRE, 2019). Significa dizer que ao invés de práticas tradicionais, o educador em enfermagem deve utilizar metodologias ativas, agir como facilitador do processo ensino aprendizagem, estimular e direcionar debates resultantes de trabalhos em grupo, utilizar situações da vida real, entre outros, a fim de que por meio da reflexão, análise e questionamentos os futuros enfermeiros encontrem as soluções para o(s) problema(s) apresentado(s), o que os possibilitarão exercer a práxis e conseqüentemente desenvolver a competência do pensamento crítico.

É sobretudo o diálogo, em Freire, o elemento central que permite problematizar, desvelar o campo mais amplo de determinações acerca dos problemas e questões que atingem os grupos sociais oprimidos. Quando se considera que, no campo da saúde, os processos de determinação social devem ser analisados na busca pelas respostas e melhores formas de resolução, a problematização da realidade ganha concretude na formação de enfermeiros pelo exame coletivo das condições encontradas e vivenciadas pelos educandos nos campos de prática e nas suas próprias vidas.

Desse modo, percebe-se a necessidade de que os graduandos em enfermagem, desde o início da experiência formadora, se vejam como sujeitos da produção do saber e mais do que nunca se convençam “de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2016) e que os educadores dos cursos de graduação em enfermagem estimulem o desenvolvimento da consciência crítica, fazendo com que os educandos aprendam refletindo sobre sua própria realidade, considerando que ao agirem assim, estarão contribuindo com a formação de enfermeiros detentores de habilidades cognitivas e comportamentais que os qualificarão como competentes pensadores críticos.

## 4. CONCLUSÃO

A elaboração deste estudo permitiu mostrar de forma clara a importância da educação libertadora, dialógica e problematizadora, assim como da utilização de metodologias ativas de ensino para a formação de enfermeiros cada vez mais críticos e reflexivos conforme preconizado pela Resolução CNE/CES de 07/11/2001 que aprova as DCNs para os cursos de graduação em enfermagem, muito embora a busca de material científico para sua construção tenha evidenciado uma escassez de produção científica envolvendo o estudo do pensamento crítico em enfermagem associado ao pensamento do educador Paulo Freire.

Reafirma-se a necessidade do pensamento crítico ser incentivado pelos educadores durante todo o ensino de graduação em enfermagem com a finalidade de que o educando desenvolva o mais precocemente possível a competência de pensar crítica e reflexivamente, o que lhe possibilitará conhecer os meios e/ou recursos e realizar de forma competente aquilo que estabeleceu como objetivo ou meta, de modo a tornar-se no futuro um enfermeiro habilidoso, proativo, ético, responsável, cidadão, seguro e capaz de intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional com ênfase na região onde irá atuar, portanto detentor do perfil profissional estabelecido nas DCNs para os cursos de graduação em enfermagem.

Nessa direção, acredita-se que o universo da pedagogia freiriana, aquela que promove a autonomia, a libertação, a reflexão, a crítica, a práxis, o diálogo, a criatividade, entre outros, se constitua em um caminho ideal a ser percorrido no ensino de graduação em enfermagem na perspectiva do desenvolvimento do pensamento crítico dos educandos, possibilitando-os tomar decisões acertadas e conseqüentemente prestar cuidados de qualidade, assim como transformar a realidade dos espaços institucionais utilizados como campos de prática antes mesmo de se tornarem enfermeiros.

## 5. REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento Crítico em Enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- AMORIM, M.P.; SILVA, I. Instrumento de avaliação do pensamento crítico em estudantes e profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 1, p. 122-137, 2014.
- BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETTI, M.G.O. Habilidades do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares de Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília: DF, 2001b.
- CHAGAS, N.R.; RAMOS, I.C.; SILVA, L.F.; MONTEIRO, A.R.M; FIALHO, A.V.M. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, v. 15, n. 2, p. 35-40, 2009.
- CROSSETTI, M.G.O.; BITTENCOURT, G.K.G.D.; LIMA, A.A.A.; GÓES, M.G.O.; SAURIN, G. Elementos estruturais do pensamento crítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 55-60, 2014.
- CROSSETTI, M.G.O.; BITTENCOURT, G.K.G.D.; SCHAURICH, D.; TANCCINI, T; ANTUNES, M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 732-741, 2009.
- CROSSETTI, M.G.O. Processo Diagnóstico na Enfermagem: condições para a tomada de decisão do enfermeiro. **Revista Enfermagem Atual**, v. 44, p. 46-50, 2008.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martin. 41ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 69ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.
- ISAACS, L.G. Patrones de Pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería. **Investigación y Educacion em Enfermería**, v. 28, n. 3, p. 363-369, 2010.
- MACHADO, N.J. **Educação: competência e qualidade**. São Paulo: Escrituras Editora, 2009.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C; GANDRA, E.C.; SILVEIRA, M.R. Expansão dos Cursos de Graduação em Enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1219-1226, 2013.
- SILVEIRA, C.A.; PAIVA, S.M.A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 176-183, 2011.
- VALLE, G.V.; PAGLIUCA, L.M.F.; QUIRINO, R.H.R. Saberes e práxis em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 174-180, 2009.

## A PRODUÇÃO DO ENFERMEIRO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO AMAZONAS

**Francisca Félix da Rocha<sup>1</sup>, Sandra Regina Oliveira Barbosa<sup>1</sup> Gesiane Araújo Frota<sup>2</sup>,  
Sandra Costa Lima<sup>2</sup>, Juliana Barros da Cunha<sup>1</sup>, Laura Elizabeth Reffert Rebelo<sup>1</sup>, Ana  
Paula Prohmann Trentin<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Ambulatório Araújo Lima – AAL do Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV, Manaus, Amazonas, Brasil;

2. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV, Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

O Enfermeiro é considerado componente fundamental nos serviços de saúde ambulatoriais especializados, participando desde o planejamento, organização dos fluxos de trabalho, implantação e implementação de boas práticas, bem como na execução do serviço de enfermagem, quer seja na gestão, atividades educativas ou na assistência direta aos usuários, por meio da consulta e dos atendimentos de enfermagem. O presente estudou buscou descrever a produção do enfermeiro em um serviço ambulatorial especializado na cidade de Manaus, baseado nas estatísticas de produção geral dos atendimentos médicos e da equipe multiprofissional do Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas AAL/HUGV no período de 2017 e 2018. As variáveis trabalhadas foram: tipo e valor dos procedimentos realizados pelo enfermeiro, códigos de cobranças da tabela SUS; e procedimentos realizados que não permitem cobrança pela tabela sus. O total de consultas foram de 7.789 (2017) e 7.899 (2018), destas, o enfermeiro produziu 4.469 (57,3%) em 2017 e 2.432 (30,8%) em 2018, cobradas com os seguintes códigos de cobrança: 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 03.01.10.001-2 Administração de Medicamentos na atenção especializada; 01.01.01.002-8 Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção especializada. O estudo demonstra que o enfermeiro produz muito além do que pode ser cobrado pela tabela sus, aponta as fragilidades e defasagem no sistema de cobrança do SUS que não cobre a maioria dos serviços executados pelo enfermeiro, afetando sobremaneira em sua produção, tornando as ações do enfermeiro pouco visíveis.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Atendimento de Enfermagem e Serviços de saúde.

## ABSTRACT

The Nurse is considered a fundamental component in specialized outpatient health services, participating from the planning, organization of workflows, implantation and implementation of good practices, as well as in the execution of the nursing service, whether in management, educational activities or assistance direct to users, through consultation and nursing care. The present study sought to describe the production of nurses in a specialized outpatient service in the city of Manaus, based on the general production statistics of medical care and the multidisciplinary team at the Araújo Lima Ambulatory of the Getúlio Vargas University Hospital AAL / HUGV in the period 2017 and 2018. The worked variables were: type and value of the procedures performed by the nurse, charge codes of the SUS table; and procedures performed that do not allow charging for the sus. The total number of consultations was 7,789 (2017) and 7,899 (2018), of these, the nurse produced 4,469 (57.3%) in 2017 and 2,432 (30.8%) in 2018, charged with the following charge codes: 03.01.01.004-8 Consultation of higher education professionals in specialized care (except doctors); 03.01.10.001-2 Medication Administration in specialized care; 01.01.01.002-8 Educational Activity / Group orientation in specialized care. The study demonstrates that the nurse produces far beyond what can be charged by the sus table, points out the weaknesses and discrepancies in the SUS charge system that does not cover most of the services performed by the nurse, greatly affecting their production, making the nurse's actions barely visible.

**Keywords:** Nursing, Nursing Care and Health services.

## 1. INTRODUÇÃO

Embora a organização da prestação da assistência no SUS esteja baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BRASIL/CONASS, 2011).

O modelo assistencial de Leavell e Clark (1965) que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primários, secundário e terciário passa a requerer uma revisão profunda. Cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. Também vence o modelo de maior resolutividade de níveis inferiores do sistema, pois o que se trata agora é de atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível de cuidado capaz de dar resposta a estas necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, ele poderá estar em níveis de alta complexidade. Isto não exclui a observação de que a maior frequência de atendimentos continuará predominando nos níveis inferiores do sistema.



As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC – e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec) (BRASIL/CONASS, 2011).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e alta complexidade em saúde, em seu site na internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>), conforme se segue.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os procedimentos de média e alta complexidade são financiados com recursos do teto MAC e também pelo Faec, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL/CONASS, 2011).

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes (BRASIL, 2017).

- Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

O SIA/SUS é composto pelo módulo de produção que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) e por um módulo de programação que tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Programação Orçamentária (FPO) (BRASIL/CONASS, 2011).

Nesse contexto, o Enfermeiro é considerado componente fundamental nos serviços de saúde ambulatoriais especializados, participando desde o planejamento, da organização dos fluxos de trabalho, implantação e implementação de boas práticas, bem como na execução do serviço de enfermagem, quer seja na gestão, atividades educativas ou na assistência direta aos usuários, por meio da consulta e dos atendimentos de enfermagem.

Gomes, Oliveira e Sá (2007) enfatizam, para que os objetivos do SUS sejam atingidos, exige-se o desenvolvimento de determinado processo de trabalho de enfermagem, que vem se diversificando em atividades assistenciais, de gerência, de ensino e de pesquisa. No que tange às ações assistenciais, ressalta-se a presença desse profissional em todas as unidades de internação, nos ambulatórios e postos de saúde, estando presente praticamente em todos os momentos de contato entre a população e os serviços e em todos os atendimentos realizados;

O Ambulatório onde foi realizado a pesquisa presta serviços 100% SUS há mais de 50 anos em atendimentos especializados. Atualmente oferece consultas nas áreas de cardiologia, dermatologia clínica e cirúrgica (realiza pequenas cirurgias dermatológicas), otorrinolaringologia, medicina do sono, oftalmologia, cirurgias gerais, incluindo oncologia cirúrgica, ginecologia e pré-natal de alto risco, investigação de doenças genéticas, pediatria, neuropediatria, hebiatria, gastropediatria, nefrologia adulto e pediátrica, pneumologia (incluindo programa da asma e tuberculose, com realização do exame de PPD, que não pode ser cobrado por se tratar de procedimento de baixa complexidade), serviço de reabilitação, nutrição, terapia ocupacional, programas específicos na especialidade de endocrinologia adulto e infantil como Diabetes Mellitus; doenças metabólicas, doenças reumatológicas (Lúpus Eritematoso, Artrite reumatoide, Espondilite anquilosante entre outras) oferece atendimento em Linhas de cuidados em doenças neurológicas e linhas de cuidado da obesidade.

O Ambulatório é local de atuação profissional de parte das autoras, que vivenciam inúmeras dificuldades no dia-a-dia acerca dos atendimentos e procedimentos realizados, nos quais demandam tempo e atendimentos complexos, esbarrando em um limitado e defasado sistema de cobrança pela tabela sus. Dessa forma grande parte dos atendimentos realizados

não permitem cobrança, haja vista serem considerados da atenção básica. Entretanto, por se tratar de um ambulatório que atende muitos pacientes crônicos é quase impossível não receber pacientes que demandem cuidados complexos.

Os atendimentos em geral não consistem simplesmente na realização da consulta médica, de enfermagem ou de outro profissional de nível superior, é comum atendimentos na sala de suporte emergencial, pacientes com crise hipertensiva, dificuldades respiratórias, emergências neurológicas, crises convulsivas, por oferecer atendimento especializado em neurocirurgia e neurologia clínica.

Os atendimentos iniciais são realizados, muitos procedimentos feitos, monitorização do paciente, aferição de sinais vitais, punções venosas, administração de medicamentos emergenciais, algumas vezes culminando em ressuscitação cardiopulmonar, utilizando todos os procedimentos de emergência e então encaminhado ao pronto socorro mais próximo via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Entretanto, a produção passível de cobrança por meio da tabela SUS pelo enfermeiro, restringe-se a três procedimentos, embasadas nesta questão é que buscou-se descrever a produção do enfermeiro em um serviço ambulatorial especializado de média e alta complexidade na cidade de Manaus-AM.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, baseado na estatística de produção geral do Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas AAL/HUGV no período de 2017 e 2018. Os dados foram coletados do serviço de arquivo médico – SAME e da estatística Painel de Bordo, que se trata de uma ferramenta de gestão utilizada pelo ambulatório para gerenciar a produtividade e analisar os dados, é disponibilizada na área pública dos computadores do serviço. Para tanto, foi obtida a anuência da chefia do setor de Faturamento/Same do AAL para utilização e cessão dos dados.

O Ambulatório Araújo Lima - AAL serve como porta de entrada ao Hospital Universitário Getúlio Vargas, uma vez que este não possui serviço de pronto atendimento.

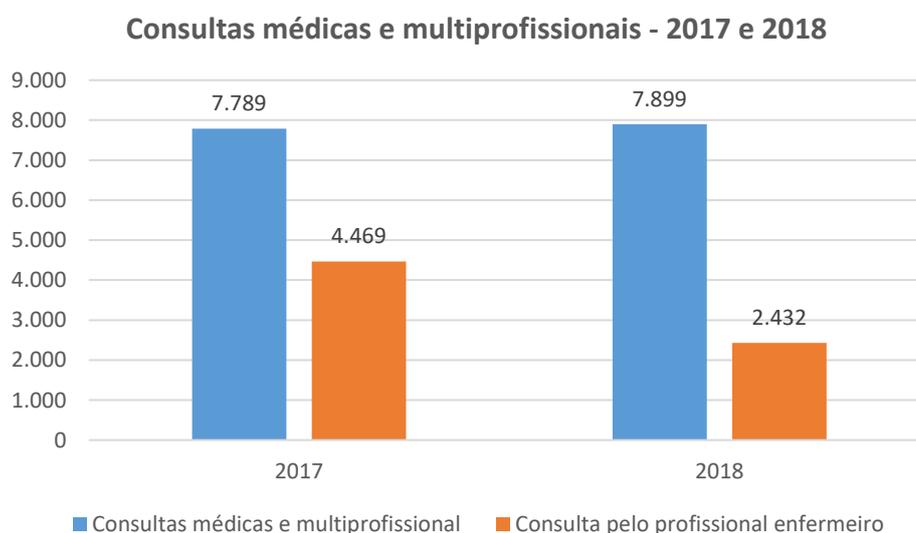
Além da oferta de consultas especializadas, realiza alguns exames específicos como: Videolaringoscopia, exames fonoaudiólogos, exames que necessitam ser realizados no ato da consulta. Os demais exames de imagens e gráficos são realizados pelo serviço de unidade de diagnóstico por imagem dentro do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Os dados foram coletados em maio de 2019, para submissão de resumo no 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem que aconteceu em setembro do mesmo ano em Manaus-AM. As variáveis foram padronizadas por: Consultas gerais médicas e multiprofissionais, tipo e valor dos procedimentos realizados pelo enfermeiro, códigos de cobranças da tabela SUS; e procedimentos realizados que não permitem cobrança pela tabela sus.

A tabulação e análise descritiva dos dados aconteceram concomitantes ao período da coleta, adotando-se o programa Microsoft Office Excel (Microsoft© 2013). Por tratar-se de dados secundários, disponibilizados publicamente a comunidade universitária, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de consultas realizadas pelo ambulatório nos anos de 2017 e 2018 foi de 7.789 e 7.899 respectivamente, destas o profissional enfermeiro produziu um total de 4.469 (57,3%) em 2017 e 2.432 (30,8%) em 2018, conforme figura 1.



**Figura 1.** Total de consultas realizadas por médicos; equipe multiprofissional e enfermeiros.

Com base nos dados acima observou-se uma diminuição na produção do enfermeiro no quesito consultas em 2018 no qual pode-se associar ao déficit no dimensionamento de enfermeiros, licenças médicas e afastamentos ocorridos no segundo semestre de 2018.

Em relação aos procedimentos passíveis de cobrança pelo enfermeiro com Código Brasileiro de Ocupações (CBO): 223505, destacamos três principais conforme quadros 1, 2 e 3 abaixo retirados do Sistema de Gerenciamento de Tabelas de procedimentos – SIGTAP/DATASUS, que são: Procedimento: 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO); Procedimento: 01.01.01.002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA; Procedimento: 03.01.10.001-2 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.

**Quadro 1.** Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico).

Procedimento	
Procedimento: 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	
Grupo:	03 - Procedimentos clínicos
Sub-Grupo:	01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
Forma de Organização:	01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior
Competência:	08/2020 <a href="#">Histórico de alterações</a>
Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
Complexidade:	Média Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário)
Instrumento de Registro:	Ambos
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	
Atributos Complementares:	Exige CNS Exige idade no BPA (Consolidado)
<b>Valores</b>	
Serviço Ambulatorial:	R\$ 6,30
Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 6,30
Serviço Profissional:	R\$ 0,00
Total Hospitalar:	R\$ 0,00

**Quadro 2.** Administração de Medicamentos na atenção especializada.

Procedimento	
Procedimento: 03.01.10.001-2 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	
Grupo:	03 - Procedimentos clínicos
Sub-Grupo:	01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
Forma de Organização:	10 - Atendimentos de enfermagem (em geral)
Competência:	08/2020 <a href="#">Histórico de alterações</a>
Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Média Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)
Instrumento de Registro:	Ambos
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	
Atributos Complementares:	
<b>Valores</b>	
Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,63
Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 0,63
Serviço Profissional:	R\$ 0,00
Total Hospitalar:	R\$ 0,00

### Quadro 3. Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção especializada.

Usuário: publico

**Procedimento**

Procedimento: 01.01.01.002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Grupo: 01 - Ações de promoção e prevenção em saúde  
Sub-Grupo: 01 - Ações coletivas/individuais em saúde  
Forma de Organização: 01 - Educação em saúde

Competência: 08/2020 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial  
Complexidade: Média Complexidade  
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)  
Sub-Tipo de Financiamento:  
Instrumento de Registro: BPA (Consolidado)  
Sexo: Ambos  
Média de Permanência:  
Tempo de Permanência:  
Quantidade Máxima:  
Idade Mínima: 7 anos  
Idade Máxima: 130 anos  
Pontos:  
Atributos Complementares:

Valores:

Serviço Ambulatorial:	R\$ 2,70	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 2,70	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00

O procedimento descrito no quadro 1, refere-se a consultas realizadas por todos os profissionais de nível superior (exceto médicos), neste caso enfatizaremos o enfermeiro que por meio do BPA-I cobram a consulta de enfermagem com este código, o valor de R\$6,30 por consulta conforme tabela sus. Atualmente realizam-se consultas a pacientes da endocrinologia (diabéticos tipo 1 e 2), orientações quanto a insulinoterapia, consultas a pacientes de pré-natal de alto risco, orientações gerais a pacientes quanto a administração de medicamentos no domicílio e sobre seu autocuidado. Entretanto, os procedimentos de enfermagem realizados na triagem como: aferição de Pressão arterial, peso e altura, glicemia capilar, aferição de temperatura, não permitem cobrança por ambulatórios de média e alta complexidade, segundo tabela sus, enquadram-se em procedimentos de atenção básica.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro respaldada pela atual legislação do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7498/86) e COFEN (Resolução 358/2009), que dispõem sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, nos quais ocorre o cuidado profissional de enfermagem (FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA, 2011).

A consulta de enfermagem é percebida como importante instrumento assistencial, que possibilita oferecer suporte ao paciente frente ao seu diagnóstico, promove o esclarecimento de dúvidas, orienta em necessidades e facilita o processo terapêutico de pacientes (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Destaca-se, nesse contexto, o potencial da consulta de Enfermagem no ambiente ambulatorial para os mais variados públicos como uma estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis (CASTRO JÚNIOR et al., 2019).

Quanto ao procedimento descrito no quadro 2, consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção à saúde desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos deve-se registrar o número de atividades realizadas por mês, o valor pago pela tabela sus corresponde a R\$ 2,70, o instrumento de registro é o BPA-C Boletim de produção ambulatorial consolidado. Pode ser realizada tanto para os usuários quanto para os trabalhadores da saúde.

Os temas de escolha para atividades educativas com os profissionais da saúde emergem da problematização do próprio serviço ou setor, na maioria das vezes, giram em torno de atualização de diretrizes e normas, atualização nos guidelines das sociedades brasileiras específicas, orientações acerca de fluxos de procedimentos operacionais padrões e temas específicos voltados para saúde do trabalhador. Um dos temas abordados nos anos de 2017 e 2018 com os profissionais de enfermagem de nível médio tratou da implementação dos protocolos de segurança do paciente e segurança da equipe que abordaram sobre a comunicação segura, prevenção de quedas e identificação do usuário a fim de minimizar possíveis eventos adversos.

As atividades educativas citadas acima não focam para atividades de educação permanente e educação continuada conforme preconiza a política nacional de educação permanente do Ministério da Saúde, para estes, existe um serviço específico ligado a divisão de enfermagem do hospital.

As atividades educativas voltadas para os usuários também são cobradas pelo código do quadro 2, na sua maioria são realizadas nas salas de espera para públicos gerais com temas variados sobre promoção, prevenção de agravos a saúde, além das campanhas específicas preconizadas pelo ministério da saúde como: Outubro rosa, novembro azul, Semana nacional de incentivo a doação de órgãos, Dia mundial da tuberculose, Dia do Alzheimer entre outros.

Os grupos de educação em saúde apresentam a capacidade de formar vínculos, acolher o usuário, além de favorecer sua compreensão da importância do autocuidado e, conseqüentemente, do desenvolvimento de sua autonomia. Esses eventos levam ao

reconhecimento da qualidade de vida como aspecto constitucional do conceito de saúde (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Os procedimentos cobrados pelo código descrito no quadro 3, consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independentemente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas/atendimentos, incluindo as consultas/atendimentos realizadas no domicílio, podem ser cobradas pelos CBO do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, o valor pago pela tabela sus é de 0,63.

Os medicamentos administrados no ambulatório são os considerados de alto custo e se enquadram em medicamentos dispensados pela Central de medicamentos do estado do Amazonas – CEMA, são trazidos pelo próprio paciente e administrados pelo profissional enfermeiro. Citam-se abaixo alguns dos medicamentos administrados:

- ✓ **Acetato de Octreotida:** indicado para regulação e controle de hormônio do crescimento, para redução de tumor de Hipófise, e em pacientes acromegálicos, sua administração é por via Intramuscular profunda;
- ✓ **Acetato de Leuprorrelina:** administramos no serviço em crianças para tratamento de puberdade precoce central; via intramuscular ou Subcutânea.

A administração de medicamentos é uma das funções assistenciais exercida, na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem, decorrendo da implementação da terapêutica médica. Entretanto, observa-se que o enfoque que está sendo exercido sobre a prática de administração de medicamentos é mais voltado para o conhecimento científico, dos quais os profissionais enfermeiros abstraem em seu percurso cotidiano, seja ele adquirido em sua formação profissional, na sua vivência ou em cursos como os de educação continuada, seminários, congressos dentre outros (COIMBRA; CASSIANE, 2001).

Conhecer a responsabilidade atribuída ao enfermeiro na terapia medicamentosa parece necessitar de tal transparência de conscientização do profissional enfermeiro em todas as facetas que permeiam a relação medicação-responsabilidade (OLIVEIRA; KANASHIRO, 2010).

Por se tratar de medicamentos de alto custo, nos quais seu preparo e administração exigem conhecimento técnico científico, segurança e muita habilidade. São medicamentos que não se encontram de fácil acesso, e em caso de erro no preparo ou administração, a dose é perdida, requerem um nível de atenção redobrado do enfermeiro. Pois uma vez, a dose perdida não terá como repor, prejudicando assim o tratamento do paciente.



Na tabela 1 demonstra-se o total dos procedimentos mensais realizados pelos enfermeiros do ambulatório, passíveis de cobrança pela tabela SUS, utilizando-se os três principais códigos de cobrança. Nota-se um aumento na administração de medicamentos na atenção especializada de 2017 para 2018, e um declínio nas atividades educativas em grupos e nas consultas de profissionais de nível superior (exceto médico), no qual cobramos as consultas de enfermagem.

A diminuição da produção em 2018 refletiu-se consideravelmente e pode estar associado ao déficit no dimensionamento dos enfermeiros neste período, por licenças médicas e substituições.

**Tabela 1.** Total de procedimentos realizados por enfermeiros do AAL em número e valor pago de 2017 e 2018.

Código	Procedimento	Valor pago pela tabela sus	2017												n	Total em R\$
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na atenção especializada	0,63	2	62	74	62	51	68	4	49	64	78	69	75	658	414,54
01.01.01.002-8	Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção especializada	2,7	27	132	57	8	112	184	169	142	69	69	109	24	1102	2.975,40
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	6,3	401	548	245	211	535	1085	245	272	230	240	227	230	4469	28.154,70
Total			430	742	376	281	698	1337	418	463	363	387	405	329	6229	31.544,64
Código	Procedimento	Valor pago pela tabela sus	2018												n	Total em R\$
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
03.01.10.001-2	Administração de Medicamentos na atenção especializada	0,63	63	230	0	48	97	95	25	391	214	693	185	560	2601	1.638,63
01.01.01.002-8	Atividade Educativa/Orientação em grupo na atenção especializada	2,7	88	85	103	52	46	2	0	0	0	42	0	7	425	1.147,50
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico);	6,3	196	277	284	264	411	210	227	97	68	256	54	88	2432	15.321,60
Total			347	592	387	364	554	307	252	488	282	991	239	655	5458	18.107,73

Fonte: DATASUS, 2019.

Além destes procedimentos citados na tabela 1, ressalta-se que o enfermeiro realiza muitos outros e que não permitem cobranças pelo SIGTAP, alguns são considerados da atenção básica e outros foram revogados do sistema de cobrança. Entre estes citam-se: atendimentos de urgência a usuários e seus acompanhantes que necessitam em sala de suporte, isto inclui todos os procedimentos realizados em caso de Parada Cardiorrespiratória, aferição de sinais vitais, monitorização não invasiva, glicemia capilar,

punção venosa para administrar medicamentos endovenosos e líquidos, oxigenoterapia e aspiração de vias aéreas superiores e inferiores.

Nota-se uma gama de atividades que o enfermeiro realiza, porém, estatisticamente não ganha visibilidade, pois não permitem cobranças e não contabilizam como produção.

## 4. CONCLUSÃO

O estudo concluiu que os enfermeiros embora tenham uma alta produção em serviços ambulatoriais especializados na assistência direta aos usuários, porém pela defasagem e fragilidades no sistema de cobrança da tabela sus, essa produção não ganha visibilidade. Restringindo –se a praticamente três procedimentos passíveis de cobrança.

## 5. AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus por nos permitir a vida e nos sustentar nos momentos difíceis, aos nossos familiares por estar sempre conosco, nos apoiando em todos os momentos.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)>. Acesso em 12/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)>. Acesso em 14/08/2020.

CASTRO JÚNIOR, A.R.; ABREU, L.D.P.; LIMA, L.L.; ARAÚJO, A.F.; TORRES, R.A.M.; et al. Consulta de Enfermagem no cuidado ambulatorial às juventudes. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 4, p. 1157-1166, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambiente públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em 26/08/2020.

COIMBRA, J.A.H.; CASSIANE, S.H.B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 56-60, 2001.

UNA-SUS, UNIFESP. **Fundamentação Teórica: Consulta de Enfermagem na saúde coletiva.** Disponível em: <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Familia\\_Lima/Complexo\\_09\\_Familia\\_Lima\\_Consulta.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Familia_Lima/Complexo_09_Familia_Lima_Consulta.pdf)>. Acesso em 01/08/2020.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 109-125, 2007.

GONÇALVES, L.H.T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p. 271- 279. 2005.

OLIVEIRA, M.C.P.; KANASHIRO, C.A. A Responsabilidade da equipe de enfermagem na administração de medicamentos. **OLHARES**, v. 2, v. 3, p. 43-49, 2020.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

MACEDO, S.M.; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L. Consulta de Enfermagem ao paciente com HIV: Perspectivas e Desafios sob a ótica de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 196-201, 2013.

SIGTAP – **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.** Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 15/05/2019.

## A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Deborah Jacauna Pereira<sup>1</sup> e Stephanie Maria do Nascimento Dias<sup>1</sup>

1. Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

Para que o cuidar do outro seja exercido de maneira efetiva, é preciso que exista o autocuidado daquele que pratica essa ação, portanto para os profissionais de Enfermagem, os quais têm mais proximidade com os usuários e possuem responsabilidade sobre tais, isso é de extrema relevância. O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de discentes do curso de Enfermagem na realização de uma atividade de educação permanente sobre o autocuidado profissional com trabalhadores da Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de estudantes do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas sobre uma atividade de educação permanente realizada durante o período de estágio curricular em um Hospital Infantil da capital do Estado do Amazonas. Contou com a participação de seis enfermeiros, oito técnicos de Enfermagem e seis acadêmicos de Enfermagem. Ocorreu em dois dias, um dedicado ao planejamento e outro para a realização da atividade. Utilizou-se a “Dinâmica do Espelho”, que por meio de suas imagens no espelho ao abri-lo sem saber do que se tratava, percebiam que estavam admirando e conhecendo a si mesmos, possibilitando um momento de encontro e reflexão entre os participantes, pois estes faziam uma interface entre o cotidiano pessoal e o trabalho em saúde, incitando a busca do autoconhecimento para o cuidado de si, diminuindo, assim, desgastes e melhorando a prestação do cuidado. Foi oportuno também para a percepção da importância da abertura de espaços que estimulem encontros para reflexão entre os trabalhadores da saúde.

**Palavras-chave:** Conhecimento, Educação Continuada e Educação em Enfermagem.

### ABSTRACT

In order to take effective care of the other, it is necessary to have the self-care of the one who practices this action, therefore for Nursing professionals, who are closer to the patients and have responsibility over them, this is extremely relevant. The objective of the present work is to report the experience of Nursing students in carrying out an activity of permanent education about professional self-care with nursing workers. It is a descriptive study of the type report of experience of the Nursing students of the University of the State of Amazonas about a permanent education activity carried out during the period of curricular internship in a Children's Hospital in the capital of the State of Amazonas. Six nurses, eight nursing technicians and six nursing students were participating. It took place in two days, one dedicated to planning and the other to carry out the activity. The "Mirror Dynamics" was used,

which through their images in the mirror when they opened it without knowing what it was about, they realized that they were admiring and knowing themselves, allowing a moment of meeting and reflection among the participants, because they made an interface between personal daily life and work in health, encouraging the search for self-knowledge to take care of themselves, thus reducing wear and tear and improving the care provision. It was also opportune for the perception of the importance of opening spaces that stimulate meetings for reflection among health workers.

**Keywords:** Knowledge, Education, Continuing, Education and Nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

Para que o cuidar do outro seja exercido de maneira efetiva, é preciso que exista o autocuidado daquele que pratica essa ação. No entanto, para cuidar de si, é preciso se conhecer, o que significa se examinar interiormente. O autoconhecimento constitui elemento essencial para compreensão e adoção de um estilo de vida saudável, pois somente estando o corpo em situação de saúde, pode ser possível fazer um cuidado ao outro satisfatoriamente (ALBUQUERQUE et al., 2016).

No processo de formação dos enfermeiros, há a necessidade de proporcionar a visualização dos diversos cenários nos quais estes profissionais podem se encontrar no exercício da profissão, para que assim possam buscar e traçar subsídios - tanto teóricos quanto práticos - para possíveis obstáculos que poderão surgir no exercício da profissão. Dessa forma, aborda-se o entretenimento no dia-a-dia dos estudantes como temática lúdica que poderá causar reflexos na vida profissional e na assistência de enfermagem, possibilitando que o estudante reúna elementos de valorização do cuidado de si para cuidar do outro (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

No campo da atenção hospitalar, deparamo-nos com frequentes inovações técnico-científicas, que requerem atualização e qualificação permanente dos trabalhadores, dos gestores e dos sujeitos (estudantes e educadores) que representam as instituições de ensino. Esse movimento é acentuado para todos os incluídos, uma vez que, ao fazer saúde, os trabalhadores são motivados a ter uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, viabilizando a sua modificação e a sua reorganização (ADAMY et al., 2018).

A procura pelo conhecimento, demonstra grande importância na prática do cuidado de si, uma vez que novos conhecimentos possibilitam expandir a compreensão da realidade - o que pode suceder em potenciais benefícios para a satisfação pessoal, a autoestima, o

aprendizado, a comunicação e os relacionamentos interpessoais, além da valorização e segurança nas ações e condutas (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Para a enfermagem, que tem responsabilidade pela vida das pessoas e tem uma maior proximidade com o usuário, o sofrimento torna-se quase inevitável, e em conjunto com a desvalorização do trabalho, são tratados como fontes geradoras de estresse e de sintomas psicossomáticos, como enxaquecas e cansaço, impossibilitando o exercício pleno de atividades e do aproveitamento de uma melhor qualidade de vida (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Portanto, para a qualidade de vida, faz-se necessário um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, e isto pode ser alcançado quando o espaço de trabalho disponibiliza condições, tempo e incentivo para o lazer, atividades físicas, família, repouso, inclusive a capacitação e educação continuada (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de discentes do curso de Enfermagem na realização de uma atividade de educação permanente sobre o autocuidado profissional com trabalhadores da Enfermagem. Tendo em vista que se tem verificado a relevância da busca e construção constante do conhecimento sobre o cuidado de si ainda durante a formação profissional, para que haja a consolidação de aspectos éticos, políticos e sociais, que trazem reflexos positivos para prática da futura profissão.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de uma atividade de educação permanente conduzida por seis estudantes de graduação do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) durante estágio curricular. Essa foi realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2019, durante a Semana de Enfermagem de um Hospital Infantil localizado na capital do Estado do Amazonas.

O estágio curricular supervisionado da UEA, regulamentado pela Resolução nº 53/2015, compreende as atividades profissionais, culturais e de aprendizagem social desenvolvidas pelo estudante em situações reais na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade, coordenação e supervisão da Universidade, através de um professor-orientador (Resolução nº 53/2015).

No que concerne a atividade, no primeiro dia, o grupo responsável por mediar o encontro se reuniu para discussão e planejamento da dinâmica de autocuidado, conhecida como “Dinâmica do Espelho”. A realização da atividade, que se deu no segundo dia, contou com a participação de seis Enfermeiros, oito Técnicos de Enfermagem e seis acadêmicos de Enfermagem pertencentes a uma outra Universidade de Manaus.

A dinâmica realizada tem por finalidade proporcionar aos envolvidos um momento de reflexão sobre si próprio, ampliando o autoconhecimento para que assim haja o autocuidado. Deu-se através de um espelho fechado, onde se solicitava que cada participante, por vez, abrisse e falasse sobre a imagem da pessoa que viam sem revelar aos demais a quem se referia, tudo isso sem saber que se tratava de um espelho.

Por se tratar de um relato de experiência, não foram necessárias a submissão e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A satisfação no emprego é apontada como um indicador de qualidade de vida no trabalho, o que implica nos comportamentos, na saúde física e mental do trabalhador. Os enfermeiros passam maior parte de seu tempo no ambiente de trabalho do que em seus domicílios, compartilhando de sentimentos, experiências, conquistas similares durante o cotidiano, e sendo assim imprescindível à que a instituição empregadora insira nesse ambiente a promoção de um relacionamento amigável entre os trabalhadores para uma boa convivência diária (CRUZ; CARVALHO; SILVA, 2016).

A Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEN), suas Seções, Regionais e Núcleos definiram, nas Diretrizes para a realização da 80ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn), o tema central: “Os desafios da Enfermagem para uma prática com equidade” (ABEN, 2019). E, para a promoção de uma prática com equidade, faz-se necessário que o profissional de enfermagem tenha qualidade de vida para um bom desempenho de suas atividades e para a diminuição de erros técnicos que podem resultar em danos à saúde do paciente (CRUZ; CARVALHO; SILVA, 2016).

O principal propósito da Bioética é proteção a vida. Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade das Instituições de saúde motivarem a prática do autocuidado dos seus colaboradores, haja vista que os profissionais da área da enfermagem, categoria essa

considerada a de um contato mais próximo com os doentes, podem acabar sofrendo de esgotamento físico e emocional e assim torná-los suscetíveis ao sofrimento e a fragilidade. A Bioética da Proteção incentiva o investimento no cuidado dos cuidadores para torná-los resilientes e manter sua alta autoestima (SILVA; GUERRA; PESSINI, 2014).

Frente a este contexto, foi pensado e organizado uma atividade, para que ocorresse durante a semana de Enfermagem do Hospital, a qual trataria do autocuidado entre os profissionais da área. Identificou-se que, apesar do momento ser reservado para comemorações em homenagem a categoria profissional, houve pouca adesão dos profissionais nas atividades propostas no evento, possivelmente devido a sobrecarga de atribuições. Por isso, foi baixo o número de profissionais que conseguiram se fazer presentes durante a referida dinâmica.

Essa, por sua vez, possibilitou um momento de encontro e de autorreflexão entre os participantes. Antes de ser iniciada, os estudantes mediadores dispuseram as cadeiras em formato de semicírculo na sala na qual iria ocorrer a atividade. Foi explicado aos presentes que seria passado um retrato de uma pessoa importante e que cada um deveria falar das suas características mais evidentes, como físicas ou de personalidade. Para os que já conheciam a dinâmica, foi solicitado que não revelassem aos demais. Ainda que já soubessem, estes foram convidados a participar, pois a busca do autoconhecimento deve ser constante.

A medida que se olhavam por meio do reflexo do espelho, faziam uma interface entre o cotidiano pessoal e o trabalho em saúde, incitando a busca do autoconhecimento para o cuidado de si. Revelaram, na ocasião, que a sobrecarga de funções e mais as atividades domésticas, no caso das mulheres, faziam com que deixassem o autocuidado em segundo plano.

Percebe-se que as realizações pessoais requeridas por uma mulher sejam harmonizadas entre maternidade, profissão e relacionamento. Equilibrar estas ambições constitui um grande desafio que ela tem que confrontar diante da sociedade e dela mesma. A multiplicidade de papéis e as obrigações na vida das mulheres interferem de maneira considerável na sua rotina, pois, ao optar por um/a ou outro/a, acaba deixando de cuidar de si mesma, inclusive nos aspectos referentes à saúde (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A desvalorização do trabalho também foi relatada como um empecilho ao autocuidado, uma vez que sem uma carga horária semanal definida para um salário base, os enfermeiros acabam buscando um segundo emprego para alcançar o padrão de vida almejado.



Após isso, foi questionado aos participantes quais são as atividades que eles realizavam para tornar o dia menos estressante, e logo depois de verbalizarem suas respostas, incentivou-se que essa fosse feita continuamente, demonstrando, assim, como estas são importantes para o autocuidado e para a saúde integral.

## 4. CONCLUSÃO

A atividade foi oportuna para a percepção da relevância da abertura de espaços que estimulem encontros para reflexão entre os trabalhadores da área da saúde, de modo a possibilitar a valorização e o autocuidado para a promoção do bem-estar e qualidade de vida. Com a prática do autocuidado, os profissionais de enfermagem passam a entender a necessidade de cuidar de si para haver uma melhora proporcional ao cuidar do outro, diminuindo desgastes e promovendo um cuidado eficaz.

## 5. REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K. et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1924, 2018.

ABEN. **Diretrizes para a realização da 80ª Semana Brasileira de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/site/2019/02/27/80a-sben/>>. Acesso em: 31/08/2020.

ALBUQUERQUE, G.A. et al. Dupla jornada de trabalho: implicações na saúde da enfermeira. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 9, p. 3401-10, 2016.

CRUZ, T.A.; CARVALHO, A.M.C.; SILVA, R.D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 96-108, 2016.

Universidade do Estado do Amazonas. **Resolução nº 53/2015**. Regulamenta os estágios supervisionados, obrigatórios e não obrigatórios, de curso de graduação da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 2015.

SILVA, T.; GUERRA, G.M.; PESSINI, L. Caracterização do autocuidado do profissional de enfermagem e reflexões à luz da bioética. **Revista BioEthikos**, v. 8, n. 1, p. 61-74, 2014.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. et al. Scientific production of nursing about self-care: an integrative review. **Journal of Fundamental Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4629-4635, 2016.

## A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL- TRENAUNAY E SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sabrina de Lucas Ramos Necy<sup>1</sup>, Nathasha Caroline de Souza Gimenes<sup>1</sup>, Suzana Elyse de Araújo Mac- Culloch<sup>1</sup>, Atilio Rodrigues Brito<sup>1</sup>, José Antônio Cavalleiro de Macedo Fonteles Júnior<sup>1</sup>, Rosália Cardoso da Silva<sup>1</sup> e Mariana Souza de Lima<sup>1</sup>

1. Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

A síndrome de Klippel-Trenaunay é uma doença rara, caracterizada pela presença da tríade: manchas vinho do porto, malformações venosas ou veias varicosas e hipertrofia óssea e/ou tecidual. O enfermeiro é o responsável pelos cuidados de enfermagem e juntamente com a equipe deve promover ações que garantam a segurança do paciente, considerando as particularidades e os recursos disponíveis. Este é um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem durante o estágio obrigatório da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico em hospital de referência materno- infantil no mês de junho/2019. Trata-se de um paciente do sexo masculino, 11 anos, diagnosticado com Síndrome de Klippel-Trenaunay, suspeita de HPV (papilomavírus humano) e condiloma acuminado na região anal. Os cuidados de enfermagem frente a síndrome são: proporcionar movimentação dos segmentos do corpo devido coagulopatias, atenção ao sofrimento emocional da criança devido á suspeita de abuso sexual, uso de coxins para promover conforto e familiarizar o paciente com o ambiente do centro cirúrgico. Conclui-se que o foco principal é direcionar o cuidado integral ao paciente integrando a assistência com o gerenciamento, principalmente e em pacientes com demandas peculiares.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Síndrome de Klippel- Trenaunay- Weber e Centros Cirúrgicos.

### ABSTRACT

Klippel-Trenaunay syndrome is a rare disease, characterized by the presence of the triad: port wine stains, venous malformations or varicose veins and bone and / or tissue hypertrophy. The nurse is responsible for nursing care and, together with the team, must promote actions that ensure patient safety, considering the particularities and available resources. This is an experience report lived by nursing students during the mandatory internship of the Nursing discipline in a Surgical Center in a maternal and child referral hospital in June / 2019. It is a male patient, 11 years old, diagnosed with Klippel-Trenaunay

Syndrome, suspected of HPV (human papillomavirus) and condyloma acuminata in the anal region. Nursing care in the face of the syndrome is providing movement of body segments due to coagulopathies, attention to the child's emotional suffering due to suspected sexual abuse, use of cushions to promote comfort and familiarize the patient with the operating room environment. Concluding that the focus is to direct comprehensive care to the patient, integrating care with management, mainly and in patients with peculiar demands.

**Keywords:** Nursing Care, Klippel- Treunaunay- Weber Syndrome and Surgicenters.

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Klippel-Trenaunay é uma doença rara, caracterizada pela presença da tríade: manchas vinho do porto, malformações venosas ou veias varicosas e hipertrofia óssea ou tecidual. A condição foi descrita pela primeira vez pelos médicos franceses Maurice Klippel e Paul Trénaunay em 1900. O médico britânico-alemão Frederick Parkes Weber descreveu, em 1907 e 1918, casos similares, mas não idênticos, àqueles descritos por Klippel e Trénaunay (USNLM, 2020).

Sua etiologia não é bem definida e se apresenta, na maioria das vezes, desde o nascimento. Alguns autores acreditam que as alterações venosas desenvolvidas são consequência de uma obstrução venosa profunda ou mesmo de uma atresia das veias profundas, causando edema e hipertrofia do membro (LEON, 2010).

Na maioria dos casos, a síndrome ocorre em um único membro inferior (80-85%). É bilateral nos membros inferiores em 12,5% dos casos. Pode atacar todos os quatro membros, mas em menos de 1% das ocorrências. A hipertrofia de ossos e de tecidos moles se evidencia nos primeiros anos de vida e avança em diferentes ritmos até os 12 anos (KIHICZAK et al., 2006).

A diferença de comprimento nos membros inferiores varia desde menos de 1 cm até 12 cm. Assim, esta diferença pode acarretar alterações na marcha e escoliose. A dor é o sintoma mais frequente e pode ser deflagrada pela doença venosa, pela escoliose gerada pela diferença de membros ou, ainda, por hemangiomas que acometem as mais diversas regiões da superfície corporal, planos profundos ou vísceras.

Em geral o tratamento é limitado as complicações e predominantemente sintomático. Não está documentada predileção por sexo. Em geral, as lesões são presentes ao nascimento e, na maioria dos casos, manifesta-se ainda na primeira infância. É uma síndrome pouco frequente em nosso meio, e merece destaque, uma vez que seu diagnóstico precoce é essencial no tratamento adequado desta doença (SUNG et al., 2015).

Diante disso, destaca-se a necessidade da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, que foi criada como modelo assistencial para a atuação do enfermeiro, com o objetivo de promover a assistência integral, contínua, participativa, individualizada, documentada e avaliada, no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado, além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada (FONSECA, 2009).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo relato de experiência. Foi desenvolvido a partir da vivência de acadêmicas de enfermagem do terceiro ano durante o estágio obrigatório da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico, sendo o local do estudo um Hospital de Referência Materno-Infantil situado em Belém no estado do Pará, no período de junho de 2019.

Os dados utilizados para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem foram coletados a partir do prontuário do paciente, o plano foi composto utilizando os diagnósticos de enfermagem, seguidamente dos resultados de enfermagem e as intervenções de enfermagem.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o instrumento Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, para a seleção dos resultados de enfermagem foi utilizado o NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) e para as intervenções o NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo masculino, pardo, 11 anos, encaminhado da clínica pediátrica com o diagnóstico de Síndrome de Klippel- Trenaunay, apresentando manchas de vinho porto, hipertrofia óssea e dos tecidos moles nas extremidades bilateralmente, macrodactilia no membro inferior esquerdo e acometimento dos membros inferiores, e alterações neurológicas. Foi admitido no Centro Cirúrgico para realização de cistoscopia, em posição

litotômica, com queixas de hematúria. Entretanto, após a visualização do sítio, evidenciou-se presença de sangue em abundância no pênis, e de condiloma acumulado na região anal, característico de lesões ocasionadas pelo HPV (papilomavirus humano), o procedimento cirúrgico foi cancelado, sendo realizado coleta para biopsia das lesões ao redor dos órgãos genitais.

A sistematização da assistência de enfermagem que tem como objetivo o atendimento individualizado, holístico, contínuo, planejado, documentado e avaliado, e isso proporciona uma elevação da qualidade da assistência, e benefícios tanto para o paciente com uma assistência de qualidade, quanto para o enfermeiro, mostrando a importância do processo de enfermagem.

**Quadro 1. Plano de Cuidados.**

<b>Diagnósticos</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>
Deambulação prejudicada evidenciado pela capacidade prejudicada de andar e associado a prejuízo musculoesquelético.	Melhora na mobilidade e locomoção;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesão;</li> <li>- Orientar sobre dispositivos auxiliares, conforme necessário;</li> <li>- Ter melhores cuidados com os pés;</li> <li>- Alertar sobre potenciais fontes de lesões aos pés, como calor, calosidades ou andar descalço.</li> </ul>
Integridade tissular prejudicada, evidenciada por dano tecidual associado a alteração de metabolismo.	Integridade tissular da pele e mucosa; Boa perfusão tissular periférica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proteger proeminências ósseas;</li> <li>-Manter colchão piramidal;</li> <li>-Realizar mudança de decúbito;</li> <li>-Registrar aspecto da lesão, supervisão da pele;</li> <li>-Promover hidratação.</li> </ul>
Dor aguda evidenciada por alteração no parâmetro fisiológico relacionado a agente físico lesivo.	Relato de dor controlado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação do tipo e fonte da dor, bem como observação de indicadores não verbais de desconforto;</li> <li>- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;</li> <li>- Orientar sobre métodos farmacológicos ao paciente e família;</li> </ul>
Comunicação verbal prejudicada evidenciado pela incapacidade de falar associado a prejuízo no sistema nervoso central.	Recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir a equipe multidisciplinar para que haja a integração de habilidades para compreender o paciente em qual a sua limitação.</li> </ul>
Risco de lesão perioperatório por posicionamento relacionado a imobilização.	Controle de risco; Bom estado circulatório; Boa perfusão tissular periférica e celular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de coxins sobre as perneiras metálicas</li> </ul>

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é composta pelas seguintes fases: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados

esperados e avaliação. A interpretação e agrupamento de dados coletados na primeira etapa culminam na reunião das problemáticas evidenciadas pelo paciente, família e coletividade, denominadas diagnósticos de enfermagem. A partir disso, são elaboradas possíveis intervenções dos quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

Um estudo realizado por Afonso et al. (2016) mostra que quanto à hipertrofia óssea, podem ser necessários aparelhos ortopédicos ou cirurgias para correção de discrepância significativa no comprimento dos membros. O diagnóstico que se faz presente para o quadro descrito acima é o de deambulação prejudicada, evidenciado pela capacidade prejudicada de andar e associado a prejuízo musculoesquelético, busca-se a melhora na mobilidade e locomoção, a partir de tais cuidados de enfermagem: auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesão, orientar sobre dispositivos auxiliares, conforme necessário; ter melhores cuidados com os pés, alertar sobre potenciais fontes de lesões aos pés, como calor, calosidades ou andar descalço.

Ademais, o diagnóstico de integridade tissular prejudicada, evidenciada por dano tecidual associado a alteração de metabolismo, pois como citado anteriormente, a síndrome implica em sintomas de lesões graves e malformação capilar com quadro de varizes, para isto, tem-se como intervenções de enfermagem a proteger proeminências ósseas, manter colchão piramidal, realizar mudança de decúbito, registrar aspecto da lesão, supervisão da pele, promover hidratação. A equipe de enfermagem almeja preservar a hidratação e a integridade tissular da pele e mucosa, além de uma boa perfusão tissular periférica, aplicando estes cuidados (PEREIRA, 2014).

Estudo de Rigotti e Ferreira (2005) mostra que a dor é uma experiência que acarreta alterações biológicas, psicossociais e sofrimento, posto que promove alterações desde a deambulação, até o padrão de sono. Acerca da inferência sobre dor gerada por um posicionamento indevido no momento pré-operatório, fora possível elencar o diagnóstico de dor aguda evidenciada por alteração no parâmetro fisiológico relacionado a agente físico lesivo. Baseado nesta afirmação, como resultado esperado que relato de dor seja controlado, para tanto, optou -se por intervir através de o uso de analgésicos conforme a prescrição médica, da observação do tipo e fonte da dor, bem como observação de indicadores não verbais de desconforto, em pacientes incapazes de se comunicarem com eficácia, além de orientar sobre métodos farmacológicos ao paciente e família.

Estudo de Correa e Duran (2017) frisam que a comunicação verbal é tida como padrão ouro na avaliação da dor, e que a inviabilidade da mesma, é um desafio, porém não menos necessário para solucionar problemáticas dos pacientes que estão limitados neste quesito.

Desta forma, alegam necessário que haja habilidades para compreender o paciente em sua limitação, para uma intervenção eficaz. Com isso, observou-se existente no paciente uma comunicação verbal prejudicada evidenciada pela incapacidade de falar associado a prejuízo no sistema nervoso central, ambicionou-se perante isto como resultado a recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais.

Segundo Miranda et al. (2015), o posicionamento além de competência da enfermagem é ato primordial para um procedimento cirúrgico correto e eficaz, quando realizado de forma adequada é um meio de prevenção de complicações posteriores. O diagnóstico de risco de lesão perioperatório por posicionamento relacionado a imobilização, em que as estratégias de cuidado visam o controle de risco, bem como bom estado circulatório e a promoção de uma boa perfusão tissular periférica e celular. Para a posição de litotomia, utilizada para acessar órgãos pélvicos e genitais, a equipe de enfermagem deve manter a espinha ilíaca anterior do paciente alinhada com a perneira metálica e o nível das nádegas em alinhamento com a extremidade da mesa, boa posição, havendo o mínimo de esforço. Outrossim, é aplicável o uso de coxins sobre as pernas metálicas, que cubram toda a superfície do metal e que sejam adequadas para não pressionar os nervos e vasos da região poplíteia e os tecidos moles das pernas. (CASTELLANOS; FERRAZ, 1980).

Ademais, observou-se a presença de condiloma acuminado na região anal, característico de lesões ocasionadas pelo HPV, que é sexualmente transmissível, trazendo à tona a suspeita de um abuso sexual. A enfermagem pode alencar os seguintes diagnósticos: Abuso sexual, desenvolvimento da criança inadequado e relações familiares conflituosas, as intervenções visam busca da superação do conflito por meio de apoio ao enfrentamento da situação através da família e de toda a equipe multidisciplinar, monitoramento domiciliar, investigação da possibilidade de negligência e notificação do caso após o resultado da biopsia, objetivando principalmente a proteção biopsicossocial da criança. (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013)

Uma pesquisa realizada por Apostólico, Hino e Egrý (2013) mostra que violência sexual gera impacto negativo na vida da criança, nas relações sociais saudáveis que ela poderá ter, afetando até a sociedade em que convive, já que este tipo de violência pode levar a prejuízos físicos e emocionais importantes, como atraso no desenvolvimento e aprendizagem, distúrbios de comportamento, isolamento social, erotização precoce, baixa autoestima, entre outros.

A enfermagem precisa se empoderar e ser ator social de mudança nestas realidades, como resposta, uma nova área da enfermagem denominada Enfermagem Forense, de

atendimento multidisciplinar, visa solucionar problemas médico-legais do espaço clínico em que foram encontrados. Além disso, também tem responsabilidade no que diz respeito à defesa do paciente, resultado de sua maior sensibilidade para com as vítimas e seus familiares.

## 4. CONCLUSÃO

Os portadores desta síndrome devem ser acompanhados de perto por uma equipe especializada, a fim de evitar possíveis complicações, e tratá-las adequadamente caso ocorram. O manejo é conservador a longo prazo e uma abordagem multidisciplinar apropriada é exigida, uma vez que a doença afeta múltiplos órgãos.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem proporciona a esse paciente um cuidado integral, holístico, observando todos seus anseios e possíveis prognósticos, permite um cuidado de qualidade e possibilita uma melhor avaliação do paciente. Assim, é de fundamental importância para o bem-estar do paciente, ser avaliado pela equipe diariamente, revisto em cada visita possíveis agravos e os resultados positivos já alcançados com as intervenções.

Ademais, o paciente, necessita de um cuidado integral, cuidado esse que envolva também, um acompanhamento psicossocial, visando sua saúde mental e possíveis agravos, ter orientação profissional adequada e capacitada para auxiliar em seus anseios ou em situações difíceis que tenha passado e consiga assim, construir junto a equipe uma relação de vínculo e confiança.

Portanto, tal estudo contribuiu consideravelmente para a formação acadêmica dos discentes da Universidade do Estado do Pará, reafirmando mais ainda a importância do cuidado integral ao paciente, integrando a assistência com o gerenciamento, principalmente, em pacientes com demandas peculiares.

## 5. REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 320-327, 2013.



AFONSO, A.R.; CUNALI, V.C.A.; CHAGAS, V.C.A.; NABUCO, P.V.O.; BARSAN F.J.B.G.; FÉLIX, E.M.F. Síndrome de Klippel-Trenaunay: Um relato de caso. **Resid Pediatría**, v. 6, n. 2, p. 91-93, 2016.

BULECHEK, G.M; et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. Elsevier Brasil, 2015.

CASTELLANOS, B. E. P.; FERRAZ, E. R.. Posição do paciente para cirurgia e implicações no cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 14, n. 1, p. 73-82, 1980.

CORREIA, M. D. L.; DURAN, E. C. M. Definição conceitual e operacional dos componentes do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (00132). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-10, 2017.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN-358/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem–SAE nas instituições de saúde brasileiras [legislação na Internet]**. Brasília, 2009.

DOCHTERMAN, J.M, BULECHEK G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

FONSECA, R.M.P.; PENICHE A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009.

KIHICZAK, G. G., MEINE, J. G., SCHWARTZ, R. A., JANNIGER, C. K. Klippel–Trenaunay syndrome: a multisystem disorder possibly resulting from a pathogenic gene for vascular and tissue overgrowth. **International journal of dermatology**, v. 45, n. 8, p. 883-890, 2006.

LEON, C. D. A. D.; BRAUN FILHO, L. R.; FERRARI, M. D.; GUIDOLIN, B. L.; MAFFESSIONI, B. J. Síndrome de Klippel-Trenaunay: relato de caso. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 2010.

MIRANDA, A.B; et al. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 52-58, 2016.

MOORHEAD, S.; et al. **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. 5ª ed. Elsevier Brasil, 2015.

North American Nursing Diagnoses Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação (2018-2020)**. 11ª ed. Artmed Porto Alegre, 2018.

PEREIRA, A. G. S.; et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 454-461, 2014.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-4, 2005.

SUNG, H. M.; CHUNG, H. Y.; LEE, S. J.; LEE, J. M.; HUH, S.; LEE, J. W.; CHO, B. C. Clinical experience of the Klippel-Trenaunay syndrome. **Archives of plastic surgery**, 2015, v. 42 n. 5, p. 552, 2015.

USNLM. **US National Library of Medicine**. Disponível em <<https://ghr.nlm.nih.gov/condition/klippel-trenaunay-syndrome#>>. Acessado em 20/08/2020.

## AS CONTRIBUIÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A POPULAÇÕES RIBEIRINHAS POR MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Elaine Barbosa de Moraes<sup>1</sup>, Fernanda Dias Peixoto Milon de Oliveira<sup>1</sup>, Gueine Araújo da Silva Cavalcante<sup>1</sup>, Juliana Teixeira de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Leila Fabar dos Santos<sup>1</sup>, Rodrigues Ferreira de Souza<sup>1</sup>**

1. Universidade Paulista (UNIP), Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar como experiência acadêmica a importância da educação em saúde em comunidades ribeirinhas. **Método:** Elaboração de texto baseado em relato de experiência sobre a relevância da educação em saúde em comunidades ribeirinhas. **Resultados:** O relato evidenciou a necessidade de conhecimento por parte da comunidade ribeirinha diante a precariedade de serviços de saúde fornecidos a comunidade e situação de vulnerabilidade vivenciada por essas pessoas. **Conclusão:** As ações de educação em saúde são cruciais contribuições na prevenção e acompanhamento de patologias que acometem comunidades ribeirinhas. A educação em saúde em comunidades ribeirinhas permitiu a formação de multiplicadores utilizando conhecimentos para melhoria de saúde da vida das pessoas atingidas.

**Palavras-chave:** Educação, Saúde Pública e Vulnerabilidade em Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To report as an academic experience the importance of health education in riverside communities. **Method:** Writing a text based on an experience report on the relevance of health education in riverside communities. **Results:** The report showed the need for knowledge on the part of the riverside community in view of the precarious health services provided to the community and the situation of vulnerability experienced by these people. **Conclusion:** Health education actions are fundamental contributions in the prevention and monitoring of pathologies that affect riverside communities. Health education in riverside communities allowed the formation of multipliers based on knowledge to improve the health of those affected.

**Keywords:** Education, Public Health and Health Vulnerability.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Nascimento et al. (2019) o conceito de *ribeirinho* é dirigido as pessoas que moram as margens e/ou sobre os rios podendo ser em áreas adjacentes quanto longe de áreas urbanas de uma determinada localidade, essas pessoas possuem íntima relação com o ambiente em que vivem, tirando do meio ambiente seus subsídios em relação as suas necessidades como: transporte, trabalho, alimento e subsistência. Essas comunidades tendem a ser formadas por uma mesma família que reside naquele espaço que muitas das vezes ficam próximas as vilas ou pequenos municípios.

Queiroz et al. (2018) em seu estudo resume o Sistema Único de Saúde em um complexo que tem como objetivos ações e serviços de saúde que visam a: promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo itens executados pelos entes federativos, de forma direta e/ou indireta, em conjunto a participação adjunta da iniciativa privada, organizações filantrópicas e controle social de forma a manter a assistência à saúde organizada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

À atenção primária é dada a visão de primeiro nível da atenção à saúde a qualquer usuário e forma o primeiro elo dos clientes em relação ao Sistema Único de Saúde e todos os seus serviços. A característica definidora mais expressa da Atenção Primária é ser considerada a *porta de entrada do Sistema Único de Saúde*, justamente por ser de nível assistencial básico e facilmente acessível.

Brasil (2012) afirma que a Política Nacional de Atenção Básica, historicamente é uma política pública que desenvolveu e a solidificação do Sistema Único de Saúde de forma acessível a sociedade através de conjuntos de ações que trouxeram inovações no campo da política e ciência e avançou no reconhecimento e construção de um grande número de exemplos de equipes para atender integralmente a população atendida pelo Sistema Único de Saúde, como exemplo está a criação e implementação de unidades básicas de saúde fluviais e estratégia saúde da família direcionadas para atendimento as populações ribeirinhas através das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas que possuem funções em Unidades Básicas de Saúde localizadas nas comunidades encontradas junto a rios e onde somente através de transporte fluvial é possível ter acesso.

Para Dias e Pinto (2019) a educação é um fenômeno social relacionado ao contexto em que está inserida tendo suas delimitações na política, economia, ciência e cultural. O ato de educar seria um processo contínuo em todos os povos, mas que tem suas

particularidades, não se fazendo igual em todos os tempos e lugares, em essência, um processo social.

Mediante esses conceitos, ao longo dos anos a área da saúde reconheceu a necessidade de formular e reformular processos de ações e serviços de trabalho para melhor assistência da comunidade e garantia da eficácia dos serviços.

## **2. MATERIAIS E MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos do 8º período da graduação de Enfermagem em uma comunidade ribeirinha do estado do Amazonas com o objetivo de relatar como experiência acadêmica a importância da educação em saúde em comunidades ribeirinhas.

## **3. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

O relato evidencia a necessidade de conhecimento por parte da comunidade ribeirinha em que ficou evidente diante a precariedade de serviços de saúde fornecidos a comunidade e situação de vulnerabilidade vivenciada por essas pessoas.

Foi verificado e ratificado que as equipes de saúde que atendem as áreas ribeirinhas precisam desenvolver habilidade e realizar procedimentos que vão além da sua competência, em seu estudo, Queiroz et al. (2018) confirma que o papel da equipe de saúde em áreas ribeirinhas exige o desenvolvimento de habilidades, como a realização de procedimentos específicos, encaminhamentos a outros profissionais nos centros urbanos, a interpretação de exames muitas vezes sem laudo dos especialistas como no caso de tomografias e no manejo inicial das urgências e emergências.

As unidades básicas de saúde de áreas adjacentes as áreas metropolitanas carecem de resolutividade quanto as suas problemáticas, quanto mais distantes da metrópole, maior a dificuldade. As problemáticas se enquadram na relação onde esses profissionais se veem trabalhando em condições extremas, como com a falta de insumos para realização de procedimentos tanto dentro da unidade como fora e a dificuldade de acesso por parte da população aos serviços de saúde. Exemplo disso foi a própria visita dos acadêmicos de

Enfermagem a uma comunidade ribeirinha onde houve a conversa com um agente comunitário de saúde, onde aqui será preservada a sua identidade sobre as condições em que trabalhavam com os ribeirinhos:

“ - A Secretaria de Saúde da cidade de Manaus nos cobra a relação de procedimentos realizados com os ribeirinhos, porém não temos como chegar até para dar uma assistência, coleta de dados e ações de forma correta. Exemplo é quando temos que nos deslocar da terra até a casa deles e não temos meio transporte para isso cedido pela secretaria, temos que pagar do nosso próprio bolso para chegar até eles. Como está ocorrendo nessa ação de vacinação e realização de preventivo. ”



**Figura 1.** Acadêmicos de Enfermagem, profissionais da saúde e ribeirinhos em ação no incentivo a atualização do cartão de vacina. Município de Iranduba, distrito Cacaú Pereira. (Imagem autorizada)

Não só as equipes de saúde sofrem com as problemáticas, mas também a própria comunidade assistida (MEDEIROS et al., 2018; QUEIROZ et al., 2018), existem várias situações que dificultam a chegada do ribeirinho até a assistência à saúde, como: os usuários relatam que a falta de transporte, fatores econômicos, falta de recursos financeiros para fazer uso do transporte via fluvial, quando este se encontra disponível, a falta de intersetorialidade nas gestões que atendem essas comunidades; descredibilidade nos serviços ofertados seja pelas instituições que administram essas populações, sejam os serviços e projetos desenvolvidos pelas políticas públicas; tamanho do território/distância dos locais de acesso à saúde; falta de interesse por parte da população em relação ao controle social e apoio

comunitário sendo esse problema enraizado na falta de educação, seja ela escolar, seja sanitária. Todas essas interações por si só acabam prejudicando a ida do ribeirinho até a assistência de saúde, fosse primária, fosse terciária.

Um exemplo claro de que a falta de conhecimento é prejudicial as comunidades ribeirinhas na busca por acesso e assistência à saúde é que Silva (2019) em seu estudo este que tinha o objetivo o perfil epidemiológico das usuárias, bem como descrever a percepção das usuárias sobre a importância do exame Papanicolau e as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realizar o exame diz que as mulheres ribeirinhas da região adjacente à cidade de Manaus - Amazonas, no município de Iranduba – distrito de Cacau Pireira, revela em seu estudo que 72% do total de suas entrevistadas cursaram apenas o ensino fundamental, indicativo esse que comprova a questão da vulnerabilidade vivenciada pelas comunidades ribeirinhas e no mais, também é observado nos resultados da pesquisa que 90% das entrevistadas possuíam algum tipo de dúvida sobre o exame de citopatológico. Isso demonstra que a falta de conhecimento é soberana entre as mulheres ribeirinhas daquela região mediante um exame simples, pouco poder aquisitivo que é realizado de forma gratuita pelo serviço de saúde público.

Dentro dessa situação vemos também a descredibilização por parte da população em relação a realização dos procedimentos e o resultado dos mesmos. Em conversa com a enfermeira responsável pela unidade básica de saúde onde os acadêmicos de Enfermagem estavam estagiando sobre a questão do exame citopatológico é revelado que:

“As mulheres ribeirinhas a maioria não faz e as que fazem procuram meios particulares para isso. ”

Isso testifica a questão da falta de fé no serviço público de saúde, fora outras questões como os serviços secundários aos procedimentos, como espera de resultados de exames, encaminhamentos para outras especialidades, espera por exames específicos seja na marcação quanto no seu resultado, esses fatores em suma dificultam a questão da integralidade da assistência ao paciente o que acaba dificultando tanto o diagnóstico do paciente quanto seu tratamento e recuperação uma vez que todo o processo de atendimento é comprometido.

A atenção básica, muito mais que nas grandes metrópoles, é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, ofertando serviços que lhe são cabíveis, quanto tomando muitas das vezes atribuições de outros serviços como a atenção secundária e terciária, neste último caso, Queiroz et al. (2018) diz em serviços de urgência e emergência. É na atenção básica

que o ribeirinho espera que suas necessidades sejam supridas e são nas Unidades Básicas de Saúde que os profissionais de saúde tem a oportunidade de instruir o paciente quanto a própria educação sanitária/saúde.

Em Brasil (2018) é conceituado Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que criada em 2004 foi instituída como meio para propagação de informações técnico-científicas aos profissionais de saúde afim de promover transformação das práticas de trabalho em saúde para melhor atender a população brasileira. No ano de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com a finalidade de tornar acessível a política de educação em saúde e a implementação de iniciativas relacionadas a formação educativa dos profissionais de saúde, adjunto à valorização da Atenção Básica aos serviços de saúde e a comunidade, com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde, para isso é interessante uma análise crítica e construção do conhecimento baseado na localidade de cada região assistida pelo Sistema Único de Saúde e Atenção Básica com as finalidades da assistência ser efetiva e resolutive e ensino de medidas a população de como procederem diante de situações corriqueiras da seu próprio cotidiano.

Para Ramos et al. (2017) são vários os fatores que interferem na efetivação das práticas educativas em relação aos profissionais da saúde para as comunidades atendidas por eles, entre esses fatores estão: alta demanda de consultas; população procurar o atendimento básico apenas para tratamento de doença existente; gestão que valoriza produtividade; falta de autonomia por parte de alguns profissionais de saúde como enfermeiros; ausência de estrutura adequada para o atendimento dos pacientes; sobrecarga de trabalho e a ausência de qualificação profissional voltada para o Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e educação em saúde.

A educação por meio de ações de saúde se mostra efetiva uma vez que o paciente não chega ao local somente para realizar o procedimento, mas para ouvir sobre sua importância e relevância no dia-a-dia. O interessante das ações promovidas pelas unidades básicas de saúde é que o paciente chega até os mesmos com o objetivo de se beneficiar com a ação, mas que também saem conscientes sobre o porquê daquela ação e o benefício dos procedimentos executados esses eventos. Palestras com dinâmicas se mostram eficazes no aprendizado.

Para Falkenberg et al. (2014) as práticas de educação em saúde estão envoltas em três segmentos: os profissionais de saúde que enfatizam a prevenção e a promoção de práticas curativas; gestores que apoiam os profissionais de saúde e a população que tem necessidade em adquirir conhecimentos e aumentar a própria autonomia em relação a seus

cuidados pessoais, individuais como pessoa e coletivos, como comunidade, através do conhecimento e hábitos saudáveis.

É fato que a equipe de saúde, que atende essas áreas, é crucial ao que diz respeito a atendimento/assistência e propagação de informações corretas quanto diz respeito a patologias, procedimentos, exames e importância do acompanhamento de tratamentos como o exemplo que é feito por Gomes (2016) o programa Hiperdia tem como objetivo o cadastro e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica entre outros programas que a atenção básica possui com a finalidade de atender melhor sua comunidade assistida, em relação aos ribeirinhos é bem mais evidente essa disposição por parte da equipe de saúde uma vez que as dificuldades não param a produtividade e vontade e atender da forma mais integra e equitativa.

#### **4. CONCLUSÃO**

As ações de educação em saúde são cruciais contribuições na prevenção e acompanhamento de patologias que acometem comunidades ribeirinhas. A educação em saúde em comunidades ribeirinhas permitiu a formação de multiplicadores utilizando conhecimentos para melhoria de saúde da vida das pessoas atingidas.

A atividade desenvolvida pelos acadêmicos foi importante para disseminação de conhecimento entre os ribeirinhos através de palestrar e procedimentos realizados como coleta de exame colpocitológico e atualização do cartão de vacina. O retorno por parte da população atendida foi unânime uma vez que procuraram interagir com os acadêmicos e participar das ações direcionadas a eles.

#### **5. AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos imensos a Deus primeiramente, a nossas famílias e em especial a todo corpo docente da Universidade Paulista – UNIP e aos profissionais de saúde da UBS Cidade Nova Cacao que foram incríveis ao receber os professores e alunos da universidade acima citados com toda receptividade e cuidado para com todos e por ter dado a



oportunidade da aproximação da academia com a comunidade ribeirinha, motivo hoje de gratificação e alegria.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DIAS, É.; PINTO, F. C. F. **Educação e Sociedade**. Avaliação e Políticas Públicas em Educação. **Research Gate**, v. 27, n. 104, p. 449-455, 2019.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GOMES, Â. Organização no atendimento dos doentes crônicos. **Encontro Nacional de Saúde**, 2016

MEDEIROS, S. M.; AUGUSTO, L. G. S.; BARCA, S.; SACRAMENTO, D. S.; NETA, I. S. S.; GONÇAVES, I. C. A saúde no contexto de uma reserva de desenvolvimento sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. **Revista Universidade Paulista – USP: Saúde Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 128-148, 2018.

NASCIMENTO, R. G.; CARDOSO, R. O.; PINTO, D. S.; MAGALHÃES, C. M. C. Fragilidade de idosos ribeirinhos amazônicos: das trajetórias metodológicas aos desafios em saúde pública. **Revista Cesumar: Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 367-375, 2019.

QUEIROZ, M. K. S.; RODRIGUES, I. L. A.; NOGUEIRA, L. M. V.; SILVA, I. F. S. Fluxos assistências e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e26706, 2018.

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, 2018.

SILVA, A. T. **Percepção das clientes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde acerca do exame Papanicolau**. (TCC) Graduação - Universidade Paulista, Manaus, 2019.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM PNEUMONIA EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS

**Esmael Marinho da Silva<sup>1</sup>, Paloma de Sousa Passos<sup>1</sup>, Gabriele de Jesus Barbosa  
Lopes<sup>1</sup>, Jéssica Karoline Alves Portugal<sup>1</sup> e Marcelo Henrique da Silva Reis<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Saúde e Biotecnologia. Coari, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) corresponde a uma metodologia e a um instrumento da enfermagem que apresentam por finalidade organizar e direcionar os cuidados possibilitando o desenvolvimento de uma assistência holística podendo ser empregada de modo individual e coletivo, devendo ser empregado em todos os espaços sejam públicos ou privados que prestem o cuidado profissional de enfermagem. Nesse sentido, este estudo objetiva descrever a assistência de enfermagem realizada pelos acadêmicos a criança diagnosticada com pneumonia em um hospital do interior do Amazonas. Referente ao aspecto metodológico, trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que aborda a vivência dos acadêmicos de enfermagem na assistência a uma criança diagnosticada com pneumonia que ocorreram durante as aulas práticas dos acadêmicos na disciplina de Pediatria do curso de enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia. Os resultados e discussão estão apresentados de acordo com o plano de assistência desenvolvidos pelos discentes através da SAE implementada por meio do PE obedecendo às cinco etapas, a saber: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação. Portanto, este estudo descreve as experiências dos acadêmicos na aplicação da SAE e do PE à criança internada com pneumonia em um hospital público do interior do Amazonas, destacando a importância da utilização desse instrumento e método no ambiente de trabalho do enfermeiro de modo que a implementação do PE à criança permitiu organizar, orientar e sistematizar as ações de cuidado realizado pelos estudantes.

**Palavras-chave:** Processo de enfermagem, Sistematização da assistência de enfermagem e Pneumonia Comunitária.

### ABSTRACT

Systematization of Nursing Assistance (SAE) and the Nursing Process (NP) corresponds to a methodology and a nursing instrument whose purpose is to organize and direct care, enabling the development of holistic assistance that can be used individually and collectively,

and should be used in all spaces, whether public or private, providing professional nursing care. In this sense, this study aims to describe the nursing care provided by academics to children diagnosed with pneumonia in a hospital in the interior of Amazonas. Regarding the methodological aspect, it is a descriptive study of the type of experience report that addresses the experience of nursing students in assisting a child diagnosed with pneumonia that occurred during practical classes of students in the Pediatrics discipline of the nursing course of the Institute of Health and Biotechnology. The results and discussion are presented according to the assistance plan developed by the students through the SAE implemented through the NP, following the five steps, namely: Nursing History; Nursing diagnosis; Nursing planning; Implementation and evaluation. Therefore, this study describes the experiences of academics in the application of SAE and NP to children hospitalized with pneumonia in a public hospital in the interior of Amazonas, highlighting the importance of using this instrument and method in the nurse's work environment so that the implementation of PE to the child allowed organizing, guiding and systematizing the care actions performed by students.

**Keywords:** Nursing process, Systematization of nursing care and Community Pneumonia.

## 1. INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida simbolizam uma janela única de oportunidades para que os indivíduos se tornem membros produtivos da sociedade no futuro, deste modo, a atenção integral a saúde da criança deve ser priorizada (COSTA et al., 2019).

No Brasil observa-se um declínio quanto aos indicadores de mortalidade infantil nas últimas décadas, isso ocorreu devido a vários fatores entre eles a inclusão da saúde da criança como prioridade nas políticas públicas do país, sendo este um dos fundamentais para essa queda, juntamente com as melhorias realizadas no âmbito social e da educação que fizeram com que houvesse uma redução nas taxas de mortalidade infantil (OLIVEIRA et al., 2020).

Existem inúmeras patologias que podem afetar as crianças, em destaque as doenças respiratórias agudas que representam um grande problema de saúde pública principalmente em se tratando de sua alta incidência na infância (PINTO et al., 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 13 milhões de crianças menores de cinco anos de idade morrem anualmente no mundo devido a doenças do aparelho respiratório. No Brasil, as doenças respiratórias são consideradas a primeira causa de óbito em crianças entre 1 e 4 anos de idade. (PINTO et al., 2017).

Em se tratando da região Norte, segundo dados do Datasus 2011, a mesma ganhou destaque em relação aos óbitos por doenças respiratórias com 7,2%, seguida de 5,3% na região do Nordeste, 5% no Sudeste, 4,9% no Centro-Oeste e 3,8% no Sul (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, observa-se que as crianças são as mais afetadas, isso devido a anatomia e fisiologia do seu sistema respiratório onde o diâmetro das vias aéreas é menor, sendo mais susceptível a obstrução, oferecendo uma alta resistência ao fluxo aéreo. Ademais, a imaturidade do sistema imunológico associada ao menor calibre das vias aéreas impõe dificuldades adicionais ao processo de remoção dos elementos estranhos às vias aéreas (ARAUJO, 2016).

Vale ressaltar que dentre as doenças respiratórias agudas, as infecções respiratórias agudas (IRA) são as causas mais comuns de morbimortalidade na infância (MENEZES, 2019).

Estima-se que 25% de todos os atendimentos médicos pediátricos hospitalares e ambulatoriais são decorrentes das IRA. Onde as mais predominantes na infância são as faringoamigdalites, otites, sinusites, resfriados comuns e as pneumonias (PINTO et al., 2017). O DATASUS indica a pneumonia como a segunda causa de hospitalizações.

Devido a toda a fisiologia do sistema respiratório de uma criança, a pneumonia é a doença de maior prevalência na infância. Desse modo, a pneumonia corresponde a uma infecção nos pulmões sendo a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos de idade, vale ressaltar que em 2015 a mesma ocasionou a morte de quase 1 milhão de crianças menores de cinco anos, cerca de uma criança a cada 35 segundos, mais do que a malária, a tuberculose, o sarampo e a aids juntos (PINTO et al., 2017).

Os principais fatores de risco associados à pneumonia são: baixo nível socioeconômico, desnutrição, baixo peso ao nascer, ausência de amamentação, aglomeração familiar, poluição no ambiente, variações climáticas e exposição passiva ao fumo (MENEZES, 2019).

Nesse contexto de adoecimento, a criança vai ser conduzida pelos familiares a transpor vários serviços de saúde, desde a atenção primária até a hospitais terciários, na busca de uma resolução para o seu caso, deste modo, torna-se fundamental uma prestação de serviço organizada e humanizada, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoce da pneumonia (SOUZA, 2019).

Diante disso, almejando uma assistência de qualidade a enfermagem vem se destacando com o uso de um instrumento metodológico denominado de processo de enfermagem (PE). Sendo este um instrumento fundamental para sistematizar e humanizar o serviço prestado, norteador as ações da equipe de enfermagem (FENGLER; MEDEIROS, 2020). Sendo organizado em cinco etapas a saber: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico

de enfermagem; Planejamento de enfermagem; Implementação e avaliação (COFEN, 2009; SANTOS; VALENTE, 2020).

Para que o PE esteja operante é necessário a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), isso fará com que o processo de trabalho do enfermeiro torne-se mais eficaz e seguro, baseado em princípios científicos, favorecendo a assistência (FENGLER; MEDEIROS, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) auxilia a equipe a ter um olhar holístico sobre o indivíduo buscando atender todas as suas necessidades em todos os âmbitos, não apenas visualizando a doença, ou a parte afetada, mas o indivíduo em sua complexidade emocional, psicológica, espiritual e social, deste modo o princípio da integralidade estará sendo aplicado em sua totalidade. Esse método requer do profissional de enfermagem um conhecimento científico e técnico para o delineamento da abordagem ao sujeito e autonomia para executar seu senso crítico diante de diversas situações no contexto da saúde (SOUSA et al.; 2020; BARRETO et al.; 2020).

Diante do exposto, observa-se que a enfermagem tem um papel fundamental quando se trata de uma assistência de qualidade, para isso necessita de uma metodologia de trabalho que seja clara, prática e coerente, conforme a realidade de cada instituição de saúde, não só para o cumprimento de cuidados específicos necessários ao sujeito, mas para auxiliar na tomada de decisões e no processo de gestão das instituições de saúde (SOUSA et al. 2020)

A SAE é regulamentada no Brasil pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), preconizando que sua implantação deva ocorrer em todas as unidades de atendimento à saúde que ofereçam assistência de enfermagem (BARRETO et al., 2020).

Dessa forma, é de extrema importância o desenvolvimento de pesquisas que abordem a SAE e o PE afim de mostrar as vantagens na assistência uma vez que subsidia, organiza, valoriza e respalda toda assistência realizada aos clientes pelos enfermeiros e gerar reflexões acerca da importância da adesão dos profissionais de enfermagem na utilização desses métodos e instrumentos durante sua atuação profissional. Diante disso, este estudo objetiva descrever a assistência de enfermagem realizada pelos acadêmicos a criança diagnosticada com pneumonia em um hospital do interior do Amazonas.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a prática vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante o estágio de saúde da criança, no período do mês de maio de 2019. O estágio foi realizado no Hospital Regional Dr. Odair Carlos Geraldo, localizado no município de Coari, Amazonas.

O Hospital Regional de Coari, localiza-se no interior do Amazonas (AM), é responsável por atender aos clientes adultos e pediátricos com patologias clínicas diversas, corresponde a uma instituição pública que oferece atendimento de média complexidade à população da cidade e de outros municípios vizinhos. A unidade é um dos pontos de referência para acolher os estudantes dos cursos da área da saúde do Instituto de Saúde e Biotecnologia, dentre o curso de Enfermagem, durante as aulas práticas obrigatórias. O cenário da vivência do estudo foi a área da Pediatria do referido hospital, local das aulas práticas dos acadêmicos na disciplina saúde da criança. Local esse em que a criança assistida estava internada acompanhada de sua mãe.

O município de Coari está localizado no interior do Estado do Amazonas, situado na região central, no médio rio Solimões, pertencente a região Norte do país, a uma distância de 363 quilômetros da capital, Manaus, o acesso ao município se dar principalmente por via fluvial, através de embarcações com duração média de 27 horas e aérea em torno de 50 minutos. A população do município segundo estimativa é em torno de 83.929 habitantes, dividida em área urbana e área rural (GAMA et al., 2018)

Para coleta dos dados foi realizada a elaboração de um instrumento de entrevista semiestruturada subsidiada e elaborada pelos estagiários através de pesquisas na literatura científica e adaptados para pediatria, o qual portava itens relacionados a história clínica da criança, histórico atual da doença, exame físico, anamnese e processo de enfermagem. Foi utilizado também o prontuário do cliente para coleta de procedimentos realizados durante a internação. A coleta de dados foi realizada em etapas: (1) levantamento de dados através da entrevista; (2) planejamento das ações de enfermagem através da sistematização da assistência de enfermagem (3) análise das informações coletadas (4) elaboração dos diagnósticos de enfermagem (5) implementação dos cuidados de enfermagem.

Neste trabalho foram utilizadas como base as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pela taxonomia Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação. Com relação aos cuidados prestados a criança

utilizaram-se as literaturas de Classificação das intervenções de *enfermagem* (NIC) e Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Este processo resultou nas propostas das intervenções de Enfermagem e posterior implementação das mesmas, analisando durante todo o estudo a adesão da criança e da mãe às recomendações. O presente estudo considerou os preceitos legais da resolução n.º 466/2012 do Código de Ética em Enfermagem e a resolução n.º 311/2007. Ao tratar-se de um relato de experiência, não se torna necessária a certificação pelo Comitê de Ética em Seres Humanos (CEP).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e concomitantemente da discussão do referido estudo serão descritos obedecendo ao plano de assistência desenvolvidos pelos discentes de enfermagem a criança internada com diagnóstico de Pneumonia Comunitária através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implementada por meio do Processo de Enfermagem (PE) que serviu para direcionar, organizar e favorecer todos os cuidados desenvolvidos na prática hospitalar dos estudantes à criança.

#### 3.1 HISTÓRICO DO CLIENTE

Criança de 4 anos, admitida no pronto-socorro na manhã do dia 18/02/2019, acompanhada por sua genitora, apresentando inapetência, cansaço, irritabilidade, dificuldade para dormir, febre e secreção nasal espessa de secreção amarelada. Após atendimento médico, obteve-se o diagnóstico de pneumonia comunitária e foi encaminhada para o setor de clínica pediátrica, onde passou a receber assistência da equipe de enfermagem e dos acadêmicos de enfermagem que realizavam a prática hospitalar da disciplina de Assistência de Enfermagem no Processo de Cuidar de Crianças e Adolescentes.

A princípio, os acadêmicos realizaram a entrevista com a genitora através de formulário pré-estabelecido de modo a obter dados referentes ao histórico familiar, socioeconômico, demográfico e histórico de saúde. Desta forma, foi realizada a primeira etapa do PE, que se refere ao Histórico de Enfermagem (Anamnese), onde se obtiveram os seguintes dados:

- **Histórico:** A. M. R, 4 anos, 103 cm de altura, 16,800 quilos, sexo masculino, pardo, natural do município de Coari, Amazonas, filho de F. R. M. Mãe dona de casa e pai mototaxista, ambos com ensino fundamental incompleto, renda familiar equivalente a um salário mínimo, atualmente residem na área urbana do município, possuem casa própria construída de madeira. Mãe informou que a criança frequenta a creche regularmente e possui uma irmã de 10 anos de idade. Relatou ainda ter pouco conhecimento a respeito da patologia de seu filho, além de estar preocupada com o estado clínico da criança. Informou também que seu filho apresenta repouso insatisfatório, não conseguindo dormir à noite, acordando três vezes no período noturno e alimenta-se preferencialmente de mingau de macaxeira e da alimentação habitual da família (principalmente constituída de peixes, frango e farinha). Relatou ter ofertado remédio caseiro à criança (composto por alho, limão e mel de abelha). Posteriormente, os discentes realizaram o exame físico céfalo-podálico na criança, onde foi possível identificar os seguintes achados;
- **Estado Geral:** consciente, sonolento, reativo, pouco ativo, hipocorado, desidratado, gemente, choroso, acianótico, anictérico, boa perfusão, pulsos cheios apresentando sensação de cansaço, tosse, vômito, inapetência e secreção nasal espessa de coloração amarelada;
- **Sistema Tegumentar:** Hipocorada, sem lesão aparente, desidratado, com acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) salinizado;
- **Exame cabeça e pescoço:** couro cabeludo íntegro, sem lesões, apresentando seborreia e pediculose, conjuntiva hipocorada e úmida, pupilas isocóricas, nariz sem desvio de septo, mucosa e distribuição de pelos adequados, com secreção espessa, batimentos das asas do nariz ao respirar, higiene insatisfatória, mucosa oral úmida, língua sem lesão, dentição em formação e cáries. Pescoço simétrico e móvel;
- **Musculoesquelético:** Força e tônus muscular satisfatórios;
- **Sistema circulatório:** Ausculta cardíaca apresentando sons hipofonéticos nos quatro focos, ritmo cardíaco regular em 2 tempos e pulsos palpáveis;
- **Sistema Respiratório:** Dispneia, tórax normolíneo, hipocorado, ausculta pulmonar com ruídos adventícios presentes (estertores e roncos). **Gastrointestinal:** Abdômen flácido, sem circulação colateral ou lesões, não relatou dor durante a palpação. Ausculta com ruídos hidroaéreos presentes, eliminações intestinais presentes de característica pastosa de coloração marrom;
- **Sistema Urinário:** Eliminação presente, aspecto amarelado com odor característico;
- **Sinais Vitais:** temperatura axilar: 37,5<sup>o</sup>; pulso: 80 bpm; frequência Respiratória: 36irpm; pressão arterial: 130/80mmHg.



A realização do histórico de enfermagem possibilitou aos discentes coletar todas as informações do cliente, da família, do ambiente e dos hábitos de vida, permitindo uma visão holística do caso, direcionando possíveis diagnósticos de enfermagem para guiar os cuidados a serem realizados a criança hospitalizada. Além do mais, essa experiência permitiu que os acadêmicos compreendessem a importância de realizar uma coleta de dados completa para tornar eficaz as intervenções e fortalecer os vínculos entre eles e os familiares.

### 3.2 DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem corresponde a segunda etapa do PE e está relacionado ao julgamento clínico referente as respostas humanas frente a um problema, estado de promoção de saúde ou potencial de risco, subsidiando a tomada de decisão do enfermeiro para implementar intervenções necessárias e atingir os resultados esperados, para a definição dos diagnósticos, utiliza-se a classificação da *North American NursingDiagnosisAssociation Internacional* (NANDA) que é a classificação mais utilizada por enfermeiros no Brasil (HERDMAN; KAMITSURU, 2017; NANDA, 2018).

Após a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, torna-se importante o planejamento dos resultados esperados, que corresponde a terceira etapa do PE, esses resultados esperados ou metas pretendidas deve ser claro e conciso, focados no cliente, ser alcançáveis com limite de tempo adequado e possíveis de serem realizados estando relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos (ALVIM, 2013).

Estabelecidos os Diagnósticos de Enfermagem e o Planejamento dos resultados esperados a próxima etapa do Processo de Enfermagem consiste nas Intervenções de Enfermagem, que devem acordar com as necessidades do cliente, de modo que precisam estar direcionadas para solucionar ou minimizar as causas ligadas aos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem, sendo implementadas a fim de atingir as metas estabelecidas e promover a melhora do cliente (ALVIM, 2013).

Diante disso, baseado nos dados coletados, bem como nas evoluções realizadas, foram elencados de forma sintetizada os principais Diagnósticos de Enfermagem (DE) consultados na NANDA, resultados esperados de acordo com a *NursingOutcomesClassification* (NOC) e Intervenções de Enfermagem (IE) de acordo *NursingInterventionsClassifications* (NIC) desenvolvidos pelos estudantes obedecendo as etapas do Processo de Enfermagem.

**Quadro 1.** Principais Diagnóstico e Intervenções de enfermagem elaborados na assistência à criança com diagnóstico de pneumonia.

<b>Diagnóstico de enfermagem-NANDA</b>	<b>Resultados esperados- NOC</b>	<b>Intervenções de enfermagem-NIC</b>
Padrão respiratório ineficaz	<p>Proporcionar troca gasosa adequada-</p> <p>Manter a permeabilidade das vias aéreas</p>	<p>Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração;</p> <p>Manter a cabeceira elevada a 45°;</p> <p>Oferecer oxigenoterapia conforme a prescrição médica e se necessário;</p> <p>Aspiração de vias aéreas;</p>
Nutrição desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais	<p>Apetite;</p> <p>Estado nutricional: ingestão alimentar;</p> <p>Comportamento de ganho de peso.</p>	<p>Controle nutricional;</p> <p>Registrar aceitação da dieta;</p> <p>Promoção da saúde oral;</p> <p>Aconselhamento nutricional.</p>
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	<p>Manter as vias respiratórias desobstruídas;</p> <p>Demonstrar redução da congestão pulmonar;</p> <p>Troca de gases;</p> <p>ventilação.</p>	<p>Aspiração de vias aéreas;</p> <p>Assistência ventilatória;</p> <p>Controle de vias aéreas;</p> <p>Monitorização respiratória;</p> <p>Oxigenoterapia;</p>
Risco de hipertermia	<p>Prevenir alteração da temperatura;</p> <p>Termorregulação</p>	<p>Regulação da temperatura;</p> <p>Verificar a temperatura axilar de 4/4 horas e sinais vitais;</p>
Padrão de sono prejudicado	<p>Melhora do padrão de sono;</p> <p>Expressa satisfação com relação ao sono</p>	<p>Monitorar e registrar o padrão de sono do cliente e o número de horas dormidas;</p> <p>Auxiliar na eliminação de situações estressantes antes da hora de dormir;</p> <p>Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília do cliente;</p>
Risco de Infecção	<p>Prevenir infecção evitável;</p> <p>Controle de riscos: processo infeccioso;</p> <p>Manter integridade da pele.</p> <p>Deteção de risco</p>	<p>Monitorar vulnerabilidade a infecção; orientar ao familiar maneiras de evitar infecção;</p> <p>Controle de doenças transmissíveis;</p> <p>Controle de infecção;</p> <p>Controle de imunização/vacinação;</p> <p>Controle do ambiente;</p>

Outras ações foram desenvolvidas durante a assistência à criança com pneumonia, uma delas foi a educação em saúde à mãe da criança a respeito da importância dos cuidados com a higiene, sendo orientado a forma correta de lavar a cabeça da criança tendo em vista que durante o exame físico foi identificado a pediculose e seborreia. Outras orientações foram sobre o uso do pente fino e a aplicação de pediculicidas tópicos de acordo com a orientação médica e lavagem das roupas e utensílios pessoais com água quente.

Também foi orientado acerca da importância da higiene bucal da criança e demonstrado a forma correta de realizar esse procedimento. Essas orientações foram realizadas devido à identificação de cárie ao realizar o exame físico da boca, além disso, foi salientado a importância da criança e da família ter uma alimentação saudável, consumir frutas e legumes, principalmente as regionais como banana, melancia, abacate, mamão, macaxeira, etc., de acordo com a suas possibilidades financeiras, evitar o consumo de alimentos industrializados e diminuir o consumo de sal.

Uma das práticas bastante comuns no interior são o uso de remédios caseiros que as famílias consomem ou recomendam quando um ente adoece. Neste estudo foi constatado o uso de um xarope feito a base mel de abelha, alho e limão. Esse mesmo xarope já foi identificado em outras entrevistas de familiares que foram internados no hospital, sendo, portanto, um hábito cultural da região. Desta forma, foi reforçado a importância de não abandonar o tratamento medicamentoso prescrito pelo médico e salientado que a mãe deve sempre comunicar aos profissionais quais remédios caseiros a criança está fazendo uso para receber as orientações necessárias, tendo em vista que algumas plantas medicinais podem trazer reações adversas e a mãe precisa ser bem orientada e alertada quanto aos riscos. É importante também que os profissionais de saúde respeitem os hábitos culturais e associe o mesmo a sua prática clínica e tenha uma comunicação clara e compreensiva com os clientes.

Além disso, foi esclarecido à mãe através de uma linguagem simples a respeito do que é pneumonia e os métodos de prevenção, tendo em vista que ela sabia pouco a respeito da doença. Deste modo, as ações realizadas pelos estudantes foram baseadas nos achados identificados na coleta de dados, dando prioridade para as necessidades do cliente e da família.

Portanto, é fundamental identificar todo histórico pessoal e familiar da criança hospitalizada de modo a compreender o contexto social, cultural e familiar para melhor assistir o cliente, além disso, faz-se necessário envolver os responsáveis da criança no processo de cuidado de modo a trabalhar a escuta qualificada para que os pais possam expressar todos os seus anseios e dúvidas inerentes a situação enfrentada, uma vez que os

familiares acompanhantes são considerados intermediadores do cuidado durante a internação por facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e a criança (CHESANI et al., 2019).

Ademais, é imprescindível realizar a educação em saúde dos pais acompanhantes da criança para que eles possam prosseguir com os cuidados no domicílio, logo, é importante orientar sobre os métodos preventivos de doenças, agravos, esclareceras dúvidas e outras informações que são importantes informar aos cuidadores, tendo em vista que esse ato favorece a recuperação e manutenção da saúde infantil (CHESANI et al., 2019).

### 3.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Após ser estipulado os DE e prescrito e implementado os cuidados de enfermagem, é necessário que a equipe faça uma avaliação contínua das respostas do cliente frente a assistência realizada e avaliar se houve bons resultados após realizadas as intervenções de enfermagem, esse processo corresponde a quinta etapa do PE e deve ser realizado continuamente a cada contato com o cliente, atentando-se para os cuidados que precisam ser acrescentados, mantidos e finalizados para melhor controle das ações desenvolvidos e melhor oferta de cuidados.

Com isso, todas as ações realizadas pelos acadêmicos de enfermagem sob a supervisão da preceptora da disciplina foram registradas, sendo realizado avaliação contínua da evolução do cliente frente as respostas dos cuidados implementados.

#### **Quadro 2. Evolução de enfermagem durante a assistência à criança com pneumonia.**

No terceiro dia de internação hospitalar, consciente, orientado em tempo e espaço, sonolento, agitado, pouco colaborativo, acompanhado de sua progenitora. Ao exame físico apresentou seguintes alterações: Couro cabeludo com seborreia, nariz com secreções, batimentos das asas do nariz ao respirar, dentição em formação com cáries, amígdalas com processo inflamatório, com acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) salinizado, sem sinais flogísticos, sistema respiratório: dispneia, com presença de tosse. Ausculta pulmonar com ruídos adventícios presentes (estertores e sibilos). Aceitação a dieta oferecida, eliminação vesico intestinal presente, sem evacuações diarreicas. Relata sono e repouso insatisfatório, acordando três vezes durante o período noturno.

### 3.4 LIMITAÇÕES VIVENCIADAS PELOS ACADÊMICOS

Uma das principais limitações vivenciadas pelos acadêmicos de enfermagem durante a prática hospitalar foi relacionado a prestações de cuidados à criança devido à agitação, o medo e o choro intenso quando os estudantes se aproximavam para realizar os

procedimentos, a exemplo da administração de medicamentos e a nebulização, dificultando a assistência e gerando uma certa insegurança e nervosismo dos acadêmicos. Entretanto, para minimizar essa situação, os acadêmicos estipularam mecanismos lúdicos, usando brinquedos para despertar interesse na criança e deixá-la mais calma. Além disso, era solicitado à mãe segurar a criança no colo de modo a tranquilizá-lo um pouco mais e com isso, foi possível melhorar a situação durante a realização dos procedimentos de enfermagem.

Estudos destacam que a criança ao adoecer fica mais vulnerável, e a internação hospitalar acaba sendo algo diferente e pôr a criança ser submetida a diversos procedimentos, cercada por pessoas diferentes das que ela estava habituada a conviver, essa situação passa a deixá-la mais estressada, agitada e chorosa que soma ao sofrimento provocado pelo estado de saúde, piorando o seu estado emocional (GONZAGA et al., 2016; CHESANI et al., 2019) o que remete a importância de se utilizar estratégias, como envolver o lúdico na abordagem à criança hospitalizada minimizando essas dificuldades.

Outra limitação encontrada, foi devido ao curto período dos acadêmicos no setor de pediatria, uma vez que os estudantes obedecem ao cronograma das atividades práticas precisando realizar as atividades das outras disciplinas do período do curso de enfermagem, o que impossibilitou acompanhar o cliente até sua alta hospitalar

## 4. CONCLUSÃO

Este estudo descreve as experiências dos acadêmicos de enfermagem na aplicação da SAE e do PE à criança internada com diagnóstico médico de pneumonia em um hospital público do interior do Amazonas, destacando a importância da utilização desse método e instrumento no ambiente de trabalho do enfermeiro de modo que a implementação do PE à criança permitiu organizar, orientar e sistematizar as ações de cuidado realizado pelos estudantes, além de servir como um documento que identifica as ações que foram desenvolvidas favorecendo o trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar e proporcionou uma melhora expressiva da assistência devido ao planejamento individualizado das ações de enfermagem à criança.

A aplicação do PE permitiu ter uma visão holística da criança hospitalizada identificando todos os achados e norteando os cuidados implementados de acordo com suas

etapas, promovendo um cuidado baseado em princípios científicos e integrado focado em solucionar as necessidades do cliente.

Porém, apesar de o PE ser extremamente importante conforme destacado, observou-se durante a prática hospitalar que o mesmo é pouco utilizado pelos profissionais de enfermagem durante a sua assistência e, quando utilizado é de forma fragmentada, isso está relacionado a vários fatores, entre os quais, muitos clientes internados para poucos enfermeiros e também devido à falta de conhecimento acerca do PE tendo em vista sua complexidade, o que corrobora para o desenvolvimento de estudos que abordem a importância da SAE e do PE na atuação do enfermeiro no ambiente de trabalho.

Portanto, a SAE e PE são metodologias e instrumentos que devem fazer parte da atuação profissional da enfermagem, uma vez favorece a prática profissional e valoriza o trabalho da enfermagem como ciência. Dessa forma, é fundamental que os estudantes apliquem essas ferramentas durante as aulas práticas de modo que possam dar continuidade durante a sua atuação profissional após formação.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 2, p. 140-141, 2013.

ARAÚJO, M. M. **Construção e validação de cartilha educativa para orientação dos pais sobre asma na infância**. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

BARRETO, M. S.; PRADO, E.; LUCENA, A. C. R. M.; RISSARDO L. K.; FURLAN, M. C. R.; MARCON, S. S. Sistematização da assistência de enfermagem: a *práxis* do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20200005, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde epidemiológicas e morbidade. Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS por Internação**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29/09/2020.

CASTRO, R. R.; ALVINO, A. L. F. N.; ROUBERTE, E. S. C.; MOREIRA, R. P.; OLIVEIRA, R. L. Compreensões e desafios acerca da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016.

CHESANI, F. H.; OLIVEIRA, M. A. M.; COSTA, R. R. O.; PORTELA, B.; AZEREDO, E. S.; FERREIRA, L. C. O acolhimento ao cuidador de crianças internadas. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 2017-2228, 2019.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIV)**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolucao COFEN no 358/2009**. Dispoe sobre a Sistematizacao da Assistencia de Enfermagem e implementacao do Processo de Enfermagem em ambientes, publicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e da outras providencias [Internet]. Brasilia: **COFEN**; 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 22/09/2020.

COSTA, P.; PALOMBO, C. N. T.; SILVA, L. S.; SILVA, M. T.; MATEUS, L. V. J.; BUCHHORN, S. M. M.; Activities of university extension for transfer of knowledge about child development in day care centers: report of experience. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03484, 2019.

FENGLER, F. C.; MEDEIROS, C. R. G. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. **Revista SOBECC**, v. 25, n.1, p. 50-57, 2020.

GAMA, A. S. M.; FERNANDES, T. G.; PARENTE, R. C. P.; SECOLI, S. R. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 2; p. e00002817, 2018.

GONZAGA, P. M. A. S.; RESENDE, J. W. R.; PASSOS, V. O. A.; SIMÕES, P. R. F. A Influência da Ludicidade para a Aprendizagem de Crianças em Regime de Internação Hospitalar. **Revista de Educação do Vale do São Francisco**, v. 6, n. 11, p. 125-145, 2016.

HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2021**. Oxford(UK): Wiley-Blackwell, 2017.

MENEZES, R. A. M.; PAVANITTO, D. R.; NASCIMENTO, L. F. C. Distribuição espacial das taxas de internação de crianças por pneumonia no Sistema Único de Saúde, nos municípios do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190053, 2019.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020**. NANDA, International, tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. [et al.]. Porto Alegre: **Artmed**, 2018.

OLIVEIRA, I. C.; MOREIRA, E. A. F.; ANDRADE, F. B. Avaliação da morbidade e mortalidade por causas respiratórias em crianças menores de 5 anos no nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v. 6. n. 2, p. 140-155, 2020.

PINTO, B. F.; ARAÚJO, P. Q.; AMARAL, J. D. F. A. Atuação da fisioterapia no esforço respiratório em crianças hospitalizadas com infecção respiratória aguda: um estudo comparativo. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 2, p. 140-147, 2017.

SANTOS, F. B.; VALENTE, G. S. C. Sistematização da assistência de enfermagem e a segurança do paciente no ambiente domiciliar. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 106-113, 2019.

SOUSA, B. V. N.; LIMA, C. F. M.; FÉLIX, N. D. C.; SOUZA, F. O. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 2, p. e20102001, 2020.

SOUZA, R. O. D.; BORGES, A. A.; BONELLI, M. A.; DUPAS, G. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180118, 2019.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mileide Medeiros Loureiro<sup>1</sup>, Hanna Evelin Bandeira Monteiro<sup>1</sup>, Fernanda da Costa Chagas<sup>1</sup>, Lucas Aguiar de Sousa<sup>1</sup>, Jailson Torres de Menezes<sup>1</sup>, Ana Kátia da Silva Pereira<sup>1</sup>, Leuriane Silva dos Santos<sup>2</sup>

1. Centro Universitário da Amazônia (UNAMA), Santarém, Pará, Brasil;

2. Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário da Amazônia – UNAMA, Santarém, Pará, Brasil.

### RESUMO:

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica febril e infecciosa de etiologia desconhecida, que acomete menores de 05 anos, afetando preferencialmente vasos médios, com predileção para artérias coronárias, podendo evoluir para complicações cardiovasculares irreversíveis. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, desenvolvido com o objetivo de relatar a assistência de enfermagem à criança com Síndrome de Kawasaki, realizada durante o estágio de enfermagem em pediatria, em um hospital público da cidade de Santarém/PA, no período de junho de 2019, com ênfase nos diagnósticos de enfermagem, baseados no NANDA 2018-2020, identificados durante o atendimento. A menor, com 02 anos de idade, sexo feminino, apresentou hipertermia, êmese, rash cutâneo, língua edemaciada e hiperemiada, pés e mãos edemaciados. Tais manifestações clínicas contribuíram para identificação dos seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de desequilíbrio eletrolítico evidenciado por vômito; Integridade da pele prejudicada relacionada à circulação prejudicada e alteração na pigmentação, evidenciada por alteração na integridade da pele; Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a trauma, evidenciada por edema e alteração em característica de pele; e Hipertermia relacionada à doença, evidenciada por pele quente ao toque. A elaboração de diagnósticos de enfermagem voltados para as necessidades da paciente, além de fornecer informações fidedignas do estado clínico e as respostas da mesma frente a patologia e medidas terapêuticas, permitiu a adoção de intervenções de enfermagem seguras e qualificadas, evidenciando a importância deste processo de enfermagem para a realização de um planejamento de cuidados adequado à necessidade da menor, contribuindo para um bom prognóstico.

**Palavras-chave:** Pediatria, Saúde da Criança e Síndrome de linfonodos mucocutâneos.

### ABSTRACT

Kawasaki's disease is a febrile and infectious systemic vasculitis of unknown etiology, which affects children under 5 years old, preferentially affecting medium vessels, with a predilection



for coronary arteries, which can progress to irreversible cardiovascular complications. This is an experience report study, developed with the objective of reporting nursing care for children with Kawasaki Syndrome, performed during the pediatric nursing internship, in a public hospital in the city of Santarém/PA, in June 2019 period, with an emphasis on nursing diagnoses, based on NANDA 2018-2020, identified during care. The smallest, with 02 years of age, female, presented hyperthermia, emesis, skin rash, swollen and swollen tongue, swollen feet and hands. Such clinical manifestations contributed to the identification of the following nursing diagnoses: Risk of electrolyte imbalance evidenced by vomiting; Impaired skin integrity related to impaired circulation and changes in pigmentation, evidenced by changes in skin integrity; Ineffective peripheral tissue perfusion related to trauma, evidenced by edema and changes in skin characteristics; and Hyperthermia related to the disease, evidenced by warm skin to the touch. The elaboration of nursing diagnoses geared to the patient's needs, in addition to providing reliable information on the clinical condition and the responses of the same regarding pathology and therapeutic measures, allowed the adoption of safe and qualified nursing interventions, evidencing the importance of this process of nursing. nursing to carry out care planning appropriate to the child's need, contributing to a good prognosis.

**Keywords:** Pediatrics, Child Health and Mucocutaneous lymph node syndrome.

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença de Kawasaki (DK), descrita pela primeira vez no Japão em 1967 por Tomisaku Kawasaki, é uma vasculite inflamatória aguda que atinge pequenos e médios vasos. É a segunda vasculite mais comum em idade pediátrica e afeta maioritariamente crianças com menos de cinco anos de idade (90%), sendo rara em crianças com menos de cinco anos (10%) (RODRIGUES et al., 2018).

A Síndrome de Kawasaki é caracterizada como uma vasculite que acometem artérias de tamanho médio do corpo humano, tendo maior predisposição as coronárias propiciando quadros sintomatológicos em estágio precoce de: miocardite aguda, arritmias, endocardites, pericardites, podendo ocorrer posteriormente aneurismas, trombose e infarto ocasionando em risco de óbito (TIRADO et al., 2019).

Incertezas quanto a etiologia desta patologia ainda é prevalente, acredita – se que seja uma reação imune desencadeada por agentes ambientais e/ou físicos, em indivíduos que tenham predisposição para o surgimento desta patologia além de ser também associada a doenças virais e bacterianas. A negligencia ao tratamento dos aneurismas pode ocorrer em 15 a 25% complicações como isquemia, IAM e morte súbita o que evidencia a importância do diagnóstico precoce e a progressão do tratamento efetivo da patologia (LOTITO et al., 2009; MAGGIO et al., 2019).

O tratamento não é curativo, mas, realizado na fase aguda da doença, tenta reduzir a inflamação e o dano arterial além do risco de trombose, principalmente quando existe anormalidade na artéria coronária. Todos os estudos já apontam para o uso de imunoglobulina e AAS, sendo o primeiro idealmente até o décimo dia do início da febre. Contudo, mesmo com o tratamento ideal, 20% das crianças irão desenvolver algum grau de dilatação transitória da artéria coronária (GONÇALVES; SILVA, 2018).

Com isso, os pacientes com essas doenças necessitam de cuidados contínuos de uma equipe multiprofissional para a prestação de assistência, tornando assim, o profissional de enfermagem indispensável para prestação dos cuidados de enfermagem de forma contínua e humanizada propiciando eficácia no tratamento bem como a prevenção de agravos (MARSHECCI et al., 2018).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

O estudo é caracterizado como relato de experiência, com abordagem qualitativa e descritiva. Frasson e Júnior (2009) apud Laurindo e Silva (2017), aludem que a pesquisa qualitativa tem como principal inferência a abordagem descritiva, isso porque o pesquisador torna-se o centro dentro do estudo, pois participa, compreende e interpreta os dados que foram por ele coletados.

Os agrupamentos dos dados foram realizados no período de junho de 2019, durante o estágio supervisionado em clínica pediátrica de um hospital público na cidade de Santarém/PA, sendo utilizados materiais para a coleta como diagnóstico de enfermagem da NANDA edição 2018 - 2020, selecionados através da anamnese e exame físico, e prezando por pesquisas atualizadas inerentes a temática, quanto ao desenvolvimento do estudo foram utilizadas pesquisas na íntegra das bases de dados SCIELO, publicados nos últimos quatro anos, no período de 2017 a 2020, sendo excluídos artigos publicados em anos anteriores que não continham informações referentes a temática supracitada.

Os descritores contidos foram: pediatria, saúde da criança, síndrome de linfonodos mucocutâneos. Sendo inclusos artigos publicados na íntegra dos anos de 2017 a 2020, quanto aos critérios de exclusão foram retiradas pesquisas que não correspondiam ao tema proposto, e idiomas que não relacionados ao português.

Em relação aos materiais encontrados nas bases de dados descritos foram minuciosamente analisados e selecionados para a realização do planejamento e escolha relevante para os objetivos do estudo.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

De acordo com Gandra et al. (2018) a Síndrome de Kawasaki é uma vasculite que envolve as três camadas da parede vascular, com destruição da lâmina elástica interna. Essa perda da integridade estrutural enfraquece as paredes dos vasos resultando em dilatação e formação de aneurisma sacular ou fusiforme. Pode ocorrer também a formação de trombos com obstrução dos vasos.

O relato de experiência, apresenta uma paciente hospitalizada oriunda de outro município, segundo informações repassadas pela genitora a cliente de dois anos de idade, havia sido internada no hospital onde reside, por decorrência de sintomas de procedência desconhecida, afirma ainda que a menor esteve com febre acima de 39°C, vômitos, tosse com secreção, manchas em todo o corpo, olhos inchados e língua edemaciada e vermelha, além de mãos e pés edemaciados, por oito dias consecutivos. Posteriormente houve desaparecimentos dos sinais clínicos, havendo apenas descamação nos locais das manchas vermelhas espalhadas pelo corpo.

O diagnóstico da síndrome de Kawasaki- SK é clínico, com tudo existiam possibilidades de outras patologias: Escarlatina, Lúpus Eritematosos e Síndrome de Kawasaki. Após confirmação da síndrome Kawasaki, por se tratar de uma doença rara, a criança foi transferida para o Hospital de referência regional. O tratamento da doença de Kawasaki na fase aguda visa reduzir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite com suas consequências (trombose e aneurisma), enquanto a terapêutica nas fases subaguda e de convalescença objetiva prevenir a isquemia miocárdica e o infarto (CASTRO; COSTA; URBANO, 2009).

Foram encontrados alguns diagnósticos de enfermagem: Risco de desequilíbrio eletrolítico evidenciado por vômitos; Deambulação prejudicada relacionada a pés e mãos edemaciados evidenciados por dor; Integridade da pele prejudicada relacionada a circulação sanguínea prejudicada evidenciada por manchas vermelhas pelo corpo; Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a alteração em características da pele evidenciado por

edemas em mãos e pés; Hipertermia relacionado pele quente ao toque evidenciado por febre acima de 39°C.

A elaboração de diagnósticos de enfermagem voltados para a paciente, além de fornecer informações do real estado clínico e as respostas da mesma frente ao processo de adoecimento e tratamento, permite a adoção de intervenções de enfermagem seguras e qualificadas. Tal estudo evidencia a importância da elaboração dos diagnósticos de enfermagem para a realização de um planejamento de cuidados adequado à necessidade da paciente, tendo em vista que as intervenções de enfermagem adotadas na assistência contribuíram para um bom prognóstico.

#### 4. CONCLUSÃO

A assistência prestada pela equipe de enfermagem, pautada no processo de sistematização e, em especial a adoção de intervenções e cuidados voltados diretamente para as necessidades apresentadas pela paciente, contribuíram para uma evolução e desfecho clínico favorável, para a menor, pois auxiliou na sua recuperação, por meio de intervenções seguras e mais assertivas.

Tal constatação permite inferir a importância da elaboração dos diagnósticos de enfermagem para que a equipe consiga realizar o planejamento adequado dos cuidados adequados com foco na paciente, tendo em vista que as intervenções de enfermagem adotadas no decorrer da assistência contribuíram para um bom prognóstico, além de ser um instrumento pelo qual pode-se obter informações do real estado clínico da paciente e a resposta da mesma frente ao processo de adoecimento e tratamento.

Pela observância dos aspectos analisados, evidencia-se a importância dos cuidados especializados prestados pela a equipe de enfermagem, utilizando de ferramentas como a Sistematização da assistência de enfermagem e o livro de NANDA, como também a atuação da equipe multiprofissional durante o tratamento de portadores da síndrome de Kawasaki.

Em relação a todo esse processo é importante que a equipe esteja capacitada e apta para avaliar, monitorar e realizar procedimentos exercendo uma assistência de qualidade e eficaz com esses clientes, além do estabelecimento de vínculo entre equipe multiprofissional e paciente para que ocorra maior adesão ao tratamento propiciando práticas mais efetivas prezando pela humanização e promoção de autonomia ao paciente.

## 5. REFERÊNCIAS

CASTRO, P.A.; COSTA, I.M.C; URBANO, L.M.F, Doença de Kawasaki. **An Bras Dermatol**, v. 84, n. 4, p. 317-331, 2009.

FRASSON, A. C.; JUNIOR, C. R. O. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Ponta Grossa, UEPG: 2009.

LAURINDO, A.P.; SILVA, J.A.P. Introdução à pesquisa: características e diferenças teórico-conceituais entre estudo qualitativo e quantitativo. **Rev. UNIABEU**, v.10, n. 26, p. 45-55, 2017.

GANDRA, G.A.; ALVES, S.S.C.A.; GANDRA, K.N.; COSTA, A.L.D.G.; MEDEIROS, R.F; FREITAS, R.A.; et al. Doença de Kawasaki: A importância do seu diagnóstico em diferentes faixas etárias. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, p. e1942, 2018.

GONÇALVES, R.C.B.; SILVA, S.D. Doença de Kawasaki: a importância do seu reconhecimento precoce. Publicação Oficial da **Soc Brasileira de Pediatria**, v. 9, n. 3, p. 222-227, 2018.

MAGGIO, M. C. Doença de Kawasaki desencadeada por infecção por parvovírus: relato de caso atípico de dois irmãos. **J of Med Case Reports**, v. 13, n. 104, p. 1-4, 2019.

MARCHESI, A.; JACOBIS, I.T.; RIGANTE, D.; RIMINI, A.; MARLONI, W.; CORSELLO, G. Doença de Kawasaki: diretrizes da Sociedade Italiana de Pediatria, parte I – definição, epidemiologia, etiologia, expressão clínica e manejo da fase aguda. **It. J. of Pediatrics**, v. 44, n. 102, p. 1-18, 2018.

RODRIGUES, M.; OLIVEIRA, J.C.; CARVALHO, F.; SILVA, H.; MOREIRA, C.; GRANJA, S.; et al. Doença de Kawasaki e Complicações Cardiovasculares em Pediatria. *Birth And Growth Medical*. **J Nascer e Crescer**, v. 27, n. 1, p. : 54-58, 2018.

VÉLEZ-TIRADO, N.; LÓPEZ, G.; CHÍO I.M.; HERNÁNDEZ, A.G. Enfermedad de Kawasaki con manifestaciones asociadas graves y síndrome de activación macrofágica en un paciente pediátrico [Kawasaki disease with severe manifestations and macrophage activation syndrome in a pediatric patient]. **Arch Argent Pediatr**, v. 117, n. 6, p. e676-e678, 2019.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: RELATO DE CASO

**Abigail Gonçalves da Silva<sup>1,2</sup>, Fabiane de Souza Tôrres<sup>1</sup>, Rychelly de Souza Nascimento<sup>1</sup>, Wendel Ricardo Souza Rêgo<sup>3</sup>, Rosicley Souza da Silva<sup>3</sup>, Ruth Silva lima da Costa<sup>3</sup> e Marília Perdome Machado<sup>3</sup>**

1. Curso de Enfermagem do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

3. Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil;

### RESUMO

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma patologia que compromete grande parte do sistema musculoesquelético, afetando de forma significativa a motricidade dos membros, fala, deglutição e sistema respiratório. Objetivou-se descrever os diagnósticos de enfermagem relacionados à uma paciente acometida pela doença, em um hospital do Acre. Trata-se de um relato de caso sobre esclerose lateral amiotrófica, realizado a partir de dados obtidos através da análise do prontuário, anamnese e exame físico. Paciente do sexo feminino, 42 anos, internada há 2 anos, com evolução progressiva de esclerose lateral amiotrófica há 3 anos. Diante da anamnese e exame físico foram levantados 16 diagnósticos de enfermagem, sendo eles referentes aos prejuízos de diminuição de força motriz, respiratórios e psicológicos, servindo como base para a criação dos diagnósticos de enfermagem para facilitar e sistematização da assistência. Os resultados demonstram a importância da utilização da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com doenças que prejudicam o sistema neuromuscular enfermagem como uma profissão que assiste diretamente à evolução diária do paciente, tem por responsabilidade identificar os melhores métodos para o cuidado com o mesmo, uma vez que a prática de enfermagem necessita de um embasamento científico para sua execução.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, Esclerose Amiotrófica Lateral e Diagnóstico de Enfermagem.

### ABSTRACT

Amyotrophic Lateral Sclerosis is a pathology that affects a large part of the musculoskeletal system, significantly affecting the motricity of the limbs, speech, swallowing and the respiratory system. The objective was to describe the nursing diagnoses related to a patient affected by the disease, in a hospital in Acre. This is a case report on amyotrophic lateral sclerosis, based on data obtained through the analysis of medical records, anamnesis and

physical examination. Female patient, 42 years old, hospitalized for 2 years, with progressive evolution of amyotrophic lateral sclerosis for 3 years. In view of the anamnesis and physical examination, 16 nursing diagnoses were raised, which refer to the impairment of motor, respiratory and psychological impairment, serving as a basis for the creation of nursing diagnoses to facilitate and systematize care. The results demonstrate the importance of using nursing care systematization in patient care with diseases that damage the neuromuscular system nursing as a profession that directly assists the patient's daily evolution, has the responsibility to identify the best methods for caring for the same, since the nursing practice needs a scientific basis for its execution.

**Keywords:** Nursing care, Amyotrophic lateral sclerosis and Nursing Diagnosis.

## 1. INTRODUÇÃO

A esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma patologia rara neurodegenerativa e se caracteriza pela perda progressiva dos neurônios motores superiores e inferiores. A mortalidade pela doença ocorre principalmente pela repercussão da mesma no sistema respiratório (MELLO et al., 2009).

Embora a ELA seja considerada uma doença rara, no mundo a incidência é de 1 caso por 100.000 mil habitantes. No Brasil é de 1,5 casos por 100.000 pessoas, ou seja, 2.500 pacientes/ano, apresentando um grande impacto na vida pessoal e socioeconômica do indivíduo e da sociedade (OLIVEIRA et al., 2013).

Sabe-se que o enfermeiro em suas diferentes funções, tem o desafio de prestar assistência integral aos portadores de doenças crônico-degenerativas, um exemplo disso é sua atuação frente a ELA, onde o profissional deve lidar com a complexidade dos cuidados de enfermagem, frente a uma doença progressiva, desse modo torna-se importante o seu papel e a sua relação com as tecnologias oferecidas para o cuidado, levando em consideração os aspectos humanísticos do cuidado (BITTENCOURT; CORDEIRO, 2015).

A assistência de enfermagem frente a essa patologia, se dá por meio da aplicação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). A mesma baseia-se em organizar metodologicamente os cuidados da equipe de enfermagem, que inclui desde o planejamento até a execução das ações pré-estabelecidas (ZANARDO; KAEFER, 2013).

Ela é uma metodologia conceituada como um método de trabalho com embasamento científico, que tem por finalidade estabelecer uma qualidade de vida satisfatória ao paciente através da assistência prestada a ele e sua família. Este método além de ofertar um atendimento holístico ao cliente valoriza o trabalho da enfermagem em todas as suas categorias (NEVES; SHIMIZU, 2010)

A Esclerose Lateral Amiotrófica é um tema pouco conhecido pela sociedade e até mesmo pela equipe multiprofissional, desse modo, a escolha do mesmo baseia-se na expectativa de compartilhar o conhecimento sobre a assistência de enfermagem na patologia, especialmente com a equipe de saúde, visando o aprimoramento dos cuidados frente a essa condição clínica. Nesse sentido, o principal objetivo desta pesquisa foi descrever os diagnósticos de enfermagem relacionados à uma paciente acometida pela doença, em um hospital do Acre.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um relato de caso sobre esclerose lateral amiotrófica, realizado a partir de dados obtidos através da análise do prontuário, anamnese e exame físico de uma paciente acometida pela doença e internada em um hospital do Acre.

Um estudo de caso em enfermagem diz respeito a estudos que proporcionam um maior entendimento e envolvimento do aluno, pesquisador, ou profissional com a situação em que está sendo observada (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

A população de estudo foi composta por uma paciente diagnosticada com ELA no ano de 2015 e que de livre e espontânea vontade aceitou participar da pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte na cidade de Rio Branco-Acre. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2018.

Os dados foram coletados através dos registros de internação, dados do prontuário, anamnese e exame físico e foram analisados criteriosamente com o intuito de responder aos objetivos propostos, identificando-se nas observações encontradas a partir dos dados coletados, os problemas de enfermagem e correlacionando-os com os diagnósticos de enfermagem propostos pela *International nursing diagnoses: definitions and classification* (NANDA), na versão 2018-2020 (NANDA, 2018). Após a identificação dos problemas e diagnósticos de enfermagem, os mesmos foram demonstrados em forma de quadros. Foi utilizado o codinome flor para identificar a paciente no estudo, para fins éticos.

O estudo seguiu as recomendações da resolução 466/12 que assegura os direitos do participante da pesquisa e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local, sob o número de parecer 2.576.941.



### 3. RELATO DE CASO

Flor, 42 anos, feminino, branca, casada, agente comunitária de saúde, evangélica, 2º grau completo. Relata que em 2014 procurou atendimento médico queixando-se de câibras frequentes e fraqueza nos MMSS (membros superiores) e que após atendimento inicial com um médico clínico geral foi encaminhada ao ortopedista, onde realizou tratamento fisioterápico sem sucesso, sendo posteriormente direcionada ao neurologista e através dos sinais e sintomas e exames complementares, incluindo uma eletroneuromiografia, foi diagnosticada com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em setembro de 2015, iniciando tratamento medicamentoso regular com Riluzol em sua residência. Em julho de 2016, apresentou dispneia progressiva necessitando de oxigenoterapia domiciliar, evoluindo com falência respiratória por disfunção diafragmática, necessitando de IOT (intubação orotraqueal) e posterior traqueostomia para ventilação mecânica. Encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 15/09/ 2016 com diagnóstico de ELA, insuficiência respiratória aguda (IRA) e pneumonia, estando hospitalizada ainda em setembro de 2018, data da coleta de dados

Ao exame físico, paciente lúcida e orientada no tempo e espaço, ativa e colaborativa, dispneica, acianótica. Crânio normocefálico, face simétrica, pescoço simétrico, presença de traqueostomia, deglutição preservada, traqueia móvel, porém com incômodo. Tórax anterior simétrico, dispneica, em ventilação mecânica invasiva, pressão de suporte ventilatório (PSV), frêmito toracovocal palpável, som claro pulmonar à percussão, murmúrios vesiculares fisiologicamente distribuídos (MVFD), com ronos bilaterais, principalmente em ápice pulmonar direito. Membros superiores (MMSS) sem lesões, paresia e hipotonia bilateral, mais acentuada em membro superior esquerdo, Membros inferiores (MMII) sem lesões. Paresia em estágio inicial bilateral, mais acentuada em membro inferior esquerdo. Apresenta sensibilidade térmica, dolorosa, tátil e vibratória presente em todos os membros. Exame dos pares cranianos: I – Boa distinção de odores característicos em ambas as narinas, II- Campometria e acuidade visual aparentemente normal, pupilas isocóricas com reflexo pupilar normal. III, IV, VI- Mobilidade ocular e reflexos fotomotores preservados, V- Sensibilidade na face preservada, reflexo de vômito preservado, VII- Mimica facial normal, gustação posterior da língua preservada, IX- Úvula e palato centrados, gustação anterior da língua preservada, X- Presença de disfonia, reflexo de tosse preservado, XI- Força grau 1 em MMSS e MMII, XII- movimentos da língua preservados. Região íntima íntegra e sem lesões, limpa, pêlos em pequena quantidade. Verificados sinais vitais em paciente em

decúbito dorsal com seguintes resultados: PA 110 X 70 mmHg em MSE, FC 74 bpm em pulso radial esquerdo, FR 12 mpm e TAX 36,8°C.

### 3.1 PROBLEMAS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS

Ao final do levantamento do histórico e realização do exame físico, foram identificados 16 problemas de enfermagem demonstrados no quadro 1.

**Quadro 1.** Descrição dos problemas de enfermagem identificados.

Nº	Problemas de Enfermagem	Descrição do Problema
1	Cefaléia	Paciente refere dores na cabeça de leve intensidade frequentemente.
2	Disfonia	Voz rouca e diminuição do tom no decorrer da conversa.
3	Tosse	Refere tosse quando fala durante muito tempo ou quando há movimentação da cânula de traqueostomia.
4	Astenia	Paciente sente dificuldade em movimentar todos os membros exceto a cabeça e ombros.
5	Sentimento de solidão	Relata sentir-se só na maioria das vezes, pois não tem pessoas que possa dialogar com ela.
6	Preocupação	Pensa muito na situação dos filhos que estão sozinhos na residência em que morava e sofre por não os ter por perto.
7	Dermatite seborreica.	Presença de dermatite seborreica na extensão do couro cabeludo em pequena quantidade.
8	Arcada dentária incompleta	Ausência de dentição na arcada dentária superior e inferior.
9	Incômodo na traqueia	Presença de tosse quando a traqueostomia foi avaliada.
10	Dificuldade de respiração espontânea	Necessidade de ventilação mecânica invasiva em modo PSV para auxiliar respiração.
11	Roncos pulmonares	Percebidos roncos bilaterais durante ausculta pulmonar, com necessidade de aspiração.
12	Restrição ao leito	Impossibilidade de a paciente sair do leito, devido à dependência de ventilação mecânica invasiva.
13	Deficiência no autocuidado	Não consegue realizar as atividades básicas de higiene bucal, íntima e geral; bem como apresenta dificuldades em vestir-se e alimenta-se.
14	Dificuldade para movimentar-se no leito	Apresenta restrição nos movimentos dos MMSS e MIE, dificultando a movimentação no leito.
15	Vida conjugal prejudicada	Saudade do convívio com o esposo.
16	Tristeza	Paciente refere não se conformar com o estado de saúde e que não gostaria de estar na situação atual.

De acordo com o quadro 1 os problemas apresentaram-se em sua maioria no aspecto físico, seguido do aspecto psicológico. A enfermagem através de um cuidado sistematizado possui competência teórico-prática para lidar com os problemas que um portador de ELA enfrenta, auxiliando quando necessário nas atividades, trabalhando em conjunto com outros profissionais para assim oferecer uma internação livres de erros desnecessários. Entretanto, para um cuidado eficiente, é de vital importância que o enfermeiro esteja atento as alterações diárias no organismo da paciente, identificando precocemente os achados anormais para instituir um plano de cuidado que seja eficaz.

### 3.2 PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O quadro abaixo trata-se de uma proposta de SAE para ser implementada junto a paciente, a qual foi baseada na anamnese e no exame físico realizado no decorrer da pesquisa. Nessa proposta está incluído: o diagnóstico, objetivos e as possíveis intervenções referentes a cada diagnóstico.

**Quadro 2.** Proposta da sistematização da Assistência de enfermagem (SAE).

Nº	Diagnóstico	Objetivo	Intervenção
1	Ventilação espontânea prejudicada, relacionado a perda da função diafragmática, caracterizado por dispneia e traqueostomia.	Favorecer a respiração	1.1 Monitorar e registrar frequência, ritmo, profundidade na respiração (padrão respiratório). 1.2 Auscultar sons pulmonares no mínimo de 6/6 horas. 1.3 Monitorar, analisar e registrar dados do ventilador mecânico.
2	Desobstrução ineficaz das vias aéreas, relacionada à presença de secreções, caracterizado por roncos bilaterais em ausculta pulmonar.	Facilitar a respiração	2.1 Monitorar e anotar SPO2; 2.2 Aspirar secreções sempre que necessário; 2.3 Auscultar sons pulmonares a cada verificação de sinais vitais;
3	Déficit no auto cuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se, relacionado a distúrbio neuromuscular, caracterizado por dependência para executar suas necessidades humanas básicas.	Promover a higienização	3.1 Avaliar a capacidade de deglutição da paciente; 3.2 Favorecer posição confortável para garantir adequada mastigação e deglutição; 3.3 Realizar banho no leito com privacidade, mantendo cuidado com: cabelo, unhas, olhos, períneo e higiene oral;
4	Mobilidade no leito prejudicada, relacionada a distúrbio neuromuscular, caracterizado por dificuldade e incapacidade de posicionar-se.	Promover posicionamento no leito.	4.1 Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas. 4.2 Auxiliar nos movimentos da paciente. 4.3 Utilizar técnicas corretas durante o auxílio dos movimentos.

Os pacientes acometidos pela ELA em sua maioria apresentam astenia, espasticidade, atrofia muscular, disfagia, disfasia e alterações no sistema respiratório, resultando em morte ou ventilação mecânica para a maioria deles (FRANCIS; BACCH; DELISE, 1999)

Entretanto no andamento da pesquisa, conforme relato da paciente e observação realizada no exame físico a mesma não apresentou disfagia e disfasia, aparentemente ingere alimentos em sua forma líquida, pastosa e sólida sem dificuldade de deglutição, sua alimentação independe de intervenção de sonda nasogástrica e mesmo com a utilização da traqueostomia encontra-se visivelmente preservada. Igualmente, no que se refere à disfasia foi observado durante a pesquisa que a fala não foi comprometida, e a mesma apresenta disfonia devido a traqueostomia conforme está descrito no quadro 1.

Frente há isso, há indícios na literatura que apontaram a dificuldade no manejo dos resíduos faríngeos dos pacientes acometidos, devido à presença de importante dificuldade na ejeção oral e devido à fraqueza na motilidade da faríngea, potencializando o risco de penetração laríngea e/ou aspiração (MURONO et al., 2015).

É importante frisar que na comparação entre os achados da deglutição e as consistências dos alimentos, na maioria dos casos, há necessidade constante de modificação das consistências dos mesmos, visando permitir via oral até quando indicado, sem, contudo, comprometer a eficiência da ingestão oral e a segurança da deglutição (GOZZER, 2020).

Através das observações realizadas, notou-se que o prejuízo neuromuscular ocasionado pela ELA, desencadeou outros diversos problemas no dia a dia da paciente, a mesma que anteriormente realizava todas as atividades cotidianas, apresentou um alto grau de dependência da assistência multidisciplinar.

A equipe multidisciplinar em saúde, embora não sendo capaz de parar a progressão da doença, mostra-se muito importante nos cuidados paliativos, atuando no controle das comorbidades, desde a prevenção de deformidades neuromusculares produzidas com o avanço da doença, até o controle e suporte ventilatório, essencial na fase de evolução tardia da enfermidade (DE ANDRADE, 2019).

O diagnóstico de ventilação espontânea prejudicada foi designado à paciente devido à perda da função diafragmática. A mesma encontrava-se traqueostomizada e utilizando ventilação mecânica invasiva em modo de ventilação com suporte pressórico (PSV). A degeneração dos neurônios motores aos poucos se dissemina e, por conseguinte afeta os músculos responsáveis pela respiração, conseqüentemente há uma dependência de uma

respiração artificial podendo ser invasiva ou não invasiva, inicialmente somente é necessário à oxigenação do paciente de forma não invasiva, e posteriormente com o avanço da doença ele se torna dependente de um ventilador mecânico (LIMA et al., 2009).

Frente ao diagnóstico de ELA, os pacientes devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar, que deverá implementar estratégias para uma melhor qualidade de vida, principalmente no que se refere ao suporte para lidar com os sintomas respiratórios. A abordagem de cuidados respiratórios inclui técnicas de desobstrução das vias respiratórias, tosse assistida mecanicamente e ventilação mecânica não invasiva (ORSINI, 2015).

Ainda em relação ao sistema respiratório foram identificados roncos bilaterais, mais audíveis em ápice pulmonar direito, apresentando secreção em grande quantidade. Diante disto destacou-se o diagnóstico de desobstrução ineficaz das vias aéreas. Para o paciente portador de ELA, o acúmulo de secreções orais ou pulmonares é uma situação preocupante, nesse sentido cabe a equipe de enfermagem a missão de realizar a aspiração oral e/ou oro traqueal de 4-5 vezes ao dia e que associada aos demais cuidados resulta em um melhor conforto ao paciente, na melhora da capacidade de tosse e conseqüentemente diminuição das chances de complicações respiratórias (CARVALHO; MENEZES, 2012)

A patologia em estudo além de ser crônica e neurodegenerativa é inflexível, responsável por causar diferentes graus de dependência funcional na vida cotidiana de seu portador (ORSINI, 2020; LUCHESI; SILVEIRA, 2018). Devido à capacidade reduzida dos movimentos, a paciente em estudo necessitava diariamente de total auxílio da equipe de enfermagem para realizar suas atividades básicas de autocuidado. Sendo assim, foram identificados os diagnósticos de déficits para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se.

Mediante a isso, cabe ao enfermeiro estabelecer um plano de cuidados de enfermagem que atendam todas as necessidades de autocuidado com o paciente que incorpore o auxílio para a realização de todas as necessidades afetadas, dentre elas as voltadas a higiene diária e alimentação (BELLOMO; CICHMINSKI; 2015; BITTENCOURT; CORDEIRO, 2015).

Da mesma forma que necessita de cuidados diários da equipe de enfermagem no autocuidado, o auxílio para realizar movimentos básicos no leito, como flexão e extensão dos membros superiores e inferiores, posicionar-se em decúbito lateral esquerdo e/ou direito é indispensável, diante disto destacou-se o diagnóstico de mobilidade no leito prejudicada. A imobilidade no leito é decorrente da fraqueza muscular, conseqüência do processo degenerativo da doença, a qual contribui e intensifica o déficit muscular por desuso (LEWIS; RUSHANAN, 2007).

Salienta-se que a permanência prolongada no hospital propiciou a paciente o surgimento de diversos abalos psicológicos. Em consequência do seu estado atual, a mesma apresentou ansiedade para retornar ao lar e ter o convívio social novamente. Seu conceito de família e dona do lar, já não são os mesmos, sendo observada uma interrupção nos processos familiares. Além disso, devido a patologia, ela não conseguia realizar suas atividades que outrora lhe eram comuns, causando-lhe um sentimento de impotência frente a execução de tarefas diárias. Esses e outros problemas psicossociais que puderam ser observados afetam diretamente o bem-estar geral da mesma. Como consequência, sinais de depressão e ansiedade relacionadas a esta patologia estão presentes na maioria de seus portadores. Concomitante, a família também é prejudicada pelo estado de saúde do paciente, necessitando assim de uma assistência integral, aos prejuízos físicos e aos prejuízos psicológicos ocasionados pela patologia (SILVA, 2014; PRADO et al., 2017).

Os diagnósticos acima discutidos foram selecionados pelo fato de serem referentes à patologia, os mesmos trazem as intervenções de enfermagem aplicáveis a maioria dos pacientes portadores da doença. Em contrapartida, devido a hospitalização prolongada a paciente apresenta outros diagnósticos que necessitam dos cuidados específicos da enfermagem, assim como portadores de outras patologias desenvolvem no decorrer da internação.

O trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem frente ao tratamento do paciente diagnosticados com esclerose lateral amiotrófica é primordial para uma melhor qualidade de vida dos mesmos, no entanto ainda se faz necessário o investimento em pesquisas que abranjam o envolvimento dos familiares, os sentimentos do paciente e formas de comunicação, para que cada dia mais os portadores recebam um atendimento integral que abranja todas as suas necessidades afetadas (DE OMENA, 2019).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mediante ao desenvolvimento do presente estudo, foram levantados problemas de enfermagem que serviram como base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, que puderam facilitar a sistematização da assistência voltada ao cuidado integral a paciente em questão, oportunizando-a a vivenciar uma melhor qualidade de vida, através de um cuidado integral e baseado em evidências científicas. Os resultados forneceram ainda

informações de interesse científico e que pode ser de interesse público, podendo ser utilizados posteriormente frente a novos casos.

O resultado evidencia a importância da utilização da SAE no cuidado ao paciente com doenças que prejudicam o sistema neuromuscular. A enfermagem como uma profissão que assiste diretamente à evolução diária do paciente, tem por responsabilidade identificar os melhores métodos para o cuidado com o mesmo, uma vez que a prática de enfermagem necessita de um embasamento científico para sua execução.

## 5. REFERÊNCIAS

BELLOMO, T.L, CICHMINSKI, L. Amyotrophic lateral sclerosis: what nurses need to know. **Nursing**, v. 45, n. 10, p. 46-51, 2015.

BITTENCOURT, J.F.V.; CORDEIRO, A.L.P.C. Esclerose Lateral Amiotrófica: o processo de cuidar em enfermagem e as tecnologias em saúde. **CuidArte Enfermagem**, v. 45, n. 2, p.172-177, 2015.

CARVALHO, L.C, MENEZES, T.M.O. Sistematização da assistência de enfermagem a um cliente com esclerose lateral amiotrófica: estudo de caso. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**, v.6. n. 12, p. 2998-3005, 2012.

DE ANDRADE, D.A.M, et al. A influência do atendimento multidisciplinar na qualidade de vida dos portadores de esclerose lateral amiotrófica. **Temas em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 41-69, 2019.

DE OMENA, I., et al. O cuidado de enfermagem ao portador de Esclerose Lateral Amiotrófica: uma revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 702, 2019.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: **definições e classificação / NANDA International**; tradução Regina Machado Garcez. - Definições e Classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FRANCIS, K., BACH, J. R. E DELISA, J. A. Evaluation and rehabilitation of patients with adult motor neuron disease. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 80, n. 8, p. 951-963, 1999.

GALDEANO, L. E., ROSSI, L. A. E ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 371-375, 2003.

GOZZER, M.M. Achados videoendoscópicos da deglutição em diferentes consistências de alimento na Esclerose Lateral Amiotrófica. **CoDAS [Internet]**, v. 32, n.1. p. e20180216, 2020.

LEWIS, M.; RUSHANAN, S. The role of physical therapy and occupational therapy in the treatment of amyotrophic lateral sclerosis. **Journal Neurorehabilitation**. v. 22, n. 6, p. 451-61, 2007.

- LIMA, N.M.F.V., et al. Tradução e validação da versão brasileira da escala de gravidade na esclerose lateral amiotrófica (Egela). **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 4, p. 316-322, 2009.
- LUCHESE, K. F.; SILVEIRA, I. C. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. **CoDAS (on-line)**, v. 30, n. 5, p. e20170215, 2018.
- MELLO, M. P., et al. O paciente oculto: qualidade de vida entre cuidadores e pacientes com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 45, n. 4, p. 5-16, 2009.
- MURONO, S., et al. Evaluation of dysphagia at the initial diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. *Auris Nasus Larynx*, v. 42, n. 3, p. 213-217, 2015.
- NEVES, R. D. S. E SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
- OLIVEIRA, A.S. B., et al. **Esclerose Lateral Amiotrófica**. Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica- ABrELA. São Paulo: Guinom Ltda, 48 p., 2009
- ORSINI, M., et al. Current issues in the respiratory care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 10, p. 873-876, 2015.
- ORSINI, M. Assistência ventilatória em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. Quando iniciar? **Fisioterapia Brasil**, v. 21, n. 1. p. 1, 2020.
- PRADO, L., et al. Depression and anxiety in a case series of amyotrophic lateral sclerosis: frequency and association with clinical features. **Einstein (São Paulo)**. v. 15, n. 1, p. 58-60, 2017.
- SILVA, N.O, et al. Correlação entre independência funcional e qualidade de vida de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. **Caderno de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 3, p.507- 513, 2014.
- ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2011.



## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA A RESPEITO DO ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

Thayane Araújo Lacerda<sup>1</sup>, Maria da Conceição Barreiros de Moura<sup>1</sup>, Sabrina de Souza da Silva<sup>1</sup>, Eurides Souza de Lima<sup>1</sup> e Graciana de Sousa Lopes<sup>1</sup>

1. Centro Universitário FAMETRO, Manaus, Amazonas, Brasil;

### RESUMO

Este trabalho objetiva descrever a percepção da pessoa idosa a respeito do atendimento do enfermeiro na atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 25 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Distrito Oeste de Manaus, Amazonas, Brasil, no período de setembro a novembro de 2018, aplicando-se um questionário semiestruturado elaborado pelas autoras. Os dados coletados foram trabalhados por meio da técnica de análise temática. Grande parte dos participantes da pesquisa referiram satisfação com o atendimento do enfermeiro, relatando boas experiências e proximidade com a família, outros referiram dificuldades na comunicação, falta de vínculo e insuficiência de orientações e atividades de educação em saúde. Entende-se que a figura do profissional enfermeiro é de grande valia, é quem vai tornar possível a relação enfermeiro-paciente, capacitando a família para a prática do cuidado e proporcionando a compreensão da sua importância e responsabilidade. Conclui-se que apesar de um atendimento satisfatório, a visão do idoso a respeito do enfermeiro na atenção básica era reduzida em algumas vezes a atendimentos relacionados aos programas, não existindo uma peculiaridade no cuidado ao idoso.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde do idoso e Atenção Básica.

### ABSTRACT

This research to describe the perception of the elderly person regarding the nurse's care in primary health care. It is descriptive study with a qualitative approach carried out with 25 elderly people registered in the Basic Family Health Units in the Western District of Manaus, Amazonas, Brazil, from September to November 2018, applying a semi-structured questionnaire prepared by the authors. The data collected were works using the thematic analysis technique. Most of the research participants reported satisfaction with the nurse's care, reporting good experiences and proximity to the family, others reported difficulties in communication, lack of connection and insufficient health education guidelines and activities. It is understood that the figure of the professional nurse is of great value, it is who will make the nurse-patient relationship possible, enabling the family to practice care and providing an understanding of its importance and responsibility. It is concluded that despite a satisfactory

care, the elderly's view of the nurse in primary care was sometimes reduced to care related to programs, with no peculiarity in care for the elderly.

**Keywords:** Nursing, Elderly health and Basic Attention.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o crescimento de idosos vem causando um impacto mundial. O percentual de idosos no mundo teve um aumento de 8,2% em 1950 para 10% em 2000 e, segundo pesquisas recentes há uma probabilidade de chegar a 21,1% em 2050 (NUNES; LIMA, 2012).

No Brasil, o aumento de pessoas idosas é cada vez mais relevante, tanto em proporções quanto em termos absolutos. Entre 1950 e 2025 a população idosa crescerá cerca de 16 vezes, frente a população normal que aumentará somente cinco vezes. Já é visível o aumento dessa população nas áreas de saúde e na previdência. Hoje no Brasil já tem aproximadamente 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, sendo que as expectativas em 2025 chegarão a 32 milhões, ocupando o 6º lugar em números de idosos no mundo (BRASIL, 2013).

De acordo com o IBGE (2010), a cidade de Manaus possuía uma população de 1.802.524 habitantes e 108.081 correspondiam à população acima de 60 anos. Conforme a estimativa de 2013 a população da terceira idade de 2010, teve um crescimento considerável de 118.661, o que corresponde somente a 10% da população do município (SEMSA, 2017).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em 1999, tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Procura garantir a permanência do idoso no meio em que vive, praticando de forma independente, suas funções do dia a dia na sociedade (BRASIL, 1999).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está baseada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, começa a intervir antes mesmo da população buscar os serviços de saúde. Interagindo de forma preventiva, agindo de maneira a reorganizar a demanda populacional. Além disso, dar-se suporte nas concepções de integração focando na atenção integral na comunidade. Busca-se, então, qualificar os profissionais, dando-se ênfase pelo cuidado prestado e estimular a atenção integral à saúde das pessoas e coletividade, nas diversas fases da vida (BRASIL, 2006, 2012).

Espera-se, que o profissional enfermeiro, vise uma perspectiva de desenvolver atividades, que não apenas informem sobre o processo de envelhecimento, mas que sejam profissionais sensíveis aos limites e particularidades presentes nos idosos, a fim de entender as modificações físicas, psicológicas e sociais desta população. A consulta de enfermagem é uma prática implementada nos serviços de saúde, onde acontece uma interação entre profissional e usuário, também favorece o trabalho multiprofissional, o desenvolvimento de práticas, e o cuidado baseado cientificamente (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva existe a necessidade de um olhar atento para a percepção do idoso acerca do cuidado dos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, com ênfase na atuação do enfermeiro. Valorizando assim, a escuta da pessoa idosa, a qual é de grande importância para que a equipe possa compreender as nuances do imaginário da velhice, baseadas nas experiências vivenciadas no atendimento de enfermagem no contexto familiar.

O aumento da população idosa reflete em uma maior utilização dos serviços de saúde, requerendo dos profissionais a implementação de novas ações e intervenções diferenciadas, para o alcance de uma abordagem direcionada, tanto para o envelhecimento fisiológico, quanto para o psicossocial, buscando tecnologias para se oferecer um cuidado multidimensional (COSTA; VERAS, 2003).

Este trabalho objetiva descrever a percepção da pessoa idosa a respeito do atendimento do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – ESF, através de um levantamento da percepção da pessoa idosa a respeito do atendimento do enfermeiro, conhecendo quais as dificuldades vivenciadas pela pessoa idosa em relação ao atendimento e identificando quais as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento a pessoa idosa na ESF.

## **2. MATERIAIS E MÉTODO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo. Segundo Gil (2008) as pesquisas descritivas têm como objetivo principal descrever as características de uma determinada população/fenômeno e estabelecer relações entre variáveis. Foi utilizada uma abordagem

qualitativa que envolve uma gama de significados, crenças, representações, atitudes, opiniões e produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, de forma mais subjetiva que a abordagem quantitativa (MINAYO, 2014).

## 2.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF do Distrito Sanitário de Saúde da zona oeste da cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas.

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) em consonância com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população urbana de Manaus é dividida em quatro distritos sanitários de saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste). Os distritos Sul e Oeste estão compostos por bairros de mais de uma zona geográfica. O DISA Oeste apresenta cobertura de Estratégia Saúde da Família de 41% da população total, com 401.922 pessoas, sendo que 29.552 são pessoas com idade de 60 anos ou mais (SEMSA, 2017).

O DISA Oeste engloba 17 bairros da área urbana, sendo eles: Alvorada, Compensa, Da Paz, Dom Pedro I, Glória, Lírio do Vale, Nova Esperança, Planalto, Ponta Negra, Redenção, Santo Agostinho, Santo Antônio, São Jorge, São Raimundo, Tarumã, Tarumá-Açu, Vila da Prata.

## 2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram idosos cadastrados em cinco das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF da zona oeste da cidade de Manaus. Sendo utilizada uma amostra por livre demanda de cada UBSF, correspondendo a 100% do universo dos idosos.

Foram definidos como critérios de elegibilidade nesta pesquisa: os idosos que já tinham recebido pelo menos três momentos de atendimento de saúde pelo enfermeiro. E como critérios de inelegibilidade: idosos que possuam alteração cognitiva que o impeça de responder com fidedignidade o roteiro de entrevista.

## 2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE) elaborado pelas autoras, destinado para essa pesquisa. Para Belie (2008) um

roteiro é um guia de questões que permite uma ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado. Para Minayo (2014), a entrevista semiestruturada segue um roteiro utilizado pelo pesquisador como um apoio claro na sequência das questões e como fonte de informação, fornecendo dados primários e secundários. A entrevista foi realizada individualmente, com o auxílio do gravador de voz com uma duração em média de 40 minutos, em ambiente reservado na própria unidade, de forma exploratória.

O instrumento utilizado visa atender os objetivos propostos no estudo sobre a percepção da pessoa idosa a respeito do atendimento do enfermeiro, constituindo então quatro etapas: eixo 1 que corresponde a questões compreendendo os dados de identificação da pessoa idosa, tais como sexo, idade, estado civil, moradia e o eixo 2 que corresponde as questões sobre a percepção da pessoa idosa, eixo 3 que corresponde as dificuldades vivenciadas e eixo 4 sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro para a terceira idade.

## 2.5 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados coletados serão analisados qualitativamente por meio da técnica de análise dos dados seguirá os passos sugeridos por análise temática trabalhada por Minayo (2010), que afirma que “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” e abrange operacionalmente as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa (pré-análise) corresponde a organização do material em que serão selecionados os dados a serem analisados, com um levantamento de hipóteses ou questões que norteiem o estudo. Nesse momento as pesquisas foram gravadas do início ao fim e, posteriormente, transcritas de forma a constituir os textos a serem trabalhados em seu estado bruto. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante, onde o pesquisador entra em contato direto e intenso com o material coletado, impregnando-se pelo seu conteúdo (MINAYO, 2014). A análise foi feita por meio de leitura exaustiva dos dados, a fim de sistematizar as ideias e direcionar ao objetivo principal da pesquisa.

A segunda etapa é a exploração do material, onde se classificam os dados a fim de se construir uma compreensão do texto, criando categorias que são palavras semelhantes e significativas para a pesquisa (MINAYO, 2014).

A terceira etapa é a interpretação dos depoimentos onde foram realizadas inferências e interpretações com sustentação da literatura abordando a temática. As interpretações que levam às inferências são no sentido de buscar o que está oculto sobre a realidade aparente (MINAYO, 2010).

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com as recomendações éticas e legais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e o protocolo de pesquisa foi aprovado sob o CAAE nº 87210218.3.0000.5016 pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Amazonas – CEP/UEA em respeito aos direitos dos indivíduos sujeitos da pesquisa atentando-se aos princípios éticos de benefícios do estudo, privacidade, não maleficência, justiça, autonomia e veracidade (BRASIL, 2012).

Para assegurar os direitos dos sujeitos participantes foi disponibilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após concordarem em participar, o termo foi lido e assinado pelo participante e pelo pesquisador antes da coleta de dados. Uma cópia ficou na posse do sujeito participante e outra com o pesquisador.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 25 idosos participantes da pesquisa, a maioria eram mulheres, representando 56% do total, no que difere aos homens que representam 44%. Em relação à idade, 80% têm entre 60 a 79 anos, com apenas 20% de idosos octagenários. Quanto ao estado civil, destacam-se 56% que estão em uma união estável, enquanto 40% são viúvos ou solteiros e apenas 4% divorciados. A respeito da moradia, 100% dos idosos possuem casa própria, de alvenaria com quatro ou mais cômodos. No que se refere à quantidade de pessoas residentes no domicílio, 48% dos idosos disseram morar com 04 ou mais pessoas, 28% moram apenas com cônjuge ou apenas com filhos e ainda 8% moram sozinhos.

Após a leitura exaustiva dos dados, extraíram-se alguns significados dentre as falas dos personagens, os quais resultaram nas seguintes categorias: O enfermeiro na percepção dos idosos na ESF; Vivências durante o atendimento: dificuldades/possibilidades.

### 3.1 O ENFERMEIRO NA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS NA ESF

Grande parte dos participantes relatou satisfação em relação ao vínculo com o profissional enfermeiro, todavia, alguns ainda demonstraram insatisfação com a forma de atendimento ofertada.

Idoso 1 (UBSF 1) sobre o vínculo: "... eu quase não tenho contato, tudo tem que ser marcado, a gente chega lá a enfermeira tá sentada e a recepcionista que pega a receita e manda ir pra outro lugar, não pode falar nada que é desacato".

Idoso 3 (UBSF 2): "... é, eu fico satisfeita com ela e com minhas colegas (ACS), eu moro muitos anos aqui, são como se fosse da família"

### 3.2 DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO IDOSO

Dentre os momentos de dificuldade encontram-se: acesso ao enfermeiro, dificuldades de locomoção, dificuldades para tomar medicamentos (não lembram), demora no tempo de espera para consultas ou dispensação de medicamentos na farmácia da unidade (às vezes não tem mesmo).

Idoso 5 (UBSF 4) sobre as dificuldades para organizar medicações: "... Isso eu tenho um pouquinho, minha cabeça já não funciona mais"

Idoso 2 (UBSF 1) sobre dificuldades para se deslocar até a unidade: "... Isso a gente tem, por causa da queda que eu levei né, aí não consigo andar direito".

Idoso 5 (UBSF 1) sobre dificuldades para consultas/exames/medicamentos: "... olha, quando vou na casinha o pessoal marca para eu falar com a enfermeira, agenda meu exame para fazer no hospital se tiver vaga, mas demora e o remédio quando tem eu pego".

### 3.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO

Os idosos relataram que os enfermeiros realizam consultas e também visitas domiciliares quando necessário, sendo que alguns orientam a respeito das medicações/tratamentos, além disso, existem aqueles que fazem atividades de educação em saúde com os idosos pelo menos uma vez por mês, enquanto outros não valorizam isso.

Idoso 2 (UBSF 4) sobre a educação em saúde "... Não, ela não faz palestras, mais quando a gente tá nas cadeiras da casinha esperando nossa vez ela falar que devemos cuidar melhor de nossa saúde e orienta que devemos passear, dançar fazer alguma atividade, sair mais de casa "

Idoso 4 (UBSF 2) sobre as visitas domiciliares: "... Aqui ela nunca veio, mas ela faz visita, para aquelas pessoas que estão mais doentes".

Segundo Barcellos e Andrade (2009), o atendimento domiciliar como prática de assistência à pessoa idosa é significativo, pois possibilita assistir de forma integralizada em cumprimento as propostas do SUS, permitindo uma aproximação dos profissionais de saúde com a família e o doente, proporcionando uma assistência mais qualificada.

Sampaio et al. (2018) relata que a maioria dos idosos estava satisfeito. Esta satisfação associava-se mais ao relacionamento profissional-cliente e à personalidade do profissional do que aos serviços de saúde que este oferecia à população idosa.

Já os que realmente referiram, em suas falas, a dificuldade de acesso ao enfermeiro, fundamentaram-se na maior acessibilidade aos ACS e ao fato de ficarem dependentes das orientações quanto aos aspectos de sua saúde (BARCELLOS; ANDRADE, 2009).

## 4. CONCLUSÃO

Apesar de um atendimento satisfatório, a visão do idoso a respeito do enfermeiro na atenção básica era reduzida em algumas vezes a atendimentos relacionados aos programas, não existindo uma peculiaridade no cuidado ao idoso.

Entende-se que a figura do profissional enfermeiro é de grande valia, é quem vai tornar possível a relação enfermeiro-paciente, capacitando a família para a prática do cuidado e proporcionando a compreensão da sua importância e responsabilidade. Ao enfermeiro compete estar capacitado em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes, para que seja possível identificar as necessidades pertinentes a cada paciente e família, favorecendo a prática do cuidado de forma mais adequada.

## 5. REFERÊNCIAS

BARCELLOS, E. S.; ANDRADE, M. Atendimento domiciliar: a família como co-responsável no processo de cuidar do idoso. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-03, 2005.

BELIE, R.A. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa: **Caderno de Educação**, Pelotas, v. 30, p. 187-199, 2008.



BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde – 3ª ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1999. [citado 2007 abr. 22]. Disponível em: >[http://dtr2018.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2018.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf) >. Acesso em: 22/04/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderneta de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, jun. 2003. Disponível em: <[www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewfile/10/32](http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewfile/10/32)>. Acesso em: 08/03/2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NUNES, M. I.; LIMA, T. G. Envelhecimento bem-sucedido. In: NUNES, M. I.; FERRETTI, R. E. L.; SANTOS, M. **Enfermagem em Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2012.

SAMPAIO, S.N; ESTEVES, A.V.F; OLIVEIRA, A.P.P; FRANCO, P.C.; LIMA, E.S. Visão da pessoa idosa sobre o atendimento do enfermeiro da Atenção Básica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, p. e27618, 2018.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: <[www.manaus.am.gov.br](http://www.manaus.am.gov.br)>. Acesso em 24/03/2018.

## CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos<sup>1</sup>, Diniz Antonio de Sena Bastos<sup>2</sup>, Darlen Nascimento  
Melo<sup>1</sup>, Késia Pereira da Silva<sup>1</sup>, Mikael Quaresma Rodrigues<sup>1</sup> e Karina Morais  
Wanzeler<sup>1</sup>

1. Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém, Pará, Brasil;
2. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

Os profissionais de enfermagem que atuam no âmbito da Atenção Básica estão expostos a elevados riscos advindos de sua atividade laboral, relacionados à exposição a uma ou mais condições de trabalho que possam ocasionar agravos e consequências ao equilíbrio físico, mental e social. O estudo tem por objetivo compreender os conhecimentos que os profissionais de enfermagem têm a respeito dos riscos ocupacionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com destaque ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs). Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com doze profissionais de enfermagem atuantes em UBS, através de entrevista semiestruturada, composta por dados de identificação e questões relacionadas ao risco ocupacional e uso de EPIs. O estudo originou três categorias temáticas: Conhecimento sobre riscos ocupacionais; exposição ao risco e acidente de trabalho; e, utilização de EPIs pelos profissionais de enfermagem. Os entrevistados mostraram ter conhecimento básico sobre os riscos ocupacionais e grande parte concordou que o uso de EPIs é fundamental para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Em contrapartida, houve relatos sobre a não-utilização dos EPIs, com itens relativos à falta de recursos, de tempo e esquecimento. Faz-se necessário a utilização de medidas educativas para reforçar a promoção da saúde na prevenção de agravos a fim de reverter a baixa adesão às recomendações da utilização de barreiras de proteção.

**Palavras-chave:** Profissionais de Enfermagem, Risco ocupacional e Acidentes de Trabalho.

### ABSTRACT

Nursing professionals who work in the scope of Primary Care are exposed to high risks arising from their work activity, related to exposure to one or more working conditions that can cause injuries and consequences for physical, mental and social balance. The study aims to understand the knowledge that nursing professionals have about occupational risks in Basic

Health Units (UBS), with emphasis on the use of personal protective equipment (PPE). This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted with twelve nursing professionals working in UBS, through semi-structured interview, composed of identification data and issues related to occupational risk and use of PPE. The study originated three thematic categories: Knowledge about occupational risks; exposure to risk and accidents at work; and, use of PPE by nursing professionals. The interviewees showed to have basic knowledge about occupational risks and a large part agreed that the use of PPE is fundamental for the prevention of diseases and health promotion. On the other hand, there were reports on the non-use of PPE, with items related to the lack of resources, time and forgetfulness. It is necessary to use educational measures to reinforce health promotion in the prevention of health problems in order to reverse the low adherence to the recommendations for the use of protective barriers.

**Keywords:** Nursing professionals, Occupational risk and Work Accidents.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos, técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são a promoção, prevenção e a vigilância (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Um avanço para a Saúde do Trabalhador diz respeito à Política Nacional de Saúde do Trabalhador instituída no Brasil pela Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, a qual define princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações devem estar direcionadas a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade nos processos produtivos.

Enquanto campo de estudos, a Saúde do Trabalhador busca compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, que exige o conhecimento e intervenções, os quais estão compreendidos dentro dos processos de trabalho e sob perspectivas sociais, econômicas, tecnológicas e organizacionais (FERNANDES et al., 2017).

O trabalhador ao executar suas atividades laborais é submetido a determinados riscos que por estarem relacionados ao trabalho ou atividade são denominados de riscos ocupacionais. Considera-se risco uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos (SOUSA et al., 2016).

A biossegurança envolve a análise dos riscos a que os profissionais de saúde e de laboratórios estão constantemente expostos em suas atividades e ambientes de trabalho. A

avaliação de tais riscos engloba vários aspectos, sejam relacionados aos procedimentos adotados, as chamadas boas práticas em laboratório (BPL), aos agentes biológicos manipulados, à infraestrutura dos laboratórios ou informacionais, como a qualificação das equipes (BRASIL, 2006).

O Ministério da Previdência Social, em seu anuário estatístico, revelou que durante o ano de 2017 o setor de atividade econômica Saúde e Serviços Sociais apresentou um total de 70.538 casos de acidentes de trabalho, sendo, 67.080 casos com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e 3458 acidentes sem CAT (BRASIL, 2018).

Define-se como acidente do trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2018).

Os riscos ocupacionais estão relacionados à exposição a uma ou mais condições de trabalho que possam ocasionar agravos ao trabalhador e consequências no equilíbrio físico, mental e social dos mesmos (JESUS; FLORES; SANTOS, 2015).

Os acidentes podem ser classificados como típicos quando são decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado; de Trajeto quando ocorrido entre a residência e o local de trabalho e vice-versa; e acidentes devidos à doença de trabalho quando ocasionado por qualquer tipo de doença profissional determinado na tabela de previdência social (MONTEIRO; BERTAGNI, 2016).

Segundo a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil, de 1978, os riscos ocupacionais podem ser classificados em cinco tipos e contém uma série de normas regulamentadoras (NR) que consolidam a legislação trabalhista, relativas à segurança e medicina do trabalho (BRASIL, 1995).

De acordo com as NR, o principal objetivo do mapeamento de riscos, consiste em classificar os riscos ocupacionais existentes no local analisado de acordo com sua natureza e padronização das cores correspondentes (BRASIL, 2012), conforme se apresenta no quadro 1.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que inclui aspectos vinculados à promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

**Quadro 1.** Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com a natureza e padronização das correspondentes

GRUPO 1 VERDE	GRUPO 1 VERMELHO	GRUPO 1 MARROM	GRUPO 1 AMARELO	GRUPO 1 AZUL
FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	ERGONÔMICOS	ACIDENTES
Ruídos Vibração Radiação não ionizante Radiação ionizante Frio Calor Pressões Anormais Umidade	Poeira Fumos Névoa Neblina Gases Vapores Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral	Vírus Bactérias Protozoários Fungos Parasitas Bacilos	Esforço Físico Intenso Levantamento e Transporte manual de pesos Exigência de postura inadequada Controle rígido de produtividade Imposição de ritmos excessivos Trabalho em turno noturno Monotonia e repetitividade Outras situações causadoras de estresse físico e/ou psicológico	Arranjo físico inadequado Máquinas e equipamentos sem proteção Iluminação inadequada Eletricidade Probabilidade de incêndio ou explosão Armazenamento Inadequado Animais peçonhentos Outras Situações de riscos que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Fonte: Norma Regulamentadora/NR 9, 2012.

Profissionais que atuam no âmbito da Atenção Básica estão expostos a elevados riscos advindos de sua atividade laboral, como também no cuidado domiciliar, com destaque para o risco envolvendo material biológico, por exemplo: na realização de curativos contaminados e/ou na aplicação de medicamentos endovenosos. Assim, ignorar o tema seria desviar o olhar dos diversos riscos aos quais os profissionais se expõem, em um cenário de grande representatividade da saúde atual (SOUSA et al., 2016).

Atualmente, um dos grandes desafios para os profissionais da saúde está relacionado ao risco com acidentes biológicos, potencialmente contaminados, em razão da exposição frequente a fluídos corporais, bem como de materiais contaminados (PAULA et al., 2017). Apesar disso, aparentemente, grande parte dos riscos passam despercebidos pelos profissionais (MELO et al., 2017).

Os profissionais de saúde apresentam deficit de conhecimento e falta de educação permanente sobre a biossegurança e os riscos ocupacionais, deixando evidente o conhecimento superficial sobre o tema e definições limitadas acerca dos riscos ocupacionais (MARTINS, 2017).

Nos espaços do trabalho, a equipe de enfermagem, depara-se com a estrutura física inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), escassez de recursos humanos e de

materiais, necessidade de deslocamentos diários para atendimento a domicílio, expondo os profissionais aos acidentes de trajeto, bem como a violência urbana, entre outros riscos ocupacionais (FERRAZ et al., 2015).

Os acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais, relativos aos profissionais de enfermagem, relacionam-se em maior número, ao cuidado direto ao paciente que apresenta presença de secreções, de sangue, de fluídos corporais por incisões, sondagens e cateteres (CUNHA; GOMES, 2017).

Em todos os níveis da escala hierárquica que agrega a equipe de enfermagem encontram-se situações de trabalho que expõem os profissionais a riscos e doenças ocupacionais, portanto é necessário que todos que compõem a equipe de enfermagem possuam conhecimentos sobre a prevenção dos acidentes de trabalho e noções de biossegurança (ARCANJO et al., 2018).

Os profissionais de enfermagem se constituem em um público que na maioria das vezes cuidam de outras pessoas e se esquecem de si mesmo e do ambiente laboral. São profissionais que vêm a cada dia adoecendo, pelas condições insalubres de trabalho e ambientes desfavoráveis para o desenvolvimento de suas práticas (RIBEIRO, *et al.*, 2012).

Muitas vezes preocupam-se mais com a assistência oferecida aos usuários, do que com os riscos inerentes à execução de suas atividades, podendo-se perceber ainda o excesso de autoconfiança adquirida com os anos de experiência profissional (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015).

Os acidentes de trabalho são, algumas vezes, ignorados e não notificados devido ao desconhecimento da obrigatoriedade do procedimento, à não caracterização do episódio como acidente e ao medo do trabalhador acidentado de realizar a notificação (VILLARINHO; PADILHA, 2015).

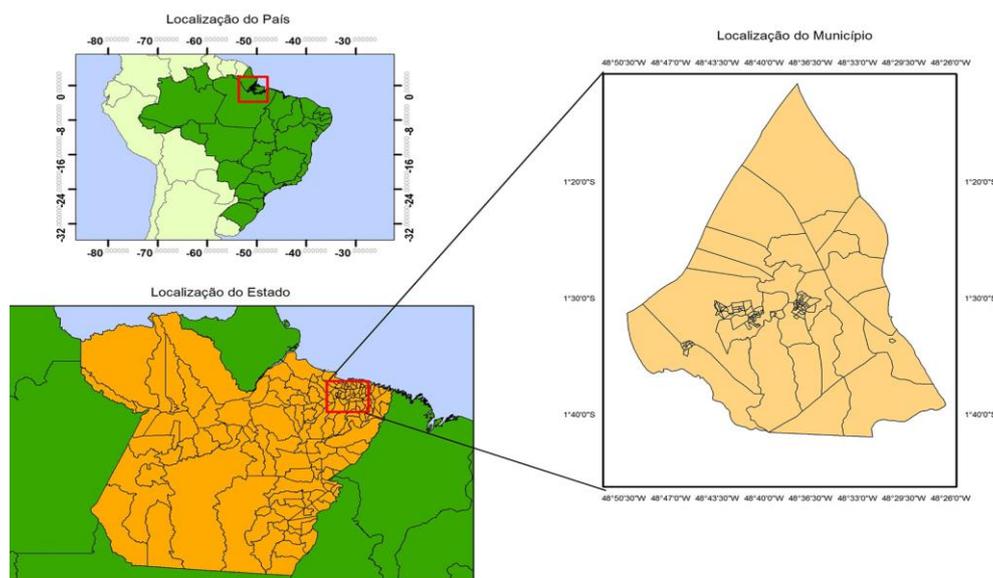
Diante deste contexto é primordial que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, possuam conhecimentos para sinalizar a importância do planejamento de estratégias de prevenção, com objetivo de reduzir a incidência de acidentes de trabalhos. Desta forma questiona-se: As equipes de enfermagem de Unidades Básicas de Saúde possuem conhecimentos acerca dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos diariamente?

O estudo tem por objetivo compreender os conhecimentos que os profissionais de enfermagem têm a respeito dos riscos ocupacionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com destaque ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde Castanhalzinho e Canaã e Industrial, ambas localizadas no município de Barcarena, estado do Pará.

A UBS Castanhalzinho está localizada na PA 483, KM 19, S/N, Trevo da Alça Viária/Barcarena, possui 2 enfermeira e 4 técnicos de enfermagem; e a UBS Canaã e industrial está localizada na rua Gabriel Hermes S/N, Vila do Conde/Barcarena e possui 02 enfermeiras e 04 técnicos de enfermagem. O município de Barcarena está localizado na região do Delta do rio Amazonas e faz parte do estado do Pará (Figura 1). Sua área total é de 1.316,2 km<sup>2</sup> e seu território é dividido por pequenas ilhas.



**Figura 1.** Localização do Município Barcarena no Pará.

Fonte: (CARMO; COSTA, 2016).

A coleta de dados realizou-se no mês de dezembro/2019, com 12 profissionais de enfermagem, sendo quatro enfermeiros (as) e oito técnicos (as) de enfermagem atuantes nas UBS referidas. As visitas para a aplicação do questionário foram divididas em três dias da semana, quarta e quinta na UBS Castanhalzinho e sexta na UBS Canaã, ambas no período da tarde.

Foram incluídos profissionais de enfermagem, que atuam diretamente na assistência ao usuário (sala de imunização, teste do pezinho, sala de curativos e consultas de

enfermagem). Excluiu-se os demais profissionais das áreas médica, administrativa gestores e serviços gerais.

A coleta de dados desenvolveu-se em três etapas: Inicialmente foi agendada conversa com os gerentes das UBS escolhidas, cuja finalidade foi esclarecer os objetivos do estudo, apresentando a autorização prévia expedida pela Secretaria de Saúde de Barcarena; Na segunda etapa, os profissionais de enfermagem foram esclarecidos sobre as intenções da proposta de trabalho e convidados a participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como terceira etapa, as entrevistas; agendadas em local reservado, com duração de quinze minutos, conforme horário definido e acordado pelos entrevistados. As respostas foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores para análise.

A análise de conteúdo pautou-se em Bardin (2011), com pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. A análise do material, tomou por base o referencial teórico a fim de criar as categorias temáticas de estudo.

Para a prevenção dos riscos aos participantes na garantia de sigilo, para seus nomes, utilizou-se as iniciais PE (Profissionais de Enfermagem) e uma numeração crescente (Ex.: PE01, PE02, PE03, PE04...). Para as Unidades Básicas de Saúde, utilizou-se a sigla UBS e uma numeração crescente (Ex.: UBS01, UBS02...).

O estudo teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade da Amazônia/ Plataforma Brasil, com o CAEE: 22507019.1.0000.5173.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

As entrevistas foram aplicadas em 12 profissionais de enfermagem que atuam diretamente na assistência ao usuário, com finalidade de avaliar o nível de conhecimento sobre os riscos ocupacionais presentes na profissão (Tabela 1).



**Tabela 1.** Caracterização dos profissionais de enfermagem atuantes nas UBS Castanhalzinho e Canaã e Industrial, Município de Barcarena, 2019.

CARACTERIZAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
SEXO	Feminino	10	83,33
	Masculino	02	16,67
IDADE	20 a 29 anos	05	41,67
	30 a 39 anos	05	41,67
	40 a 49 anos	02	16,66
FORMAÇÃO	Técnico de enfermagem	08	66,67
	Enfermeiro	04	33,33

Na caracterização dos profissionais de enfermagem, constatou-se que a faixa etária predominante é de 20 a 29 anos (41,67%) e 30 a 39 anos (41,67%), classificando-os por meio da variação de idade como adultos jovens, a fase de maior energia, produtividade e aptidão profissional tornando o período mais ativo e longo dentro da sociedade, aproximando-se aos estudos de Monteiro, Chaves e Figueiredo (2013).

Em relação ao sexo, 10 (83,33%) pesquisados são mulheres. Esse estudo corrobora com os de Dias e Castro (2014), que investigaram o conhecimento dos profissionais enfermeiros das UBS de Porteirinha (MG), verificou que 77,7% dos profissionais, eram do sexo feminino. Essas afirmações reforçam os preconceitos e estereótipos em relação à trajetória da enfermagem, determinados pelo fato da profissão, ser exercida predominantemente por mulheres.

Na categoria técnico de enfermagem, constata-se que são em maior número (66,67%) e tem como característica profissional, a realização de grande quantidade de procedimentos e maior contato com os pacientes e com os fluidos e secreções provenientes destes, como apontam os estudos de Couto et al. (2018).

Há reconhecimento que estes trabalhadores possuem uma expressiva experiência da prática do exercício profissional, onde o domínio das técnicas e os conceitos de biossegurança deveriam estar solidificados (LIMA et al., 2015).

### 3.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A análise deu-se à luz das entrevistas, na qual as falas mostraram-se significativas, procedidas de interpretação e reagrupadas, surgindo assim as categorias temáticas:

Conhecimento sobre riscos ocupacionais; Exposição ao risco e acidente de trabalho; e Utilização de EPIs pelos profissionais de enfermagem.

### 3.2.1 - 1ª Categoria: conhecimento sobre riscos ocupacionais

Os entrevistados mostraram ter conhecimento básico sobre os riscos ocupacionais, em alguns casos, corresponderam ao que foi perguntado, porém sem especificar quais seriam os riscos, como demonstrado a seguir:

Sei sim, os riscos químicos são produtos da esterilização e lavagem de material contato com gases. Os biológicos são vírus, bactéria, fungos, doenças e imunobiológicos usado em contato com secreções corporais, os ergonômicos são espaços físicos com pacientes, jornada excessiva de trabalho, os físicos se dão por meio de radiações ionizantes, e o risco psicológico, é imposto pela sobrecarga de tarefas e cobranças excessivas (PE 05)

Sim. Como trabalho na área de curativo e teste do pezinho, de risco tem as lâminas de bisturi, seringas, pinças, as lancetas. Risco também são contato com secreção, sangue quando se faz desbridamento de espírrar uma secreção ou quando, por exemplo um furúnculo ao espremer. Fico muito tempo em pé e sinto muita dor nas costas, dor nas pernas, porque como são procedimentos seguidos (PE10)

O conhecimento dos entrevistados sobre esse tema ressalta que a qualificação do profissional perante a promoção da saúde e o conhecimento da biossegurança no ambiente de trabalho diminuem os possíveis riscos. Quando questionados se foram orientados sobre os riscos ocupacionais, sete (07) participantes afirmaram que não receberam esse suporte da UBS e tiveram que buscar as informações em outros locais, como visto nas falas a seguir:

Não fui orientada sobre os riscos ocupacionais. Nem quando entrei e nem atualmente na área (PE 06)

Orientação apenas na graduação e pós-graduação, nas disciplinas mesmo. O serviço nunca disponibilizou treinamentos específicos. Tivemos apenas orientações gerais em momento de análise pelo empregador do percentual da insalubridade (PE 05)

Entretanto, cinco (05) dos profissionais obtiveram orientações nas UBS onde atuam, confirmados por meio dos depoimentos:

Fui, por meios de palestras, treinamentos ao quanto ao uso de equipamentos de proteção e exames complementares nas unidades básicas. Na realidade por meio deste que somos orientados sobre os riscos que causam no ambiente de trabalho (PE 04)

Fomos orientados em reunião de enfermagem mensal, foi repassado essas orientações em caso de acontecer um acidente de trabalho para onde deveremos nos encaminhar, pois no município funciona de segunda a sexta feira; e finais de semana e feriado é só para o município de Belém que pode ser encaminhado também (PE 12)

A divergência dos depoimentos, reforça a necessidade de viabilizar programas de treinamentos, oficinas, capacitações nas UBS, na busca pela qualificação dos profissionais de enfermagem nas UBS. Os estudos de Silva et al. (2016), afirmam que a promoção de ações que melhorem as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, devem ser estimuladas para melhorar o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre as medidas de prevenção a agravos.

Os acidentes de trabalho constituem danos à saúde dos trabalhadores na qual podem gerar efeitos nocivos ao indivíduo acometido. Os riscos ocupacionais decorrem de processos de trabalho e com origem em certos componentes materiais, máquinas, ferramentas, instalações, espaço físico, métodos de trabalho dentre outros fatores que possam gerar riscos iminentes a saúde de trabalhadores (PEDROSA; DONATO; ANDRADE, 2019).

### **3.2.2 - 2ª Categoria: exposição ao risco e acidente de trabalho**

Aos pesquisados foi questionado sobre a exposição ao risco, e a maioria das respostas obtidas foram afirmativas, podendo ser confirmadas através das falas a seguir:

“Sim, no meu local de trabalho me sinto exposta ao risco biológico. No caso, pela contaminação de objeto perfuro cortante e sobre o grande contato com sangue entre outros tipos” (PE 01)

“Nós trabalhamos com o público e são muitos pacientes dando entrada na unidade, somos atenção primária que acolhe o paciente para que ele não venha a ficar em um leito, então tudo isso ocasiona porque às vezes a pessoa vem a unidade e a gente não sabe se o paciente tem ou não alguma doença, a gente tem por exemplo a tuberculose que é no ar, então a gente fica exposto” (PE 06)

Dos doze (12) entrevistados, oito (08) responderam que não houve risco de acidentarse, enquanto quatro (04), já haviam sofrido algum tipo de incidente e necessitaram de assistência médica, como pode ser comprovado por meio dos seguintes depoimentos:

Sim, foi na minha outra área de trabalho, fui diluir um medicamento e na retirada da agulha veio no meu dedo, mas foi verificado e examinado pelo médico e não foi grave, pediu pra ter mais cuidado em relação a puxada de agulha (PE 08)

Sim. Já me furei no descartex, quando recebi uma informação que não era pra jogar papel e algodão só os perfurocortantes e quando fui tirar com uma pinça e nisso uma agulha veio a furar meu dedo, e não cheguei a comentar com ninguém, só espremi e lavei, depois de 3 dias (PE 09)

Observa-se que o profissional de enfermagem, mantém assistência direta e contínua ao paciente, diante disso, torna-se suscetível à exposição de maiores cargas químicas, físicas, biológicas e psicológicas. Na equipe de enfermagem, a maior exposição acontece em profissionais com formação técnica, devido à maior carga de atividades prestadas junto ao paciente, pouco interesse em capacitações e atualizações, além da baixa adesão a precauções padrão (LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2017).

Em estudo realizado por Soares et al. (2018), a equipe de enfermagem representou 75,97% dos casos ocorridos, com a maior ocorrência no momento de manipulação de objetos perfurocortantes, sendo a agulha com lúmen o maior agente causador (51,92%) e o sangue o material orgânico de maior incidência representando um percentual de 72,12% das amostras.

No estudo de Rodrigues et al. (2017), todos os profissionais entrevistados relataram estar cientes dos riscos e das consequências envolvidas no acidente, porém a maior parte deles não sabia como proceder. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais no pós-acidente refletem o cuidado negligenciado após a exposição ocupacional.

Os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a riscos, os quais podem ser classificadas em biológicos, através dos fluídos corpóreos; químicos, por meio de medicamentos; mecânicos, pelos acidentes com materiais perfurocortantes e psíquicos, ligados às condições inadequadas de trabalho (SILVA et al., 2016).

Tal exposição acarreta o adoecimento dos trabalhadores interferindo no desenvolvimento de suas atividades laborais, e conseqüentemente, afeta na qualidade de assistência prestada aos usuários da Atenção Básica, que se constitui como principal entrada para o sistema de saúde brasileiro (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

### **3.2.3 - 3ª Categoria: utilização de EPIs pelos profissionais de enfermagem**

Quando os pesquisados foram questionados sobre a importância dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), todos concordaram que são fundamentais para a prevenção de agravos e promoção da saúde, como demonstrado nas falas que seguem:

Sim, utilizamos no local de trabalho e utilizamos jaleco, máscaras, gorro, óculos de proteção e luvas. Importante para não se contaminar de algumas doenças.

Atendemos pessoas com AIDS e com as luvas nos prevenimos, também as máscaras por conta de contaminação da gripe, tuberculoses e várias outras, por isso o uso dos EPI (PE 03)

Sim. É nosso Equipamento de Proteção Individual. A importância é para evitar certos tipos de problema na nossa saúde como por exemplo, usar luva ao fazer avaliação no paciente. Máscara para evitar certas doenças; jaleco para não se expor ao respingo de secreção. Andar adequadamente com sapato fechado (PE 07)

O conhecimento sobre a importância do EPI é relevante quando associado ao uso, sempre que expostos a situações que ofereçam algum tipo de risco seja este biológico ou não. Os EPIs são dispositivos de uso individual, destinados a proteger o profissional mantendo a integridade física e a saúde do trabalhador. Os mais utilizados pelos profissionais de saúde são: as luvas, a máscara facial, a touca, os óculos de proteção, os protetores auriculares, o jaleco e o avental (BARBOSA et al., 2017).

Em outras circunstâncias, o não seguimento às normas de Prevenção Padrão, jornada de trabalho, falta de organização no serviço, qualificação profissional inadequada, além das possíveis falhas humanas que podem ocorrer durante a execução de procedimentos, e principalmente a ausência de EPIs, predispõem a acidentes aos profissionais (RIBEIRO et al., 2016).

Quando questionados sobre a frequência que utilizam os EPIs, oito (08) dos doze (12) envolvidos responderam que usam, conforme os seguintes relatos:

Sim, em todos os momentos quando vamos fazer um procedimento para poder se prevenir (PE 02)

Sim, uso jaleco e as luvas em alguns casos. É tipo assim, a gente pensa que está imune mais pelo hábito de estar muito tempo trabalhando pensa que não vai acontecer com a gente e eu tenho uma falha nisso, pois muitas das vezes não uso, mas é muito importante e a gente deve estar todo tempo tendo cuidado e fazer certo (PE 09)

Em contrapartida, houve relatos sobre a não-utilização dos EPIs, apesar do conhecimento sobre a sua importância, fatores como: falta de recursos, de tempo e o esquecimento, foram bastante relatados, como pode-se observar:

Sempre que possível eu uso o EPI porque no ambiente de trabalho não temos como usar no meio de uma Urgência ou emergência porque agimos rápido e não usamos, mas é obrigatoriamente o uso dos equipamentos (PE 04)

Não, por descuido meu (PE 07)

Desta forma, o uso dos EPIs é importante e deve ser encorajado por todos os trabalhadores, mediante ações de riscos, para que não haja agravos de saúde que os

prejudiquem. Entretanto, a aplicação das medidas de proteção não é suficiente para garantir a prevenção, devendo introduzir estratégias de reflexões a respeito das mudanças de comportamento e as causas de acidentes.

A não adesão ou a baixa adesão às recomendações da utilização de barreiras de proteção é uma realidade, desse modo, a utilização de medidas educativas é fundamental para reforçar a promoção da saúde e prevenção de agravos (CEZAR-VAZ, 2016).

## 4. CONCLUSÃO

Grande parte dos profissionais de enfermagem que atuam nas UBS, têm conhecimento sobre os riscos ocupacionais na sua área de trabalho, no entanto, há um número expressivo daqueles que necessitam de informações, tornando-se necessário maior investimento do poder público em treinamentos, oficinas, capacitações visando o adequado uso de equipamentos de proteção individual no ambiente laboral, para as situações que promovam riscos e utilizando medidas de promoção da saúde.

A intenção é incentivar o conhecimento sobre a biossegurança e a execução de atividades embasadas nas boas práticas de saúde, prevenindo os acidentes de trabalho. Assim, faz-se necessário que os profissionais da enfermagem conheçam os potenciais riscos a que estão expostos, pois, a partir do reconhecimento da sua realidade laboral cotidiana, promovem o autocuidado, atuando na proteção da sua saúde.

É importante ressaltar que os profissionais de enfermagem, atuam em ambiente com poucas condições favoráveis à saúde e satisfação pessoal, seja pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou mesmo má remuneração ocupacional no sistema de saúde.

É necessária a reflexão das práticas dos profissionais da equipe de enfermagem, no que diz respeito a compreensão das particularidades dos riscos ocupacionais susceptíveis em Unidades Básicas de Saúde, especialmente em setores de exposição.

Os programas de educação continuada, poderão colaborar para evitar os índices de acidentes e na melhora do ambiente de trabalho. A real importância do uso de EPIs em suas práticas, minimizam a incidência e a prevalência de acidentes ocupacionais e exposição a doenças.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L, L, G.; TORRES, S, S, C.; SANTOS, C. M. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.1, n. 1, p. 142-154, 2012.

ARCANJO, R. V. G. et al. Saberes e práticas de trabalhadores de enfermagem sobre os riscos ocupacionais na atenção básica a saúde: um estudo de intervenção. **Enfermagem Global**, n. 51, p. 213-225, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARBOSA, A. D. A. et al. Percepção do enfermeiro acerca do uso de equipamentos de proteção individual em hospital paraibano. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 7, n. 1, p. 01-08, 2017.

BASTOS, L. B. R. et al. Acidentes no Centro de Materiais e Esterilização de um Pronto Socorro Municipal. **Enferm Bras**, n. 1895, p. 658-664, 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com Agentes Biológicos**. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MF/DATAPREV, 2018.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Abordagem socioambiental na enfermagem: focalizando o trabalho rural e uso de agrotóxicos. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1179-87, 2016.

COUTO, P. L. S. et al. Representação social acerca dos riscos de acidente de trabalho. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-10, abr./jun., 2018.

CUNHA, J. D. S.; GOMES, R. N. S. Riscos de acidentes com materiais perfurocortantes em profissionais de enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 3, n. 2, p. 499-505, 2017.

DIAS, E. G.; CASTRO, A. C. Conhecimento dos profissionais enfermeiros das equipes de saúde da família do município de Porteirinha – MG sobre acidentes de trabalho. **Revista Ouricuri**, v. 4, n. 3, p. 32-47, 2014.

FERNANDES, M. A. et al. Utilização de equipamentos de proteção individual: interfaces com o conhecimento dos profissionais de Saúde. **Revista Pre Infe Saúde**, v.3, n.1, p. 16-21, 2017.

FERRAZ, L. et al. Estratégia saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem. **Revista Científica de Enfermagem**, v.5, n. 12, p. 20-28, 2015.

- GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018.
- JESUS, T. B.; FLORES, J.; SANTOS, C. O. Riscos Ocupacionais em Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Enfermagem contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 244-253, 2015.
- LIMA, I. A. S. et al. Acidentes Ocupacionais com Pérfurocortantes: Estudo com Profissionais de Enfermagem. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 26-43, 2015.
- LIMA, F. A.; PINHEIRO, P.; VIEIRA, N. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 2, p. 205-211, 2017.
- MARTINS, M. M. S. **Biossegurança e atenção primária à saúde: um estudo junto a profissionais enfermeiros**. (TCC) Bacharel em Enfermagem – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Acarape, Ceará, 2017.
- MELO, F. M. S. et al. Conhecimentos de enfermeiros sobre acidentes de trabalho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 173-180, 2017.
- MONTEIRO, L. A.; CHAVES, D. C, E.; FIGUEIREDO, L, F. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a ciclofosfamida em um hospital universitário. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 2, p. 430-436, 2013.
- MONTEIRO, A. L.; BERTAGNI, R. F. S. **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais**. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2016.
- PAULA, L. C. et al. O risco ocupacional para profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 52-59, 2017.
- PEDROSA, M. E. H. C.; DONATO, M. A. M.; ANDRADE, H. F. Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais na área da saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 2, p. 13-22, 2019.
- RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.
- RIBEIRO, I. P. et al. Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem na hemodiálise. **R Interd**, v. 9, n. 1, p. 143-152, 2016.
- RODRIGUES, P. S. et al. Acidente ocupacional entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 01-06, 2017.
- SILVA, R. P. et al. O gerenciamento de riscos ocupacionais e as interferências na saúde do trabalhador: revisão integrativa. **Res Fundam Care**, v. 8, n. 2, p. 4168-4185, 2016.
- SANTOS, É. I.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Acidentes ocupacionais biológicos e práticas protetoras evidenciados nas representações sociais de enfermeiros sobre sua vulnerabilidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 391-399, 2015.
- SILVA, V. F. et al. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na enfermagem. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, v.1, p.e904, 2016.



SOARES, W. K. R. et al. Incidência de acidentes com perfurocortantes em profissionais de saúde em um hospital de grande porte na Amazônia Legal. **Braz J Hea Rev**, v. 1, n. 1, p. 51-69, 2018.

SOUSA, Á. F. L. et al. Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 864-871, 2016.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Conduta pós-acidente de trabalho no cuidado às pessoas com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 656-661, 2015.

## DEZEMBRO VERMELHO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francimar Oliveira de Jesus<sup>1</sup>, Deidry Lorena Pinho Nery<sup>1</sup>, Larissa Raywry de Souza<sup>1</sup> e  
Rodrigo da Silva Martins<sup>1</sup>

1. Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Manaus, Amazonas, Brasil;

### RESUMO

O estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem ao participar da realização de um evento voltado para a luta e conscientização contra a HIVAids e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) Dezembro Vermelho. O evento deu-se em 05 de dezembro de 2018 na faixa liberada da praia da Ponta Negra em Manaus-Amazonas, com as parcerias empresariais, além da prefeitura de Manaus e o Hemocentro. Com o evento buscou-se promover educação em saúde, assim como, conscientizar o público a respeito das diversas formas possíveis de se contrair HIV/Aids e outras IST's. Observou-se que apesar da existência de várias campanhas e ações por parte do poder público, ainda há um déficit informacional por partes dos usuários, principalmente dos jovens que iniciaram a vida sexual recentemente e idosos. Participar da promoção de tal feito propôs aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar na prática os ensinamentos da sala de aula, formando não somente enfermeiros assistencialistas, mas também enfermeiros educadores e envolvidos na saúde coletiva populacional.

**Palavras-chave:** Prevenção e controle, Educação e Enfermagem.

### ABSTRACT

The study aims to report the experience of nursing students by participating in an event aimed at the fight and awareness against AIDS and Sexually Transmitted Infections. – RED DECEMBER. The event took place on December 5, 2018 in the street released from Ponta Negra beach in Manaus – Amazonas with business partnerships, in addition to Manaus prefecture and Hemocentro. How the event was sought to promote health education, as well as raise awareness of possible ways to become contaminated with the HIV/AIDS and other STIs. It was observed that despite the existence of several campaigns and actions by the government, there is still an informational deficiency by users' parties especially of young people who have started their sexual life recently and elderly. Participating in the promotion of this achievement proposed to the students the opportunity to experience in practice the

teachings of the classroom, training not only care nurses, but also nurse educators as well as producers of collective population health.

**Keywords:** Prevention and control, Education and Nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Aids) causada pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV) representa um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Sabe-se que a transmissão do HIV ocorre através de secreções sexuais, sangue ou outros fluidos biológicos, embora em alguns lugares haja uma frequência de transmissão entre homoafetivos, a prevalência ainda é entre heterossexuais; em crianças a infecção ocorre através de transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho (BOGLIOLO, 2011).

Estima-se que 866 mil pessoas vivem com o HIV no Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2019; no ano de 2018 foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids, uma taxa de detecção de 17,8 para cada 100 mil habitantes. Totalizando desde o período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de Aids detectados no país (BRASIL, 2019).

O início precoce da vida sexual, o desejo de aceitação em grupos sociais, o consumo de álcool e drogas por jovens, são fatores que contribuem para a disseminação viral do HIV. Além do que, socialmente, os indivíduos portadores de Aids sofrem com estigmas imputados à doença. Quanto aos aspectos políticos, os programas de prevenção de infecção e/ou reinfecção, assim como, a promoção da saúde na população em geral, ainda são os meios mais eficazes vindos do poder público para o controle da doença (BEZERRA et al., 2012).

Desde a sua descoberta e estudo mais aprofundado, o HIV tomou espaço nas discussões políticas e governamentais, na promoção de iniciativas, que envolvessem principalmente profissionais da saúde e da educação, a fim de alavancar ações instrutivas para a população acerca das vias de transmissão do vírus, prevenção e tratamento, com o intuito de comunicar a população sobre as medidas corretas a serem tomadas para enfrentamento do vírus. Devido a estas ações, nos últimos anos houve a estagnação de novos casos de HIV no mundo, porém, no Brasil, os casos entre jovens tenderam a aumentar (BRASIL, 2017).

Em 1988, a Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituíram o dia 1 de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids e a lei 13.504 de 07 de novembro de 2017 institui a Campanha Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS e outras IST's no Brasil, intitulada “Dezembro Vermelho”, com o escopo de levar informações a população sobre o tema, além de promover ações de combate ao preconceito sofrido pelos portadores da síndrome (BRASIL, 2017).

Neste contexto, buscando fornecer subsídio com o desígnio de intensificar estratégias voltadas para essa perspectiva, estudantes do 9º período de Enfermagem tomaram a linha de frente na realização de um evento com o mesmo tema da campanha - Dezembro Vermelho, que se tornou uma ferramenta a promoção e prevenção do HIV/Aids e outras IST's.

A aplicação da educação em saúde permitiu verificar o quão é fundamental a divulgação de conteúdo voltado ao tema, que embora muito falado, ainda é recorrente entre os indivíduos, em virtude, muitas vezes da falta de conhecimento. Assim, este estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem ao propagar informações acerca do HIV/Aids e outras IST's à população manauara, de maneira a contribuir positivamente para a saúde pública da cidade.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

A produção deste estudo aconteceu mediante a experiência proporcionada pela ação Dezembro Vermelho: Mês da Luta contra a Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, realizada por cerca de 100 discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem e cerca de 7 docentes do Centro Universitário do Norte- UNINORTE.

O evento ocorreu no dia 05 de dezembro de 2018, na Orla da Ponta Negra, ponto turístico da cidade de Manaus-Amazonas, no horário das 8h às 12h. A escolha do local deu-se a partir da observação da alta circulação de pessoal, que realizava principalmente atividades físicas, ou desfrutava das águas da praia, ademais a faixa etária diversificava-se, possibilitando a maior propagação de informações.

A divisão grupal para a realização das atividades deu-se de maneira rotativa, 4 grupos de 7 pessoas caminharam pela Orla, abordando os jovens, adultos e idosos para explanar sobre o tema e disponibilizar um brinde e preservativos, enquanto que 4 grupos de 10

discentes desceram para a área de praia, onde encontravam-se muitos banhistas para que fosse feito o mesmo. O restante dos discentes permaneceram divididos em 4 tendas, onde havia banners e ornamentação previamente pensada, utilizando as cores vermelho e branco, e abrangendo alguns recursos pedagógicos, como fantasias e maquetes. O revezamento de atividades aconteceu de maneira que quando os discentes que caminhavam pela Orla voltavam, os grupos que permaneceram nas tendas saíam, para que de forma justa e igualitária todos pudessem fazer a educação em saúde.

Além da entrega de folders informativos, preservativos e brindes, houve a explanação sobre o tema e convite para visita às tendas ornamentadas, bem como a viabilidade de realização de teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites, através de parceria com o Hemocentro da cidade, que dispõe de profissionais capacitados e do ônibus próprio para este fim.

O evento causou inúmeras indagações nos discentes e foi para muitos, o primeiro contato com a Educação em Saúde de maneira prática, enquanto acadêmicos de Enfermagem, proporcionando anseios e visualizando o que de fato é ser Enfermeiro.

Partindo do pressuposto que a Educação em Saúde é uma boa alternativa para conscientização e consequente promoção da saúde, a Ação Dezembro Vermelho foi uma ocasião para alcance da população e propagação da mensagem.

### **3. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Cerca de 91 pessoas foram alcançadas com a Ação Dezembro Vermelho, sendo 51 delas do sexo Feminino e 40 do sexo Masculino, sendo que, da quantidade das faixas etárias alcançadas a que mais aceitou e escutou as informações foram os adultos com idade entre 25 a 59 anos, com um total de 45 pessoas, sendo que desses, somente 3 não aceitaram as informações.

Notou-se que, jovens que iniciaram a vida sexual recentemente, apesar de possuírem inúmeros mecanismos de pesquisas nas mãos, são os que mais possuem dúvidas a respeito do tema. Dúvidas essas que incluem: Como fazer o uso de preservativos, quais as vias de contágio das infecções, quais delas possuem cura, como é feito o tratamento, qual unidade de referência procurar. Notou-se também que estes mesmos, são os que menos procuram fazer exames preventivos, como os testes rápidos. Fatores relacionados a essa falta de

procura ao serviço se devem principalmente a preocupação em sofrer preconceito, vergonha de expor que já possui vida sexual ativa, medo dos familiares o repreenderem e o medo de descobrir que já está infectado.

Quanto aos idosos (pessoas acima de 60 anos), percebe-se que o dilema está em falar sobre o uso de preservativos, já que os mesmos, pelo contexto social e patriarcal em que nasceram, são mais reservados e não gostam de falar sobre o assunto, impedindo-os assim de receber a informação de maneira mais ampla, referenciando-nos aos tabus que ainda estão instalados socialmente, todavia, não pode-se negligenciar o fato de que essa população também possui vida sexual ativa e está propensa a contrair infecções assim como qualquer outra pessoa de faixa etária inferior. Por outro lado, é interessante observar que essas são as pessoas que mais se preocupam com a saúde e conseqüentemente são as que mais realizam exames de rotina.

O evento buscou promover educação em saúde a partir de um dos temas mais citados quando se fala em prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Com foco no HIV/Aids, foi possível detectar o nível de desinformação a respeito do tema em diferentes faixas etárias, assim como, quem tem mais interesse em receber a informação.

Quantidade de pessoas alcançadas, a faixa etária, aceite ou recusa em receber as informações:

**Tabela 1.** Número de pessoas alcançadas na ação Dezembro Vermelho.

	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Aceitaram receber informações</b>	<b>Não aceitaram receber informações</b>
Jovens 18- 24 anos	16	10	16	0
Adultos 25- 59 anos	24	21	40	3
Idosos 60 anos ou mais	10	7	3	14
Idade não identificada	1	2	3	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>40</b>	<b>72</b>	<b>17</b>

Durante o evento, os integrantes fizeram distribuição de folders ilustrativos, e de preservativos em embalagens coloridas e didáticas, onde o usuário foi atraído primeiramente pelo que viu e conseqüentemente consegue absorveu o conteúdo abordado, entendendo a necessidade do uso de preservativos, bem como a importância da realização de exames de rotina, preventivos ao diagnóstico precoce das IST's.

Foi verificado, a partir dos números, a importância do uso de recursos pedagógicos inseridos na educação em saúde para realizar tais abordagens, entende-se que cada pessoa tem sua singularidade, portanto torna-se necessário fazer uso de técnicas que chamem a atenção dos usuários de maneira que os leve ao entendimento do que está sendo proposto.

Ao tabular a quantidade de pessoas que o evento conseguiu atingir, é possível notar o quanto ações educativas são agregáveis na formação acadêmica, haja vista que, propõe ao indivíduo a oportunidade de vivenciar na prática os ensinamentos da sala de aula, formando Enfermeiros não somente assistencialistas, mas também Enfermeiros educadores e envolvidos na saúde coletiva populacional.

## 4. CONCLUSÃO

A vivência possibilitou aos discentes uma nova experiência no campo de educação em saúde, uma vez que, viabilizou a relação acadêmico-cliente, promovendo o contato necessário.

A atividade contribuiu não somente para a formação de enfermeiros que visam promoção e prevenção, mas também para o aprimoramento do fazer enfermagem, no que diz respeito ao aperfeiçoamento de técnicas pedagógicas, humanização do cuidado e do conhecimento científico.

Acredita-se que a única dificuldade encontrada no decorrer do evento, foi a falta de acreditação no grupo acadêmico por parte de alguns dos usuários. Neste sentido o grupo possuía um grande desafio, uma vez que era de extrema importância atingir o público-alvo. Tal feito foi alcançado através de demonstração de conhecimento científico, o que levou os usuários a mudarem suas percepções a respeito dos acadêmicos.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 8ª ed. Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções **Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>>, Acessado em: 05/08/2020.

BRASIL. **Lei nº 13,504, de 7 de novembro de 2017.** Institui a campanha nacional de prevenção HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, denominada dezembro vermelho. Diário Oficial da União: seção 1, página 1, ano 214, 8 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids/DST ano V, número 1.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BEZERRA, E.O.; CHAVES, A.C.P.; PEREIRA, M.L.D.; MELO, F.R.G. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/aids. **Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, p. 121-131



## ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Gabriel Bezerra do Nascimento Saraiva<sup>1</sup>, Adriane Bonotto Salin<sup>1,2</sup>, Aline Araújo Maia Miola Freire<sup>1</sup>, Camila de Oliveira Souza<sup>1</sup>, Clara Gomes de Oliveira<sup>1</sup>, Gisele Soares Dias<sup>1</sup>, Jennifer Helen Barbosa Diniz<sup>1,3</sup>, Larissa Serra Gondim de Souza<sup>1</sup>, Luana Rodrigues Marques<sup>1</sup> e Francisco Mateus Lima da Silva<sup>1,4</sup>**

1. Faculdade Interamericana de Porto Velho (UNIRON), Porto Velho, Rondônia, Brasil;
2. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI), São Paulo, Brasil.
3. Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Pós-Graduação em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde, Vitória, Espírito Santo, Brasil;
4. Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Intensivos do Adulto, Secretaria do Estado de Rondônia (SESAU-RO), Porto Velho, Rondônia, Brasil.

### RESUMO

O estudo tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem, acerca das atividades lúdicas e assistência de enfermagem de baixa complexidade mediante a vivência com idosos no ano de 2018 em uma Instituição de Longa Permanência. Trata-se de um relato de experiência vivenciada a partir de atividades desenvolvidas no projeto de extensão universitária intitulado “Faça sua parte - DoeAção: promoção da Saúde do Idoso”, desenvolvido pelo curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, na cidade de Porto Velho –RO. Foram 30 encontros com 28 idosos institucionalizados, 21 acadêmicos de Enfermagem e uma docente coordenadora do projeto. As abordagens desenvolvidas incluíram as necessidades de saúde, inerentes à faixa etária. Foi percebido, através das ações educativas que a assistência e o cuidado para com estes idosos é primordial, tanto da saúde no aspecto físico, como no aspecto psicossocial. Acredita-se que a promoção da saúde através de atividades assistenciais, lúdicas e interacionais dos mesmos, contribuem para a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar.

**Palavras-chave:** Idoso, Saúde e Instituição de Longa Permanência.

### ABSTRACT

The study aims to describe the experience of nursing students, regarding playful activities and low complexity nursing care through the experience with the elderly in 2018 in a Long-Term Institution. It is an account of an experience lived through activities developed in the university extension project entitled “Do your part - Donation: promoting the Health of the

Elderly”, developed by the Nursing course of a Higher Education Institution, in the city of Porto Old -RO. There were 30 meetings with 28 institutionalized elderly, 21 nursing students and a professor who coordinated the project. The approaches developed included health needs, inherent to the age group. It was realized, through educational actions, that assistance and care for these elderly people is paramount, both in terms of health in the physical aspect, as in the psychosocial aspect. It is believed that health promotion through assistance, playful and interactive activities, contribute to the maintenance of quality of life and well-being.

**Keywords:** Elderly, Health and Long-Term Institution.

## 1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural da vida humana evidenciada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada (MENDES et al., 2005).

Segundo Ribeiro (2014) o processo de envelhecimento é:

É progressivo e degenerativo, caracterizado por menor eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa face às variações ambientais e perda de reservas funcionais. É universal nas espécies, é intrínseco, ou seja, não é determinado por fatores ambientais, apesar de ser influenciado por eles. Distingue-se das doenças e patologias que são muitas vezes reversíveis e não observadas igualmente em todas as pessoas.

O envelhecimento da população mundial e, especificamente, da brasileira cresce vertiginosamente. De acordo com estimativas do IBGE (2019) a população idosa terá uma projeção de 24%, ou seja, serão aproximadamente 57 milhões de idosos em 2042.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como unidades residenciais para moradia coletiva de indivíduos com ou sem apoio familiar, de 60 anos ou mais. Estabelecidas como instituições governamentais ou não governamentais, nas condições de cidadania, liberdade e dignidade (ALVES et al., 2017).

Segundo Gonçalves (2016), o envelhecimento populacional, decorrente dos processos de transição demográfica e epidemiológica, acarreta diversas modificações sociais e econômicas.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SP define as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI’s como estabelecimentos para o atendimento integral institucional, cujo público alvo são pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõe de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio (BRASIL, 2013).

O idoso culturalmente quando precisa ser cuidado devido suas limitações, quem assume o papel é a família. Mas nem sempre os familiares estão aptos ou dispostos a exercer essa função. Função esta que requer atenção e cuidado específico, pois geralmente são caracterizados por declínios cognitivos, incapacidades funcionais, alterações nas doenças crônicas e aumento no grau de dependência do idoso, optando em serem assistidos por ILPIs. Entretanto, no contexto das ILPIs, na grande maioria dos casos, estes idosos sofrem impactos negativos na qualidade de vida, pois diminuem o contato com seus entes queridos e familiares (MELO et al., 2018).

A atuação da enfermagem voltada à clientela idosa pode se alicerçar na promoção da qualidade de vida, do acolhimento humanizado e na educação em saúde. Esse olhar profissional, tem como objetivo a manutenção da capacidade funcional. Gonçalves (2016) destaca ainda que se torna importante à presença de enfermeiros nas ILPIs, já que além de outras funções, este profissional pode avaliar os sinais e sintomas e as necessidades de cada um em particular, assumindo as orientações e condutas necessárias.

Ao inserir os acadêmicos de enfermagem num contexto extraclasse, para que tenham contato com a realidade, concretiza-se o aprendizado teórico, contribuindo para desenvolvimento de habilidades, formação técnica, centrando os cuidados de forma individualizada, holística e humanística.

De acordo com Rodrigues et al. (2013), no que diz respeito as contribuições à sociedade, a extensão universitária tem papel primordial, onde se há a oportunidade de o estudante colocar em prática aquilo que foi apreendido em sala de aula e desenvolvê-lo fora dela. Os benefícios acontecem de ambos os lados, o estudante aprendiz e a sociedade beneficiada por ele. Quando existe esse contato, torna-se gratificante praticar a teoria aprendida em sala de aula.

O projeto de extensão DoeAção foi idealizado por uma docente enfermeira de uma Instituição de Ensino Superior de Porto Velho - UNIRON, onde grupo de acadêmicos motivados, abraçaram a ideia por ser uma experiência nova na vida acadêmica. O projeto foi premiado no do curso de Enfermagem, o que motivou a docente a dar continuidade e abrir processo seletivo para novo membros tornando um projeto interdisciplinar, com ênfase no cuidado e na promoção da saúde do idoso institucionalizado.

O presente estudo teve como objetivo apresentar através de um relato de experiência sobre as atividades assistenciais, lúdicas e interacionais desenvolvidas com idosos em uma instituição de longa permanência no Município de Porto Velho.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência descritivo reflexivo vivenciado por acadêmicos de enfermagem, membros de um Projeto de Extensão intitulado –DoeAção, vinculado a uma Instituição de Ensino Superior de Porto Velho RO – UNIRON. As experiências foram vivenciadas em uma Instituição de Longa permanência situada no município de Porto Velho – RO durante o ano de 2018.

## 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Foram proporcionadas no ano de 2018, 30 encontros semanais aos voluntários do projeto DoeAção, entre os meses de fevereiro a dezembro, (exceto o mês de julho período de férias). Participavam das atividades semanais 21 acadêmicos do 4º ao 10º períodos do curso de enfermagem divididos em grupos A, B, C, D e E, acompanhados pela coordenadora do projeto. As ações educativas eram realizadas 1 (uma) vez por semana, aos sábados, no turno da manhã e da tarde, com duração de 5 e 4 horas, respectivamente, com rotatividade dos grupos para que todos pudessem vivenciar a experiência da aproximação e cuidado aos idosos.

As atividades eram divididas em 03 (três) etapas, cuidados assistenciais, atividades lúdicas e interacionais. Pela parte da manhã eram desenvolvidas práticas assistenciais do enfermeiro, sendo cuidados terapêuticos como: banho no leito e banho de aspersão, administração de medicações, auxílio na alimentação e na mobilidade, massagens de conforto, curativos, e ao término destas utilizávamos para dialogar com idosos, escuta ativa e atividades lúdicas e interacionais e participação de cotidiano dos idosos, momento que nos aproximavam deles.

Foram realizados com os idosos da ILPI cuidados assistenciais de enfermagem de baixa complexidade relacionados à enfermagem. Os banhos no leito eram realizados aos idosos acamados, impossibilitados de se locomover parcial ou totalmente. Na grande maioria, os idosos da ILPI conseguem movimentar-se parcialmente, onde eram realizados os banhos de aspersão, visando à manutenção e integridade física desses idosos.

No período vespertino desenvolvíamos atividades que visavam o desenvolvimento funcional para independência na realização das atividades de vida diárias e atividades que estimulam a cognição.

Segundo Pinto (2013), a avaliação da capacidade funcional do idoso, são dois aspectos: relacionados às atividades básicas da vida diária (ABVD) e às atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVS são caracterizadas ao autocuidado, como vestir-se, banhar-se e alimentar-se. Já as AIVS são relacionadas as atividades mais complexas, bem como participação social.

Os idosos da ILPI tinham auxílio pelos acadêmicos durante as refeições, haja vista que nessa faixa etária, os idosos têm diminuição da movimentação de membros superiores e inferiores, da deglutição, sensibilidade e força muscular, sendo primordial a atenção para estes, devido às complicações e intercorrências que podem ocorrer durante a alimentação, como: broncoaspiração por alimentos e algumas queimaduras, bem como alteração de algum padrão vital podendo estar relacionado a ingesta do alimento contra indicado ao cliente, seja portador ou não de comorbidades associadas aos hábitos alimentares.

Segundo as Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS (2014), é necessário trabalhar a independência desses idosos, estimula-los a fazer e não fazer por eles. Sempre elogiar a cada realização de uma atividade, pois ajudará no autocuidado e na autoestima do paciente, contribuindo com a qualidade de vida do idoso na ILPI.

Outra atividade realizada pelos acadêmicos referia-se à realização de curativos. O enfermeiro é o profissional responsável para a avaliação da ferida, a indicação do tipo curativo e o tratamento da lesão. Permitindo ao acadêmico a vivência no campo prático, o conhecimento teórico aprendido na graduação.

Para Benevides (2012), na realização do curativo a avaliação clínica envolve: a palpação dos pulsos periféricos nos membros, a inspeção da rede venosa prejudicada, bem como os tecidos lesionados. Quanto aos cuidados durante o procedimento abrange a técnica correta a ser seguido por um manual operacional padrão, o material utilizado, o local e o responsável pela realização.

As atividades lúdicas e interacionais eram realizadas na sala de convivência para que as trocas fossem mais proveitosas e exitosas. Dos 28 idosos, cerca de 17 iam para sala de convivência espontaneamente. As atividades desenvolvidas incluíam: cantar músicas, histórias, pinturas em desenhos, jogos de baralho e dominó, além de diálogo trocas de experiências e lições de vida.

De acordo com Fleurí et al. (2013) a promoção das atividades lúdicas é uma estratégia primordial para mudança do estilo de vida de idosos, principalmente os institucionalizados. Este tipo de abordagem de educação em saúde atinge diretamente a diminuição desses idosos na utilização dos serviços de saúde e uso de medicamentos.

É de extrema importância ressaltar que as atividades lúdicas estão inteiramente ligadas com a viabilidade de propiciar momentos de bem-estar físico, mental e de interação social, corroborando na melhora significativa da qualidade de vida de idosos, bem como o fortalecimento da autoestima, reflexão, autonomia, independência, descontração e melhor compreensão as atividades (CYRINO et al., 2016).

Vale ressaltar que no processo da institucionalização, o idoso apresenta prevalência significativa de sintomas depressivos e fragilidade, o que afeta negativamente o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos (MELO et al., 2018).

Os trabalhos prestados aos cidadãos têm por finalidade a melhoria na qualidade de vida das pessoas. A extensão, com responsabilidade social faz parte de uma nova cultura, que está fomentando a maior e mais importante mudança registrada no meio acadêmico e corporativo nos últimos anos (RODRIGUES et al., 2013).

Nesta perspectiva, os projetos de extensão universitária desempenham função primordial no ensino superior brasileiro, tanto para o aperfeiçoamento dos discentes, quanto para o processo de formação continuada dos docentes, visando estabelecer para ambos uma relação com a sociedade, corroborando com a troca de saberes, a construção e o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como a melhoria da qualidade de vida da população (BENETTI et al., 2015).

Da mesma forma, o projeto de extensão universitária, base de reflexão desse relato, mantém e gera uma contribuição maior do que a prática e a execução de habilidades teóricas e práticas voltadas à enfermagem. O mesmo, promove o olhar humanístico, a empatia, a generosidade, carinho e amor para ambos. Sendo ofertado e retribuído de maneira natural, implicando na construção e valorização do ser humano.

## 4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, torna-se importante despertar o olhar frente a população idosa. É notório que esta faixa etária tem aumentado absurdamente no mundo, a expectativa de vida

tem crescido, os idosos estão sendo inseridos na sociedade, invertendo-se o panorama que se tinha do crescimento populacional há algumas décadas atrás.

Ressaltamos ainda que, o cuidado para com estes idosos é primordial, tanto da saúde no aspecto físico, como no aspecto psicossocial. Pois sabemos que a promoção da saúde através de atividades assistenciais, lúdicas e interacionais dos mesmos, contribuem para a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar. Bem como a melhora significativa de todas as esferas que se tratam da saúde, tais como, a sensibilização da comunidade acadêmica, a partir da experiência vivenciada na promoção da assistência e cuidado ao idoso.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES, M.B. et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 4 v. 21, p. e20160337, 2017.

BENETTI, P.C.; SOUSA, A.I.; SOUZA, M.H.N. Creditação da extensão universitária nos cursos de graduação: relato de experiência. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, n. 1, v. 6, p. 25-32, 2015.

BENEVIDES, J.P. et al. Avaliação Clínica de úlceras de perna em idosos. **Revista Rene**, n. 2 v. 13, p. 300-308, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS. **XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)> Acesso em: 30/03/2019.

CYRINO, R.S. et al. Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 3, p. 154-163, 2016.

FLEURÍ, A.C.P. et al. Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 50-57, 2013.

GONÇALVES, T.U. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 675-679, 2016.

MELLO, A.L. et al. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: Um estudo com idosos institucionalizados. **Revista Baiana Enfermagem**, v. 32, p. e26340, 2018.

MENDES, E.R. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasil, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 14/03/2019.

PINTO, A.H. et al. Capacidade funcional para atividades de vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da Zona Rural. Pelotas, RS, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3545.pdf>>. Acesso: 28/05/2019.

RIBEIRO, A. et al. **A Influência das quedas na qualidade de vida dos idosos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

RODRIGUES, L.L.A. et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, v. 1, n. 16, p. 141-148, 2013.



## IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL: A HORA É AGORA!!!

Beatriz Schumacher<sup>1</sup>, Michelle Scholz Mauricio<sup>2</sup>, Kathellen Monteiro dos Santos Camargo<sup>2</sup> e Thais Juliane Leite<sup>2</sup>

1. Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade IELUSC, Joinville, Santa Catarina, Brasil;

2. Instituição Bethesda, Joinville, Santa Catarina, Brasil.

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar uma proposta de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em um hospital comunitário, no município de Joinville. Nesta instituição foi percebido a necessidade de estruturar o papel do Enfermeiro na assistência de enfermagem, para a garantia de uma assistência focada nas necessidades do paciente, de forma segura e com qualidade, visto que a metodologia da SAE seria resolutive para essa problemática. A SAE é uma resolução estabelecida pelo COFEN 308/2009, sendo uma atividade privativa do Enfermeiro, devendo ocorrer em todos os setores que possuem profissionais de Enfermagem, no entanto é visto no âmbito hospitalar que ainda há dificuldades nesta implementação do processo de enfermagem. Foram realizadas cinco etapas de capacitação que abordaram as seguintes temáticas: teorias de enfermagem, as 5 etapas do processo de enfermagem, através de discussões, vídeos, estudos de caso e roda de conversa. Assim, inicialmente foi escolhida coletivamente a teoria de enfermagem, em seguida as etapas do processo de enfermagem foram incluídas gradativamente no sistema informatizado do hospital. Esse foi um fator limitante neste processo, mas com o auxílio do T.I. as etapas foram sendo incluídas. Entende-se que o uso de uma metodologia, facilita o entendimento e sua aplicação, é importante também que esse método não fique apenas como saber da(o) Enfermeira(o), mais sim que toda a equipe de enfermagem esteja treinada, e instituída como cultura para que todos os profissionais estejam comprometidos com a implementação do processo de enfermagem, favorecendo uma assistência segura e de qualidade.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Prescrições de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

### ABSTRACT

This study aims to report a proposal for the implementation of the Nursing Care Systematization (SAE), in a community hospital, in the city of Joinville. In this institution, the need to structure the role of the nurse in nursing care was perceived, in order to guarantee care focused on the patient's needs, in a safe and quality manner, since the SAE methodology would be resolvable for this problem. The SAE is a resolution established by COFEN

308/2009, being a private activity of the Nurse, and should occur in all sectors that have nursing professionals, however it is seen in the hospital that there are still difficulties in implementing the nursing process. Five training stages were carried out that addressed the following themes: nursing theories, the 5 stages of the nursing process, through discussions, videos, case studies and conversation circles. Thus, initially the nursing theory was collectively chosen, then the stages of the nursing process were gradually included in the hospital's computerized system. This was a limiting factor in this process, but with the help of the IT, the steps were being included. It is understood that the use of a methodology, facilitates the understanding and its application, it is also important that this method is not only as knowledge of the Nurse, but rather that the entire nursing team is trained, and instituted as a culture so that all professionals are committed to the implementation of the nursing process, favoring safe and quality care.

**Keywords:** Systematization of Nursing Care, Nursing Diagnostics, Nursing Prescriptions and Nursing Evolution

## 1. INTRODUÇÃO

A enfermagem ao longo da sua história como profissão, tem acompanhado as mudanças na sociedade, assim como seus profissionais estão constantemente refletindo sobre a sua prática, para construir caminhos de formação e qualificação profissional, a fim de contribuir com uma assistência de qualidade, com práticas seguras e saudáveis.

A assistência de enfermagem nos hospitais é complexa, pois tem responsabilidade de manutenção com vida dos pacientes e também precisa fazer interlocução com as equipes de saúde, além conseguir participar dos avanços das tecnologias em saúde.

Para desenvolver a enfermagem, como arte e ciência, é necessário que se escolha por um método de trabalho com fundamentação científica. Esta premissa é relevante, pois o trabalho da enfermagem está fundamentado em uma dinâmica de conhecimentos de técnico-científicos, sócio humanistas e éticos. Favorecendo, assim, qualidade do atendimento, preservando a individualidade de cada paciente e garantindo a continuidade da assistência (BENKO; CASTILHO, 1992).

A fim de facilitar este processo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) serve como instrumento facilitador dos cuidados, auxiliando os profissionais a organizar suas ações através das observações e registros, para Benko e Castilho (1992) “são fatores importantes, pois estão presentes em todas as fases da SAE, fornecendo subsídios para o planejamento da assistência para a execução dos cuidados e para a avaliação da assistência restada”. E possibilita a elaboração de um amplo plano de cuidados

respeitando as individualidades de cada ser humano, a fim de realizar uma assistência mais integral.

Vale destacar que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, dispõe sobre a regulamentação do seu exercício, no Art. 11, destaca que é privativo do enfermeiro: a prescrição da assistência de enfermagem.

Ressaltam-se, também, as responsabilidades e deveres presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Nesta perspectiva, a Resolução 358/2009 do COFEN, refere:

**Art. 1º** O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

**Art. 2º** O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: sendo estas: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade.

Apesar da SAE, estar contemplada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e preconizada na Resolução do COFEN 358/2009. Muitas instituições de saúde ainda não tem esta metodologia implantada, em função de alguns fatores que dificultam esse processo, tais como: quadro de pessoal reduzido, sobrecarga de trabalho, falta de preparo do pessoal para atender as necessidades do trabalho, bem como fatores inerentes ao processo gerencial, como a administração de recursos materiais, físicos e de comunicação, tem dificultado a implantação da SAE nos hospitais.

Para Pereira et al. (2017), não é possível idealizar a assistência de enfermagem, sem pensar em cuidado seguro. Entendem que é preciso que as(os) enfermeiras(os) cumpram o Código de Ética da Enfermagem, a fim de evitar a ocorrência de eventos adversos.

Considerando este contexto a SAE pode ser considerada uma prática segura, avançada, pois favorece o cuidado integral, além de individualizar, planejar, organizar e avaliara o cuidado (MARCHIORI et al., 2017).

O Processo de enfermagem (PE) é um método utilizado para se implantar na prática, o método de solução de problemas do paciente. O PE tem como objetivo o cuidado, oferece uma estrutura as necessidades específicas da pessoa/família sejam asseguradas. E a SAE representa todo o universo de recursos materiais e humanos e também a ideologia da instituição na qual acontece a assistência de enfermagem. O processo de enfermagem representa o instrumento para a execução da SAE na prática. Ou seja a SAE e PE não são sinônimos. Pois a SAE é um conjunto de recursos materiais e humanos importantes para que o PE aconteça, em outras palavras o PE configura o desenvolvimento da SAE (SAE, 2016).

No ano de 2018, a gerência de enfermagem e algumas enfermeiras do Hospital Bethesda, solicitaram o Curso de Enfermagem da Faculdade Ielusc para ajudar na reestruturação da SAE, no hospital, pois não tinham implantadas todas as etapas do processo de enfermagem. Como a filosofia de trabalho do Curso de Enfermagem, tem buscado integrar as atividades de ensino com às das instituições. Pois tem como compromisso a formação integral e oferecer um serviço comprometido com o desenvolvimento humano em todas as suas dimensões. Foi desenvolvido s um projeto de capacitação para implantação da SAE com as enfermeiras, pois entende a SAE como o instrumento ou modelo metodológico que favorece a realização do cuidado, de modo sistemático, planejado e dinâmico, possibilitando uma assistência de enfermagem mais segura, baseada em evidências.

Assim, este artigo tem como objetivo: relatar uma proposta de implantação do Processo de Enfermagem, em um hospital comunitário, no município de Joinville.

## **2. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **2.1 IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL: A HORA É AGORA!!!!**

Este é o relato de uma experiência de integração assistencial entre o Curso de Enfermagem da Faculdade IELUSC e o Hospital Bethesda, a fim de implantar o Process de Enfermagem. A Instituição Bethesda foi fundada em 16 de dezembro de 1934, pelas comunidades Paróquia Dona Francisca da IECLB, hoje é uma entidade certificada como

Entidade Beneficente de Assistência Social. A Instituição Bethesda tem por finalidade a prestação de serviços de Saúde a fim de prestar assistência médica e hospitalar às diversas atividades da instituição, bem como a população em geral através do Hospital Bethesda, mantendo as demais atividades: Residencial, que atende pessoas idosas em um centro de convivência integral; o Centro de Educação Infantil – que presta assistência à infância. O Hospital Bethesda é uma instituição de médio porte com 92 leitos e a equipe de enfermagem é composta por 31 enfermeiras e 131 técnicos de enfermagem.

Inicialmente foram planejados encontros semanais e o cronograma foi elaborado entre as duas instituições procurando respeitar as demandas do serviço. A carga horária prevista foi de 20 horas, com linguagens diversas e metodologias pedagógicas que favorecem uma maior interação com as participantes, como discussões em grupo, oficinas de trabalho, aulas práticas desenvolvidas em sala de aula e no laboratório de enfermagem.

Assim, as atividades iniciaram no dia 05 de outubro de 2018, nesta ocasião foram apresentadas as temáticas da capacitação com o cronograma e as participantes sugeriram mais algumas temáticas e coletivamente foi aprovado o nosso plano e cronograma de trabalho. A primeira temática abordada foram as Teorias de Enfermagem, que surgem com a finalidade de descrever, explicar, prever e prescrever o cuidado de enfermagem. Garcia (2004), destaca que as teorias contribuem para a formação de uma base sólida de conhecimento, que organiza a disciplina de Enfermagem e podem ser consideradas aporte epistemológico essenciais à construção do saber e à prática profissional. Após discussão de algumas teorias o grupo escolheu o referencial teórico de Horta para a aplicação do Processo de Enfermagem.

Os encontros em função das demandas de trabalho das participantes, passaram a ser mensais. A segunda temática abordada foi Histórico de Enfermagem, que permite conhecer as necessidades dos pacientes, através de um instrumento com perguntas simples e objetivas, a fim de favorecer o cuidado individualizado. Com leitura de textos e roteiros de históricos de enfermagem de outras instituições, o grupo elaborou um histórico de enfermagem, considerando as necessidades do hospital.

A SAE requer da(o) Enfermeira(o) interesse em conhecer o paciente como ser humano, utilizando conhecimentos e habilidades, além de orientação e capacitação para aplicação desta metodologia de trabalho. Considerando este contexto, percebeu-se a necessidade de fazer uma revisão do exame físico de enfermagem. Pois este procedimento requer conhecimento, experiência e treinamento na interpretação dos sinais encontrados a fim de direcionar o processo de decisão da(o) Enfermeira(o). Neste encontro foram revisadas

as técnicas de ausculta, percussão, palpação e foi elaborado coletivamente um guia para o exame físico de forma sistemática, utilizando a sequência céfalo-caudal.

Seguindo a linha de raciocínio do Processo de Enfermagem, após a análise de dados coletado no histórico de enfermagem e exame físico, acontece a identificação dos problemas de enfermagem e o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais (NANDA, 2018-2020). Em outras palavras, esta etapa expressa as necessidades dos cuidados identificados das pessoas que cuidados. Assim, os diagnósticos de enfermagem foram a temática do quarto encontro. E após a discussão de alguns artigos, o grupo de enfermeiras decidiu utilizar a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association.

Nesta etapa dos Diagnósticos de Enfermagem, foi observado na que as (os) enfermeiras(os) tem dificuldade no entendimento e utilização deste julgamento clínico. Para Pissaia et al. (2018), as(os) enfermeiras(os) tem dificuldade em relacionar as informações e transformá-la em diagnósticos, mas esta dificuldade tende a ser superada com o uso das taxonomias.

No quinto encontro, a temática foram as prescrições de enfermagem que representam um conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, tem como objetivo a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção (COFEN, 2008). As prescrições servem para guiar as ações de enfermagem, facilitam o planejamento da assistência, permite que a(o) Enfermeira(o) selecione ações de enfermagem apropriadas às reais necessidades da pessoa, considerando as especificidades.

E no último encontro foi uma roda de conversa sobre Evolução/Avaliação de Enfermagem que é o processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2008).

No ano de 2019, foram realizados um encontro para incluir as prescrições e Diagnósticos de Enfermagem (DE) no sistema, as alunas que estavam realizando estágio no hospital, ajudaram na inclusão do DE no sistema. Em outro encontro, foi discutido a inclusão do NIC para as intervenções de enfermagem e NOC para as evoluções/avaliações de enfermagem.

Faz-se necessário agendar alguns encontros para avaliação da implantação, pois todos os roteiros, guias, prescrições foram inseridos no sistema informatizado que o hospital tm é preciso aplicar as etapas do PE para validar os instrumentos.

É importante ressaltar que a Instituição buscou a estruturação da SAE em conjunto com a qualificação do software, para facilitar aplicação do processo de enfermagem.

Pissaia et al. (2018) referem que os sistemas informatizados auxiliam no processo de trabalho da(o) Enfermeira(o), e representa um interesse permanente das instituições hospitalares, para que se registre as ações e facilite o seguimento através da informatização que confere a segurança das avaliações em enfermagem, otimizando seu trabalho e qualificando a assistência prestada.

Nos encontros foram utilizadas diferentes linguagens metodológicas como vídeos, estudos de caso, discussão de texto, roda de conversa para tornar o processo mais dinâmico e participativo. Os encontros tiveram duração média de 2hs, com a participação de 8 enfermeiras.

Entende-se a SAE e o processo de enfermagem como uma metodologia que gerencia o cuidado de enfermagem, representa um processo de trabalho científico que atende às necessidades do paciente/família e favorece uma assistência mais segura.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se observar neste relato que implementação do Processo de Enfermagem melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem, representa como uma metodologia que facilita o planejamento, desenvolvimento e avaliação da assistência de enfermagem. E demanda raciocínio e utilização do saber, do fazer e dos dados do paciente.

Estas capacitações possibilitaram criar espaços e cenários vivos com as(os) enfermeiras(os) de uma aprendizagem significativa e inclusiva. Foram desenhadas estratégias que permitiram desenvolver de forma harmônica as dimensões ética, humanística, cognitiva, estética para a assistência de enfermagem.

Conquistou-se coletivamente uma etapa, mas ainda existe um longo caminho a percorrer na implantação do Processo de Enfermagem/ SAE, um dos desafios é fazer acontecer realizando ajustes constantes, a fim de transpor os conhecimentos científicos e

competências para a prática diária, o que requer um pensar e fazer constante deste processo.

A SAE representa um desafio para a Enfermagem em geral, pois nesta Instituição atuam profissionais formados em períodos e Instituições acadêmicas diferenciadas, recém-formados e outros com anos de experiência na profissão e todos demonstram dificuldades/insegurança e uma ou mais etapas do processo.

A(o) Enfermeiro(a) precisa emponderar-se de suas atividades privativas, dentre estas está o Processo de Enfermagem, e fazer com que aconteça de maneira efetiva e que seja prático, o que será possível através das revisões e busca por conhecimentos teóricos e a prática do cotidiano. Como qualquer atividade desenvolvida profissionalmente o Enfermeiro precisa reconhecer e fazer ser reconhecido seus propósitos considerando que a SAE implica somente em benefícios a todos os envolvidos no processo.

A trajetória desta implantação representa o trabalho coletivo de um grupo, que tem como desafio começar. Entendemos que momentos estes momentos de reflexão favorecem o desenvolvimento do grupo, que habita uma enfermagem que entrelaça saberes, tecnologia e humanismo.

## 4. REFERÊNCIAS

BENKO, M. A.; CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. et. al. **Processo de enfermagem na prática**. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1992.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº7.498/86, de 25 de julho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 21/06/2019.

GARCIA T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**, v. 57, p. 228-232, 2004.

NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSTICS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

PEREIRA, G.N.; ABREU, R.N. C.; BONFIM, I.M.; RODRIGUES, A.M.U.; MONTEIRO, L.B.; SOBRINHO, J.M. Relação entre a Sistematização da Assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enferm Foco**, v. 8, n. 2, p. 21-25, 2017.



PISSAIA, L. F. et al. Impacto de tecnologias na implementação da sistematização da assistência de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Epidemiol Control Infec**, v. 8, p. 92-100, 2018.

MARCHIORI, G.R.S.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; GABRIEL, A.D.; SANTOS, M.V.; BRANCO, M.B.L.R. Articulação entre Sistematização da Assistência de Enfermagem e procedimentos operacionais: perspectivas dos enfermeiros nos Bancos de Leite. **Rev Enferm**, v. 7, n. 2, p. 179-192, 2017.

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: **Guia prático**. Salvador: COREN - BA, 2016.

VASCONSELOS, J. M. B. et al. Exame físico na criança: um guia para o Enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 52, n. 4, p. 529-538, 1999.

## O CAMINHO DO ÁLCOOL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Elisandra Caetano<sup>1</sup>, Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann<sup>1</sup>, Jéssica Daiane Rosa<sup>1</sup>, Rafaela Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na elaboração e execução de projetos de promoção da saúde com foco na educação em saúde em uma escola pública voltada para o ensino médio localizada na Atenção Básica. **Metodologia:** Este estudo foi realizado com 37 alunos do primeiro ano do ensino médio, de uma escola pública do Brasil, não ano de 2019. Inicialmente, foi aplicado um questionário a 37 escolares, para compreender o consumo de álcool posteriormente os participantes visitarão “ o caminho do do álcool ”, que terminou com uma roda de conversa sobre o assunto. **Resultados:** A participação de vinte e sete adolescentes no "caminho do álcool", oportunizou a visualização de imagens e objetos sobre o assunto, representados ou permeados por muitos, com consumo esporádico e exacerbado, patológico do álcool. O evento possibilitou ações de promoção da saúde dos adolescentes ao debater sobre o tema alcoolismo e reconhecimento do apoio do sistema de saúde e da sociedade para a recuperação. **Conclusão:** Os adolescentes reconhecem, pela experiência, seu consumo patológico ou de familiares e, dias após a execução, são relatados casos de solicitação de ajuda na escola e unidade de saúde. A equipe de enfermagem foi identificada como fundamental para a promoção da saúde dos jovens.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde, Adolescentes e Alcoolismo.

### ABSTRACT

**Objective:** to relate the experience of Nursing academics in the elaboration and execution of health promotion projects with a focus on health education in a public school aimed at middle school located in Primary Care. **Methodology:** This study carried out with 37 students from the first year of middle school, from a public school in Brazil, the not year 2019. Initially, a questionnaire was applied to 37 schoolchildren, to understand the consume alcohol later the participants will visit “the alcohol path ” that ended with a round of conversation on the subject. **Results:** Participation of twenty seven adolescents in "the path of alcohol", gave opportunity opportunity to visualize pains, images, and objects about the subject, represented or permeated by many, with sporadic and exacerbated consumption, pathological of the alcohol. This event allowed for health promotion actions for teenagers to debate on the subject of alcoholism and to recognize the health system's support f and the society for recovery. **Conclusion:** Adolescents acknowledge, due to their experience, their pathological

consumption or that of family members, and days after execution, there are reported cases of solicitation for help at the school and health unit. The nursing team was identified as essential to promote the health of the young people.

**Keywords:** Health promotion, Adolescents and Alcoholism.

## 1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde que é reconhecida e oficializada mundialmente através da Carta de Ottawa (1986), traz consigo diretrizes que visam um processo de capacitação de profissionais, família e comunidade, para atuarem sobre os determinantes sociais e consequentemente a melhoria da qualidade de vida e saúde (ANTONINI; HEIDEMANN, 2020).

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e debates políticos sobre o impacto das desigualdades sociais sobre a saúde dos brasileiros, as ações de promoção da saúde ganharam força com a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006. A PNPS sofreu redefinições em 2014 e 2018 e assim houve a ampliação de diversos programas como: Vida no Trânsito, a Rede Nacional de Prevenção das Violências, a Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola. Além disso trouxe novas regulamentações para o monitoramento da propaganda de alimentos, redução do uso de álcool e do tabaco (HEIDEMANN et al., 2018).

Promover saúde é visualizar, aceitar, reconhecer e compreender o ser humano e a comunidade em suas diversas facetas. Porém esse processo engloba um conjunto de fatores, que exige engajamento tanto do profissional quanto da sociedade. Portanto para que ocorra promoção da saúde, é necessário instrumentalizar a comunidade, o que torna a educação em saúde de extrema importância. Esse processo visa empoderar o indivíduo, de modo que este seja capaz de desenvolver um pensamento crítico, para poder participar de forma ativa no modo cuidar de si e dos seus, atingindo de forma positiva a coletividade (ANTONINI; HEIDEMANN, 2020).

Por meio da promoção da saúde, torna-se possível abordar a temática do álcool e outras drogas com adolescentes, uma vez que é fundamental trabalhar esta problemática de saúde pública em nosso país.

O álcool é a droga mais consumida por adolescentes, cuja idade para início do uso têm se tornado cada vez mais precoce, o risco de dependência futura é elevado. O cérebro encontra-se em fase de amadurecimento, aprimorando o pensamento abstrato,

desenvolvendo a moral, reflexão de consequências e controle de suas atitudes. O consumo de álcool prejudica o desenvolvimento emocional, cognitivo e social do indivíduo. Além disso, sabe-se que o fator social é de grande influência para o indivíduo, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. O âmbito social induz a criação do caráter do indivíduo, podendo afetá-lo de maneira positiva ou negativa. (SOUZA; PINTO, 2012; ALMEIDA et al., 2019).

Destarte, ainda, é relevante incluirmos os determinantes sociais da saúde que interferem para surgimento de tal condição nesse grupo. Pois estes demonstram os impactos que a condição social do indivíduo e/ou da comunidade tem sobre a saúde, podendo estabelecer uma relação direta ou indireta. Sendo assim, é possível deduzir que a estrutura familiar, financeira e social está diretamente ligada aos abusos dessa substância (SCHMITZ; HEINEMANN; DURAND, 2018).

Logo, organizar intervenções de promoção da saúde direcionado para as ações educativas/ de educação em saúde nas escolas é de grande utilidade, pois fornece aos estudantes ferramentas capazes de transformar sua realidade social. Além disso, possibilita a melhoria da sua qualidade de vida e conseqüentemente da comunidade em que vivem.

As ações de promoção da saúde que trazem o enfoque educativo podem ser trabalhadas nas escolas, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). Este programa é uma política interdisciplinar, que promove uma aliança entre os setores da saúde e da educação pública, instituído em 2007, através do decreto nº 6.286. Ele preconiza o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e acompanhamento dos educandos (BRASIL, 2007). Dentre os objetivos do PSE, encontra-se a necessidade de fortalecer e fornecer subsídios para o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde, as quais são capazes de comprometer o desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007).

Como prática de promoção da saúde, o PSE constitui-se de uma iniciativa intersetorial, ao provocar e reforçar o desenvolvimento de ações entre o setor saúde e de educação. O setor educacional, dado a sua abrangência é um aliado importante para a concretização das atividades de promoção da saúde voltado para o fortalecimento dos indivíduos, da comunidade, criação de ambientes saudáveis e com qualidade de vida, na construção de uma nova cultura de saúde.

Nesse cenário, utilizando as diretrizes de promoção da saúde, buscou-se realizar atividades de educação em saúde no âmbito escolar, visando uma melhoria das condições às quais alunos e até mesmo professores estavam expostos, como o álcool e outras drogas.

Este estudo, denominado como “O caminho do Álcool” procurou despertar de forma lúdica a consciência crítica sobre a temática, refletindo os riscos associados ao consumo excessivo de álcool dos estudantes do ensino médio de uma Escola Pública, localizada em Florianópolis/Santa Catarina.

O objetivo deste capítulo foi o de relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na elaboração e execução de projetos de promoção da saúde com foco na educação em saúde em uma escola pública voltada a ensino médio localizada na Atenção Primária. A relevância desta experiência se justifica por se constituir em uma prática promotora da saúde importante para acolher crianças e adolescentes acerca da temática do álcool e outras drogas.

## **2. MATERIAL E MÉTODO**

Esta experiência de promoção da saúde voltado ao desenvolvimento de ações de educação em saúde, foi realizado em maio de 2019, junto a alunos do primeiro ano do ensino médio de uma escola pública localizada em Florianópolis/SC.

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO**

Parte dos alunos que participaram desse estudo, advém de famílias de baixa renda e baixo nível escolar. Além disso, alguns deles encontram-se em situações de vulnerabilidade social, como tráfico de drogas, violência, falta de equipamentos sociais.

Em média 60% dos adolescentes em idade escolar já consumiu álcool ao menos uma vez. Infelizmente tal consumo, por diversas vezes é iniciado no meio familiar. A aceitação por parte das famílias torna o processo para nós educadores em saúde mais dificultoso, e ainda mais necessário (LOTUFO, 2019).

Inicialmente, a fim de conhecer a população alvo, foi realizada uma reunião seguida de aplicação de questionário, cujo objetivo foi determinar o perfil sociodemográfico e avaliar questões sobre sexo, idade, consumo alcoólico e a associação deste com drogas ilícitas.

## 2.2 O CAMINHO DO ÁLCOOL E O CÍRCULO DE CULTURA

Buscando elaborar um projeto de educação em saúde, que despertasse o interesse dos alunos, optou-se por utilizar uma dinâmica de exposição que se assemelhasse a um museu interativo, onde os adolescentes pudessem interagir e ter experiências sensoriais, de tato, audição e visão, durante todo o caminho, esta foi denominada de “caminho do álcool”.

O “caminho do álcool” foi construído em uma sala localizada nos fundos do ginásio do colégio e foi composto por 6 etapas. A primeira foi o “Mundo cor de rosa”, que representava os prazeres que o álcool proporciona ao cérebro. Neste ambiente, os alunos se depararam com imagens de grupos de amigos bebendo e se divertindo, garrafas de cerveja feitas de vidro (vazias) e uma réplica de um fígado humano saudável, confeccionado em argila, o que permitia o toque e manuseio da peça. No “mundo laranja” os alunos se depararam com um personagem fictício, apelidado de “Droguinha”, que desenvolveu dependência e passou a ter sua vida afetada pelo vício.

O “Mundo Vermelho” insere os alunos no contexto de abuso de álcool e direção. Neste ambiente, os adolescentes tiveram contato com vídeos instrutivos e com um etilômetro. Além disso, descobriram que no “Mundo Vermelho”, “Droguinha” havia se envolvido em um acidente automobilístico, que culminou com a morte de seu melhor amigo. Para essa representação, confeccionamos uma certidão de óbito, que trazia todos os dados do acidente e caracterizava o impacto dessa perda no personagem.

Assim, os alunos são transportados ao “Fundo do Poço”, o mundo sombrio do caminho do álcool, onde “Droguinha” encontra-se sozinho, dependente do álcool, sem esperanças. Nesse ambiente, os alunos encontram outra réplica de um fígado humano, porém cirrótico e recebem uma explicação sobre isso. A realidade alcoólica desses jovens é tão marcante, que ao serem expostos a questões sobre a doença cirrótica e seus efeitos, estes apresentavam um conhecimento de causa, e tinham histórias e receitas populares para compartilhar, tal comportamento reflete a necessidade deste projeto, em toda comunidade escolar.

Os últimos espaços criados, tiveram o intuito de demonstrar um caminho alternativo. Um deles, denominado “Outro Caminho”, outro denominado “Momento Saúde”. No “Outro Caminho” colocamos as alternativas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde para a recuperação de pessoas dependentes do álcool, como o CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga). Demonstramos neste espaço o papel acolhedor da escola, como mediador dos jovens com as alternativas do SUS e as atividades físicas como opções

de lazer, onde o álcool não se faz necessário, mas prejudicial ao desempenho. Além disso, havia imagens simbolizando entidades como o Alcoólicos Anônimos (AA), e o CRETA (Centro de Recuperação de Toxicômanos e Alcoolistas).



**Figura 1.** Caracterização do “Caminho do Álcool”, constituído por Mundo cor de Rosa, Mundo Laranja, Mundo Vermelho e Fundo do Poço.

No último espaço, intitulado Momento Saúde, cada aluno recebeu uma mensagem inspiradora de uma enfermeira fictícia, uma boneca de pano que foi denominada Ana Néri em homenagem a famosa enfermeira brasileira, a história de determinação de Ana Néri foi contada a estes alunos, para que de alguma forma fossem inspirados e acalentados pelas mensagens. A dinâmica finalizou com um momento de ginástica laboral, para aliviar possíveis tensões.



**Figura 2.** Personagem fictícia “Enfermeira Ana Néri”.

Assim, visando a construção de diálogo, através de uma comunicação horizontal, foi escolhido realizar após a exposição um Círculo de Cultura. Esse método freireano proporciona momentos de fala e de escuta, onde é possível problematizar, compreender e transformar o pensamento de uma maneira positiva.

Freire (1987) diz: [...] “Quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais nos educamos, tanto mais continuamos investigando”.

Tratando-se de adolescentes, o diálogo aberto pode ser mais dificultoso, portanto, optou-se por adicionar a brincadeira “verdade ou consequência” como recurso de mediação, para abrir espaço para a conversa e consequente ampliação das percepções sobre si, sobre o outro e sobre o álcool.



O jogo foi adaptado de acordo com o objetivo do projeto, sendo assim as perguntas realizadas eram relacionadas a álcool e a exposição. Um grande círculo foi montado e uma garrafa de vidro vazia foi posicionada no centro, para que esta fosse girada e apontasse para alguém, que responderia uma pergunta.

As perguntas lançadas aos adolescentes, inicialmente não eram específicas ao álcool, como por exemplo: “Você tomou café da manhã hoje? ”, ou “Com quem você mora? ”, tais questões tinham o objetivo de entrosar os jovens, e deixá-los mais receptivos a continuar o assunto dependência alcoólica.

Com o andamento da dinâmica, a mediação da garrafa de vidro não foi mais necessária. A conversa fluiu livremente, dando aos jovens espaços para relatar suas experiências e colocar seus questionamentos. Ainda assim continuamos com nossas indagações utilizando um linguajar mais casual, a fim de orientá-los.

Utilizamos as seguintes perguntas: “Quantas vezes por semana você bebe? ”; “Você já tomou um porre? ”; “Quando foi seu último PT (Perda Total – beber álcool até vomitar, dormir ou entrar em coma alcoólico)? ”; “Você bebe álcool a quanto tempo? ”, “ O que fazer se um colega desmaia depois de “beber todas? ”, “Você já teve ressaca (sintomas que acometem o organismo um dia após a ingestão de bebida alcoólica)? ” “Quanto você acha que tem que beber para ser alcoolista? ”.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto contemplou 37 alunos do primeiro ano do ensino médio, de uma escola pública de Florianópolis. Diante dos dados obtidos através da aplicação do questionário que constava de questões sobre álcool, consumo e frequência, observou-se que cerca de 70,2% dos alunos declaram pertencer ao sexo masculino, enquanto os 29,7% restante correspondem ao sexo feminino.

Dentre os alunos que se declaram do sexo masculino, o percentual de consumo de bebidas alcoólicas ficou em 76,9%, valor próximo ao percentual encontrado entre as alunas, onde 72,7% delas alegaram tal prática. Segundo relatos dos próprios estudantes, o consumo alcoólico era realizado em diversas situações, praticando esportes, em casa com a família, na calçada de casa com os vizinhos. Alguns alunos relataram o consumo de álcool inclusive

antes das aulas, nas proximidades da escola, segundo eles essa era uma maneira de “relaxar” antes de entrarem na escola.

A escolha do projeto com essa temática se baseou na necessidade de se trabalhar o alcoolismo com esses adolescentes e na demanda da própria direção da escola, pois a instituição vinha tendo problemas com alunos completamente alcoolizados durante os horários de aula. Inclusive, poucos dias antes de nossa visita inicial, a direção escolar havia encontrado alunos consumindo bebidas alcoólicas dentro da biblioteca.

Quanto mais precoce o início da exposição ao álcool, maiores são as chances de dependência na vida adulta. Além disso, há uma série de consequências nocivas à saúde decorrentes do abuso de álcool nessa fase da vida, como por exemplo déficit de memória, retardo de aprendizado, perda do rendimento escolar e comportamento impulsivo (AZEVEDO et al., 2017).

No Brasil, o álcool é a droga mais consumida por adolescentes com idades entre 14 e 16 anos (ALMEIDA et al., 2019). Além disso, segundo Azevedo et al. (2017), a mortalidade de jovens, entre 12 a 19 anos está intimamente ligada ao consumo precoce do álcool e que o consumo abusivo dessa substância é responsável por 4% do total da mortalidade mundial, fato que alerta para o risco que esses adolescentes estão expostos.

Em relação a associação do uso de álcool e drogas ilícitas, cerca de 21,6% dos alunos confirmou por meio do questionário a realização dessa prática. Este dado vai de encontro com o estudo de Strauch et al. (2009), que aponta o uso do álcool como fator de risco para o consumo de outras drogas lícitas e/ou ilícitas.

### 3.2 O CAMINHO DO ÁLCOOL E CÍRCULO DE CULTURA

Freire (2014) descreve que “o verdadeiro compromisso é a solidariedade” e ouvir o aluno no ambiente escolar se torna muito importante. Sendo assim, o objetivo da roda de conversa foi proporcionar um ambiente tranquilo, de diálogo e escuta, respeito. Um momento de socialização do coletivo, troca de conhecimento, acolhendo os relatos, as histórias e auxiliando nos questionamentos e dúvidas dos adolescentes. Fatores necessários para a promoção e saúde e prática pedagógica. Círculo de cultura, roda de conversa são espaços onde se ensina e se aprende. Portanto, ao observarmos as atitudes dos alunos frente a exposição do “Caminho do Álcool”, notamos que o primeiro grupo reagiu melhor, interagindo com os objetos expostos. Tocando nas réplicas de fígado, testando o etilômetro, e mexendo nos personagens fictícios



**Figura 3.** Réplicas de fígado saudável e fígado com Cirrose.



**Figura 4.** Personagem fictício "Droguinha".

Já os jovens do segundo grupo pareciam mais inibidos. Porém demonstraram-se atentos a tudo, sendo mais receptivos e participativos no círculo de cultura, onde

conversamos sobre o uso do álcool, o início do consumo, as ocasiões em que fazíamos e como essa rotina era para aqueles jovens.

Durante o Círculo de Cultura, decidimos nos inserir no grupo de estudantes, nos aproximando da sua realidade e nos colocando como iguais, buscando sua confiança, para que assim, através das metodologias de educação em saúde, pudessemos apresentar opções de vivência sem o consumo alcoólico, ou ao menos que tal consumo não fosse excessivo/abusivo.

A partir da brincadeira “verdade ou consequência”, entramos em um jogo de perguntas e respostas. Perguntas como: Quem já deu PT? (Perda Total). As respostas foram das mais variadas, com poucas negativas. Um dos adolescentes respondeu: “Quem Nunca? Dar PT faz parte da vida...”, enquanto uma das alunas relatou que o último PT havia sido na noite anterior, e que inclusive estava de ressaca: “Ah, eu cheguei em casa ontem, não tinha nada para fazer, sentei com uma garrafa de vodka e um refrigerante e fui tomando, quando vi eu tinha bebido tudo, e estava vomitando...”

A partir dessa declaração os alunos passaram a se soltar e contar abertamente suas experiências:

“Eu tenho 14 anos, mas bebo desde os 12, quebrei o braço faz 15 dias jogando basquete, porque antes do jogo a gente fez um esquento e “páh” sabe como é né? Fiquei meio tonto, daí fui dar um “perdido” no colega com a bola e cai por cima do meu braço”



**Figura 5.** Círculo de Cultura.

“E ontem lá na casa do Yuri (nome fictício) que a gente tava na boa, e a mãe da Rafa (nome fictício) mandando todo mundo para casa e no fim ficou lá bebendo com a gente até meia noite e pouca?!”

Em determinado momento, uma das alunas nos chamou a atenção para o caso de um colega que havia sofrido um coma alcoólico há poucos meses. Segundo ela este rapaz sofria violência doméstica por parte do pai, que também era alcoolista. Tal relato nos traz de volta a questão de como os determinantes sociais influenciam na formação e nas escolhas realizadas por crianças e jovens. Em toda elaboração do projeto, nas diversas visitas feitas a escola, em nenhum momento encontramos esse jovem. Sua condição já era de conhecimento da escola e havia um grande interesse da instituição e de nossa parte que o mesmo participasse, para que de alguma forma pudéssemos ajuda-lo e orienta-lo.

O consumo alcoólico acontece, como já exposto anteriormente, por diversas razões e ocasiões, os pais assim como os professores notam as mudanças comportamentais, porém as atribuem a fase juvenil, o “caminho do álcool” através do círculo de cultura conseguiu demonstrar como um diálogo aberto, uma educação horizontal, tem o poder de desmistificar o que é comportamento adolescente do que é comportamento patológico.

Durante todo o “caminho do álcool” a diretora da escola esteve presente, em um primeiro momento pensamos que sua presença no círculo de cultura, acanharia os alunos e dificultaria a conversa, estávamos errados, ela se colocou junto a eles como um ser que também sofre com o chamado PT. Esse comportamento deixou-os tão à vontade que no dia seguinte ao projeto, ela foi procurada por alguns alunos que expressaram a necessidade de ajuda quanto ao consumo excessivo de álcool.

Através do “caminho do álcool”, consolidamos um grande alcance, e sentimos a diferença que fizemos para esses jovens, porém temos consciência que a temática alcoolismo deveria ser trabalhada com mais afinco nas escolas e nas unidades de saúde, de uma forma que abrangesse adultos, crianças e adolescentes.

Em relação às experiências com o álcool, os alunos demonstraram considerar engraçadas suas vivências, relatando-as de maneira descontraída. Partilharam suas histórias de embriaguez, experiências em relação a mistura de álcool com outras drogas. A maioria deles afirmou ter sofrido com a famosa “ressaca”, sabendo enumerar os sintomas, mas não sabiam o porquê ou como o álcool causava a mesma.

Podemos observar que alguns desses jovens associam o consumo de álcool como uma forma de lazer, onde através do mesmo é possível encontrar um grupo e diversão, indo de encontro com o estudo de Silva e Padilha (2011).

A maioria deles alegou que os estados de embriaguez e o maior consumo de álcool se dá durante a semana, pois a permanência em casa nos finais de semana impossibilita tal prática. Em contrapartida, tivemos alguns jovens expondo que o consumo alcoólico ocorria diretamente no ambiente familiar, e que era essa a maneira de ter atenção parental. Entre os jovens também existiram os relatos de consumo alcoólico associado às drogas ilícitas, principalmente maconha. Além disso, boa parte deles relata não ter o hábito de convívio familiar.

Segundo Garcia et al. (2015) relaciona a experimentação de álcool e outras drogas (lícitas ou ilícitas) por adolescentes, com o abuso dessas mesmas substâncias por seus familiares. O autor considera esse como um dos principais fatores de risco para o estímulo precoce de tal hábito.

Para Souza e Pinto (2012), nenhum indivíduo inicia o uso de álcool por um motivo banal. Geralmente as drogas lícitas são o início, uma porta de entrada para outras drogas. Muitas vezes o abuso de drogas, lícitas ou ilícitas, reflete um problema estrutural, de base familiar, de valores. O trabalho de Almeida et al. (2019), também demonstra uma relação entre a maior probabilidade de que adolescentes que fazem uso do álcool, possuem problemas familiares, relacionados a falta de diálogo e violência doméstica.

Para encerrar o círculo de cultura, bem como finalizar as atividades do “caminho do álcool” solicitamos aos alunos que nos contassem como foi a experiência e no que ela agregaria a sua rotina. A maioria classificou como “legal”. Outros alunos se expressaram falando: “Agora entendemos o porquê de não beber por impulso, não sabemos o que acontece”, ou “É importante mostrar como o álcool pode prejudicar. Não é só porque é legalizado que quer dizer que é bom ou faz bem”.

Com essas falas podemos perceber todo o impacto que a educação em saúde possui, dar espaço e incentivar o pensamento crítico através da orientação empodera e educa. Paraphrasing o rapper Criolo na música intitulada Vasilhame, o alcoolismo é doença apoiada pela sociedade e pelo governo, sem que ambos achem esquisito, pois o álcool é a droga lícita mais consumida no país e o lucro com sua comercialização é inegável.

Com a realização das atividades educativas do “Caminho do Álcool”, o corpo docente da escola, recebeu pedidos de ajuda e orientação por parte de alguns adolescentes, que haviam se percebido, ou percebido alguém próximo como alcoolista. Tal acontecimento concretiza a importância do trabalho desenvolvido, e como a educação dialógica, fortalece o senso crítico e traz resultados.

Faz-se necessário, no contexto escolar, de um profissional que acredite na mudança, nas possibilidades, nas ambiguidades, que ouse, que invente, que faça, que se refaça no cotidiano, refazendo sua postura ante sua experiência. A educação grita desesperadamente à procura de pessoas comprometidas com seu caminhar e pessoas que se admiram desse processo, que admiram a vida, que admiram o próprio processo de educar, pessoas acima de tudo competentes, coerentes, perseverantes, que acreditam nos sujeitos, nas mudanças, enfim, na educação (ROJAS; SOUZA; CINTRA, 2008).

O enfermeiro educador e o pedagogo, através do PSE (Programa de saúde na escola) e de outras ações de promoção da saúde são os mediadores na relação desses jovens com a sua saúde física, emocional e educacional.

#### 4. CONCLUSÃO

As experiências positivas obtidas através desse projeto, nos tornaram mais cientes das práticas de educação em saúde e de sua importância para a comunidade.

Cerca de 70% dos jovens tende ao alcoolismo, portanto capacitar a comunidade escolar é promover ações de combate ao alcoolismo juvenil.

Como os jovens têm iniciado sua trajetória alcoólica cada vez mais cedo, teme-se que os efeitos deletérios de tal prática também iniciem precocemente. Assim, “O Caminho do Álcool” buscou inserir estes adolescentes, de forma lúdica, aos perigos do abuso dessa substância. Além disso, buscou-se propor um caminho alternativo para uma realidade tão arriscada e tão banalizada.

Sendo assim, o papel do PSE em situações como essa é de extrema importância. Pois faz com que as escolas em associação com profissionais de saúde possam atuar sobre essa questão, de forma a sensibilizar e educar os alunos sobre tal temática, de forma que assim seja possível minimizar os impactos do consumo de álcool.

Nesse sentido, o projeto visou colocar alunos, pais e professores e funcionários, em papel de igualdade, de modo que ao ampliar suas percepções acerca de si, do outro, do meio e do álcool, fossem empoderados com as informações necessárias para o desenvolvimento de autonomia e competências capazes de modificar comportamentos de risco, em relação ao uso dessa substância.

## 5. AGRADECIMENTOS

Esse projeto contou com o auxílio e o envolvimento de diversas pessoas, que dentro de suas possibilidades, se disponibilizaram e se dedicaram para que o mesmo acontecesse.

Agradecemos cordialmente a todas as acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da UFSC, que participaram da execução desse projeto. À diretoria e o corpo docente da escola, que a todo instante demonstraram interesse e envolvimento no projeto.

Agradecemos especialmente a nossa artesã e futura pedagoga Rosa M. R. Caetano, que tão delicadamente teceu e construiu os personagens fictícios “Ana Néri” e “Droguinha”.

Por fim, agradecemos aos alunos participantes, que nos trouxeram tamanha experiência e conhecimento e nos permitiram fazer parte e alguma diferença em suas existências.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. S. et al. O uso de álcool e outras drogas por adolescentes: consequências na vida familiar e escolar. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 16, n. 4, p. 91-103, 2019.

AZEVEDO, A. E. B. I. et al. **Manual de Orientação: Bebidas alcoólicas são prejudiciais à saúde da criança e do adolescente**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

BRASIL, Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de dezembro de 2007. Seção 2, página 136. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/849614/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-12-2007>>. Acesso em 01/06/2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CRIOLO. **Vasilhame**. São Paulo: Oloko Records, 2016. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=R8RFVVqW4iw>>. Acesso em 11/09/2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCIA, D. M.; MEKITARIAN FILHO, E.; GILIO, A. E.; LOTUFO, J. P. B.; LO, D. S. Estado nutricional, autopercepção do estado nutricional e experimentação de drogas lícitas em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 332-339, 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 1-13, 2018.



LOTUFO, J. P. B. Álcool na adolescência: como lidar com isso?: médico traz as principais orientações para prevenir esse problema bastante comum entre os jovens brasileiros. **Veja: Saúde**, 2018. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/blog/experts-na-infancia/alcool-na-adolescencia-como-lidar-com-isso/>>. Acesso em: 10/04/2019.

ROJAS, J.; SOUZA, R. A. M.; CINTRA, R. C. G. G. **Dinâmica do trabalho e a organização do espaço na educação infantil**. Cuiabá: EDUFEMAT, 2008.

SCHMITZ, C. C. C.; HEINEMANN, I. T. S. B.; DURAND, M. K. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde. **Revista Enfermagem Atual**, v. 86, n. 24, p. 1-13, 2018.

SILVA, S. É. D.; PADILHA, M. I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 45, n. 5, p. 1063-1069, 2011.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 374-83, 2012.

STRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 647-655, 2009.

## PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA SEDAÇÃO PALIATIVA UTILIZADA NO PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Fabiana Wemmer<sup>1</sup> e Fernanda Silva de Souza Rodrigues<sup>2</sup>

1. Universidade Feevale. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil;

2. Universidade Feevale. Curso de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.

### RESUMO

O Instituto Nacional do Câncer define cuidados paliativos como cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e terminal. Os cuidados paliativos têm por objetivo a qualidade de vida do paciente e nesta abordagem encontramos a sedação paliativa como a redução intencional do nível de consciência para diminuir a percepção dos sintomas incontroláveis através da terapêutica comum. O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da sedação paliativa utilizada no paciente oncológico terminal. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, as informações foram coletadas através do método Snow Ball nos meses de Fevereiro e Março de 2020. Para avaliação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Minayo (2010), que permitiu a criação de duas categorias: 1. Sedação paliativa no controle dos sintomas refratários na percepção da equipe de enfermagem; 2. Percepção acerca do paciente indicado para sedação paliativa. Foi percebido que os participantes possuem sentimentos diversos ao lidar com as questões envolvidas na sedação paliativa, como o sofrimento da família e o luto. A maioria dos participantes relatou o sentimento de alívio pelo fim do sofrimento e empatia pelo enfermo e seus familiares ao iniciar a terapia de sedação paliativa.

**Palavras-chave:** Oncologia, Cuidado paliativo e Sedação paliativa.

### ABSTRACT

The National Cancer Institute defines palliative care as active and comprehensive health care provided to people with serious, progressive and terminal illness. Palliative care aims at the patient's quality of life and in this approach we find palliative sedation as the intentional reduction of the level of consciousness to decrease the perception of uncontrollable symptoms through common therapy. The present study aimed to know the perception of the nursing team about palliative sedation used in terminal cancer patients. This is an exploratory study with a qualitative approach, the information was collected using the Snow Ball method in the months of February and March 2020. For data evaluation, Minayo's content analysis

(2010) was used, which allowed the creation of two categories: 1. Palliative sedation to control refractory symptoms in the perception of the nursing team; 2. Perception about the patient indicated for palliative sedation. It was noticed that the participants have different feelings when dealing with the issues involved in palliative sedation, such as the family's suffering and grief. Most of the participants reported the feeling of relief for the end of suffering and empathy for the patient and his / her family when starting palliative sedation therapy.

Keywords: Oncology; palliative care; palliative sedation

## 1. INTRODUÇÃO

O indivíduo ao receber diagnóstico de câncer tem sua percepção da qualidade de vida alterada, por motivos diversos, entre eles, a incerteza da continuidade da vida, as respostas do organismo aos tratamentos, além da mudança do conceito saúde/doença (GUIMARÃES et al., 2015).

Conforme Oliveira e Curry (2016), os pacientes necessitam se preparar para enfrentar uma jornada de tratamentos, muitas vezes vivenciada de maneira sofrida e solitária, cheia de incertezas. Apesar dos avanços da medicina oncológica, ainda não há garantia de sucesso no tratamento, além de produzirem muitos efeitos colaterais. Quando não há mais possibilidade de cura, devem ser implementadas medidas de manutenção do conforto e da qualidade de vida, a partir da prática de cuidados paliativos (SILVA et al., 2012).

O termo cuidados paliativos é empregado para indicar ações de uma equipe multidisciplinar a pacientes sem possibilidades de cura. É uma filosofia humana que se preocupa com pacientes em estado terminal, com o alívio de sua dor e sofrimento. Estes cuidados são realizados por uma equipe multidisciplinar, na qual cada profissional reconhece a sua atuação e que auxilia o doente para que o mesmo tenha uma morte digna. (HERMES; LAMARCA, 2013).

A bioética do modelo paliativista levanta a discussão sobre a dignidade e humanização no processo de morte/morrer, tendo como consequência o respeito pela figura humana, proporcionando uma boa morte (FRANCO et al., 2017).

Analisando os princípios dos cuidados paliativos, surge a necessidade de pensar a morte como algo inerente à vida e que deve ser encarada e abordada de modo a oferecer tranquilidade e conforto aos pacientes. Pensando em oferecer conforto aos pacientes, a sedação paliativa tem como característica o alívio do sofrimento, no sentido de minimizar a dor para promover a morte mais digna possível. Nessa prática não pode haver qualquer intenção de encurtar a temporalidade do processo de morrer (EICH et al., 2018).

Por se tratar de limites entre a vida e a morte, a sedação paliativa possibilita questionamentos relacionados ao processo decisório, sobretudo a participação e a autonomia do doente e sua família. Segundo a ANCP (2012), existem inúmeras questões sobre o processo de morte, muitos sintomas desconfortáveis podem ser amenizados com interesse, carinho e técnicas médico-científicas. Cabe aos profissionais, dentre eles os de enfermagem visualizar o paciente como um ser humano, diante de sua maior limitação: a terminalidade da vida.

Nesta perspectiva, o estudo visa conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da sedação paliativa no paciente oncológico terminal.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A nomenclatura câncer é adotada para nomear mais de 200 doenças, que se originam do crescimento desordenado das células atípicas, que o sistema imunológico não consegue controlar (INCA, 2012). É uma patologia que desencadeia em seu curso sofrimento e dor, e quanto mais avançada a fase em que é descoberto, menores são as chances de cura (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2016). Além disso, os mesmos autores a caracterizam como uma doença que acomete todas as faixas etárias, estando presente na vida de muitas pessoas, causando insegurança e medo, visto que a mesma pode levar a morte. Conforme o INCA (2012), o câncer é considerado a segunda causa de morte no Brasil.

O indivíduo, ao se deparar com a terminalidade, independente de sexo, idade ou etnia, vivencia pensamentos e sentimentos que lhe trazem sofrimento como: medo da morte, preocupação com entes queridos, sofrer na hora da morte, passar por esse momento sozinho, ansiedade por conflitos não resolvidos e assuntos inacabados (ANCP, 2012). Cada pessoa reage de modo diferente ao se deparar frente à descoberta de um câncer, porém reações de ansiedade, medo, negação, perda de controle são muito comuns (ALENCAR et al., 2017).

Quando o curso desta doença se aproxima do óbito, como estratégia para melhorar a qualidade de vida deste paciente, lhe são apresentados os cuidados paliativos, os quais vão auxiliar no sofrimento emocional, físico e espiritual (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2016).

Cervelim e Kruse (2014) afirmam que ao receber diagnóstico de doença grave, progressiva e sem possibilidade de cura, o paciente deve ser inserido em um regime de cuidados paliativos, que tem como objetivo oferecer a ele não cuidados voltados a cura mas sim a manutenção da dignidade humana, proporcionando bem estar e conforto.

O acompanhamento paliativo promove a autonomia do paciente, sua independência, amenizando assim o sofrimento em longo prazo, por isso deve ser implantado precocemente (FRANCO et al., 2017). É considerado paciente terminal aquele que a morte está próxima, que sua doença é irreversível, que não há mais como resgatar suas condições de saúde (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

Com a terminalidade da doença, o paciente confronta-se com uma série de sintomas desconfortáveis, insistentes, que limitam e agridem o seu conforto e bem-estar, diminuindo sua qualidade de vida (FREIRE et al., 2018).

Tendo em vista os aspectos mencionados, os autores sustentam que para preservar a dignidade do paciente terminal até o fim de sua vida e proporcionar conforto, diante do desconforto de sintomas que não são mais possíveis de controle, é indicado a sedação paliativa (CARNEIRO; CARNEIRO; SIMÕES, 2018).

A finalidade da sedação paliativa é alívio dos sintomas refratários em pacientes terminais, através da administração de fármacos que diminuam a percepção de sensações desagradáveis e reduzam o nível de consciência (REHME; GALLI, 2017). Conforme ANCP (2012), sintoma refratário é considerado todo o sintoma que apesar repetidas tentativas de sucesso de tratamento tolerável, sem comprometimento do nível de consciência, não alcança controle adequado.

Na opinião de Rehme e Galli (2017), a escolha pela sedação, frente a um sintoma refratário, deve seguir os seguintes critérios: 1. Impossibilidade na promoção de alívio; 2. Morbidade crônica ou aguda que o paciente não está suportando; 3. Incapacidade dentro de um tempo tolerável de promover alívio.

A equipe de enfermagem ao cuidar de um paciente terminal, em cuidados paliativos, deve compreender que o cuidar é mais que o curar e que o foco está em prestar uma assistência humanizada e digna. Por isso, este tema deve ser incluído na formação de novos profissionais, no intuito de formar uma equipe mais preparada para enfrentar as diferentes vivências da terminalidade humana (SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016; ARANTES, 2019).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Esse estudo é de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram 3 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros. Foi definido o número de sujeitos através do método de saturação de informações.

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram: maiores de 18 anos, que atuam na oncologia no mínimo há seis meses. Foram adotadas os critérios de exclusão: profissionais com menos de seis meses de experiência nesta área de atuação, atestado, férias ou afastamento pelo INSS.

A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2020, através de um questionário com 3 questões abertas construído na plataforma Google Forms. A técnica utilizada foi a Bola de Neve e o questionário foi enviado para o e-mail de um primeiro participante, que se tornou sentinela. Este enviou para alguém que atendeu os critérios de inclusão da pesquisa e, assim, sucessivamente.

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa clicaram em um campo concordando com o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após concordância, tiveram acesso ao questionário com as questões de pesquisa.

O estudo obedeceu aos pressupostos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia para fins de pesquisas com seres humanos no Brasil. Serão respeitados e assegurados os direitos dos participantes como: equidade e justiça, não maleficência, beneficência e autonomia (BRASIL, 2012).

A técnica de análise dos dados foi a proposta por Minayo (2010) que é composta por 3 fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os participantes da pesquisa foram 3 Técnicos em Enfermagem e 12 Enfermeiros, atuantes na Setor de Oncologia. A análise das informações coletadas deu origem a duas categorias:

#### **3.1 CATEGORIA 1 - SEDAÇÃO PALIATIVA NO CONTROLE DOS SINTOMAS REFRACTÁRIOS NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

Nesta categoria investigou-se a percepção sobre sedação paliativa para alívio dos sintomas refratários, sintomas estes intratáveis através de terapia medicamentosa, não mais tolerados pelos pacientes oncológicos terminais.

Quando questionados sobre a opinião do emprego da sedação paliativa, grande parte dos participantes relacionou a Sedação Paliativa como um método com a finalidade de minimizar a experiência de sofrimento e proporcionar o devido conforto ao paciente terminal. Como pode ser observado nas falas dos participantes 03, 07, 10, 12 e 14:

[...] Tratamento digno ao paciente que diante do sofrimento da terminalidade merece conforto. (3)

[...] É um assunto delicado, mas concordo que a sedação passa a servir de conforto e alívio nesse momento da vida (7)

[...] Minha opinião em relação à sedação nestes casos, é positivo ao paciente, pois o sofrimento não é digno a ninguém neste momento difícil. (10)

[...] Uma decisão muito sabia tendo em vista de que não devemos ser egoístas ao ponto de deixarmos quem amamos sofrendo em cima de uma cama pelo simples fato de quisermos que eles permaneçam ao nosso lado. (14)

[...] Chega um momento da doença que se faz necessário o uso da sedação para diminuir o sofrimento e para que os últimos dias de vida sejam mais tranquilos tanto para o paciente quanto para os familiares. (12)

Diante destes relatos é possível verificar que é de suma importância o controle de sintomas do paciente em sofrimento intolerável, melhorando as condições de conforto do paciente, proporcionando um final mais digno na fase final de sua vida.

Há mais de 25 anos a sedação paliativa é utilizada com o intuito de aliviar sintomas refratários, que não amenizam com uso de medicação, em pacientes próximos do fim da vida, sem perspectiva de cura (MENEZES; FIGUEIREDO, 2017). Os mesmos autores reforçam que a gravidade dos sintomas, o sofrimento intenso, definitivamente refratário é decisivo pela escolha por sedação paliativa. A sedação paliativa só deve ser utilizada na presença dos sintomas incontroláveis e em pacientes que se encontram em processo de terminalidade (ROCHA; SILVA; TORRES, 2019).

O paciente não responde mais ao tratamento curativo, os recursos terapêuticos acabam se esgotando e a doença vai cumprindo seu ciclo natural, porém, ele encontra-se em condições de sofrimento. Nesse contexto, a equipe de enfermagem que está envolvida no cuidado 24 horas por dia, acompanhando todo o desenvolvimento da doença, vivenciando tudo ao lado do paciente, prestando-lhe cuidados diretos (em sua grande maioria por longos períodos) e criando vínculos, acaba adquirindo sentimentos com relação a ele e a opção da sedação paliativa, para aliviar o desconforto dos sintomas já não mais controlados na fase terminal da doença. Encontramos isto nas respostas dos participantes: 01 e 11:

[...] Sou super a favor do uso da sedação paliativa para estes pacientes que se enquadram na indicação, o manejo da dor e sintomas associados a essa terminalidade tem um peso muito importante e me sinto aliviada e com a

sensação de dever cumprido em poder proporcionar tal conforto e dignidade neste momento tão difícil na vida do paciente. (01)  
[...] Cuidado humanizado, evitando sofrimento do paciente frente a uma situação que não há mais tratamento, além de confortar a família e a equipe ao saber que o paciente estará confortável e sem dor para o findar da sua vida. (11)

Para equipe e enfermagem a sensação de alívio e dever cumprido são alcançados através do alívio dos sintomas do paciente, de ter a certeza que nesse momento o que pode ser feito para o paciente terminal está sendo feito. Além disso, manter e preservar o seu conforto, criando vínculo afetivo e prestando-lhe uma assistência humanizada.

Conforme a Política de Humanização, os cuidados de enfermagem são necessários durante o tratamento, exigindo do profissional não somente a técnica mas também a habilidade afetiva, mantendo uma assistência de forma holística e humanizada. (Brasil, 2009). Uma assistência integral e humanizada só é possível quando a equipe de enfermagem estabelece uma comunicação efetiva (GOI; OLIVEIRA, 2018)

Ainda observa-se na fala do entrevistado 09 a importância do entendimento do familiar em relação aos benefícios da sedação paliativa, este momento é importante para sanar todas as dúvidas, tanto ao paciente que quando consciente deve estar a par de tudo, quanto de seus entes queridos.

[...] Sou a favor da sedação paliativa, desde que os familiares estejam de acordo e informados sobre as vantagens da sedação... (09)

A doença envolve todo o grupo familiar deste paciente e o envolvimento da família, nesse momento, é primordial, participando do cuidado e da tomada de decisões. Ainda, a presença do familiar manifesta ao doente que o mesmo não encontra-se sozinho, proporcionando uma melhor qualidade de vida na terminalidade daquele ser.

No mesmo sentido Visona; Prevedello; Souza (2012) relatam que a família tem um papel indispensável no enfrentamento da doença junto ao doente, sendo suporte e auxiliando no enfrentamento das limitações e perdas inerentes a neoplasia. A presença do familiar o lado do paciente, proporciona conforto e segurança, ajuda a equipe na coleta de informações e nas ações do cuidado (SILVA; LIMA, 2014).

Ao se deparar com sofrimento do paciente o emprego da sedação paliativa, muitas vezes, é confundido com o abreviamento da vida, este pensamento é percebido nas falas dos entrevistados 06 e 15:



[...] Induzir a morte lentamente.(06)

[...] Necessária, a sedação nessa situação é conforto ao paciente. Não pode ser vista ou realizada de forma de antecipar momentos/ situação. Sempre com o foco de reduzir sofrimento. E jamais antecipação do processo morrer.(15)

Diante destes relatos é possível verificar que uma parte dos profissionais da enfermagem relaciona Sedação Paliativa com Eutanásia. É importante ressaltar que a sedação paliativa tem por objetivo amenizar a intensidade dos sintomas refratários, não constitui um “atalho” para abreviar a vida do doente, sendo que não há evidências que a sedação paliativa em doses apropriadas diminua o tempo de vida do paciente.

O emprego da sedação paliativa é confundido com eutanásia, pois ambas tem a finalidade de encerrar o sofrimento do doente. A sedação tem por objetivo diminuir o nível de consciência diminuindo a percepção dos sintomas, enquanto a outra, é a administração de medicação com a finalidade de findar a vida (REHME; GALLI, 2017). A intencionalidade dos atos é que distingue a sedação paliativa da eutanásia, na sedação paliativa acontece a minimização do sofrimento através da supressão da consciência e na eutanásia a intenção é a morte para interromper o sofrimento (EICH et al., 2018).

Muitas vezes a sedação paliativa é confundida erroneamente com a eutanásia, porem a sedação é o uso da dose necessária para diminuir a percepção do sofrimento, não havendo intuito de afetar o curso natural da doença (ROCHA; SILVA; TORRES, 2019).

### 3.2 CATEGORIA 2 – PERCEPÇÃO ACERCA DO PACIENTE INDICADO PARA SEDAÇÃO PALIATIVA.

A identificação desta categoria partiu do questionamento feito aos profissionais de enfermagem sobre “ Como você percebe o paciente que tem indicação de sedação paliativa? “

A maior parte dos participantes percebe este paciente como alguém que está em sofrimento intenso, onde acontece falha terapêutica e não há mais controle dos sintomas. É possível verificar nos relatos abaixo:

[...] Dor intensa e continua. Quando analgésicos não resolvem ou não aliviam a dor. Paciente geme e pede ajuda. (13)

[...] Uma pessoa fisiologicamente e psicologicamente debilitada, que requer auxílio medicamentoso no alívio da dor e do sofrimento. (07)

[...] Quando você percebe que ele já esta cansado, sendo medicado muito seguido sem eficácia. (08)

[...] A sedação paliativa é percebida necessária quando o paciente perde a qualidade de vida diante da dor, que o possibilita do convívio familiar, sendo a dor a única coisa relevante na sua existência. (03)

[...] Paciente grave sem possibilidade terapêutica. (09)

[...] Ele já não dorme mais direito de tanta dor e as morfina fixas mais os repiques não adiantam, já não apresenta mais funcionamento renal, eliminações fisiológicas já não são mais existentes, paciente começa a afundar, exames sem melhora de quadro. (14)

[...] Nas situações já vivenciadas, o paciente inicia com sofrimento respiratório ou dor incontornável, o mesmo e seus familiares solicitam por medicações que diminuem o sofrimento, sendo administrado cada vez com mais frequência medicações opioídes, ao ponto que é necessário iniciar com sedação para alívio dos sintomas. (15)

O paciente encontra-se em estágio avançado da doença oncológica, fora das possibilidades terapêuticas, onde não há mais recursos conhecidos para reestabelecer sua saúde. Apresenta sinais e sintomas mais acentuados, as medicações não são mais eficazes no seu controle, a sedação paliativa vem como último recurso a fim de proporcionar uma qualidade de vida na fase terminal e oferecer uma morte digna.

Os sintomas causadores de desconforto como dispneia, dor, delírio entre outros, não tratados adequadamente geram mais sofrimento ao paciente, e quando há a refratariedade destes sintomas a sedação paliativa entra como tratamento (ANCP, 2012). Para Sedação Paliativa ser indicada é necessário que o paciente esteja em sofrimento intenso, sem controle adequado que o desfecho inevitável seja a morte, prevista dentro de horas ou dias (MENEZES; FIGUEIREDO, 2017). No mesmo sentido Rocha, Silva e Torres (2019), acrescenta que para a indicação da Sedação Paliativa é necessário que o paciente esteja em processo de terminalidade e que esteja vivenciando sofrimento insuportável, através de sintomas de condições refratárias.

Alguns participantes descrevem em suas respostas diferentes dificuldades em relação ao esclarecimento de dúvidas e benefícios da administração da terapia, ressaltando a importância de uma comunicação efetiva com o paciente, familiares e equipe quando a indicação da sedação é viável.

[...] Cada um reage de uma forma, desta forma percebo eles mediante este tratamento também de forma diferente em cada um... A família acredito que tenha dificuldade em enxergar os benefícios mais que o próprio paciente. (01)

[...] A partir da evolução do CA e dos sinais e sintomas que o paciente apresenta. Mas esta conduta deve estar bem clara pra o paciente e família, registrada em prontuário. É muito importante uma boa comunicação entre a enfermagem, o oncologista e o paciente terminal e família para evitar situações desagradáveis. (02)

[...] Muitos reagem de uma forma boa, pois estão em exaustão, lidando com a dor e sofrimento juntamente, mas tem alguns que relutam e pensam que este procedimento é para mata-los. (10)

Nas respostas dos participantes, é nítida a preocupação em relação a comunicação e as dificuldades quando esta não é realizada de forma efetiva. A sedação fazendo parte dos cuidados paliativos objetiva a proporcionar a dignidade e a diminuição do sofrimento comum em pacientes terminais, a partir disso, é essencial uma boa comunicação, neste momento com o paciente, com os familiares e com todos que estão envolvidos no cuidado, priorizando a informação, estabelecendo os benefícios, vislumbrando lados positivos e negativos, objetivando sanar todas as dúvidas.

A comunicação adequada é uma ferramenta primordial no processo do cuidar, envolve respeito e empatia, estabelece vínculos e confiança e através dela podemos realizar o cuidado humanizado. Para uma boa comunicação, é necessário diálogo onde ocorra troca de informações e saberes, proporcionando ao doente e familiares uma escuta que atenda suas demandas (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

A comunicação deve possibilitar interação entre o profissional, paciente e familiares, a partir desta estabelecendo uma relação de confiança, respeitando o direito do paciente e dos seus entes queridos a decidirem sobre a terapêutica e cuidado. (Barbosa et all 2019). No processo do cuidar o relacionamento interpessoal estabelecido entre o profissional, paciente e seus familiares, é fundamental uma boa comunicação para realizar uma assistência humanizada. (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Ainda neste contexto Visona, Prevedelo e Souza, 2012: ressalta a necessidade de realizar uma escuta aberta e acolhedora, deixando de lado pré-julgamentos.

## 4. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo principal conhecer a percepção da equipe de enfermagem que atuam em unidades oncológicas sobre sedação paliativa. Os resultados da pesquisa demonstram que a maioria dos profissionais caracterizam a sedação paliativa como um último recurso no alívio do sofrimento do paciente terminal, proporcionando conforto e a possibilidade de um fim da vida mais digno.

Observou-se importância de a família estar esclarecida e ciente dos benefícios da sedação paliativa, sendo para isso necessária, uma comunicação adequada. Através das falas dos participantes foi possível verificar como a sedação paliativa, que faz parte da

ortotanásia, pode ser confundida com a eutanásia. Sendo o principal objetivo desta, diminuir a consciência para amenizar a percepção dos sintomas que estão provocando tal sofrimento.

A grande parte dos participantes percebe o paciente com indicação de sedação paliativa, como alguém que se encontra em grande sofrimento, com as condições de qualidade de vida alterada, com dor intensa e ou disfunção respiratória.

Ressalta-se a importância da continuidade de estudos sobre a sedação paliativa em paciente oncológico terminal, já que este assunto é de difícil abordagem, pois se trata de um paciente no fim da vida, em sofrimento e, muitas vezes em luto. Por esse motivo, é necessário conhecimento e aprofundamento das equipes de saúde nessa temática, para que se possa realizar uma assistência mais humanizada, apoiando o indivíduo cuidado e sua família.

## 5. REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. D. C. et al. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Revista pesquisa cuidado é fundamental**, v. 9, n. 4, p. 1015-1020, 2017.

ANCP - ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2012. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 13/08/2019.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BARBOSA, A. N. et al. A importância da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro nos cuidados paliativos, ao paciente oncológico terminal. **ReBIS-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 4, p. 92-96, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010 – Incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 29/03/2020.

CARNEIRO, A. H.; CARNEIRO, R.; SIMÕES, C. Termos e Conceitos na Relação Clínica. **Medicina Interna**, v. 25, n. 3, p. 154-167, 2018.

CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014.

EICH, M. et al. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 733-744, 2018.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: A humanização no processo de morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e5420016, 2018.

GOI, M. G.; OLIVEIRA, D. R. Produção do conhecimento de enfermagem acerca de cuidados paliativos: revisão narrativa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 34, p. 20-26, 2018.

GUIMARÃES, R. D. C. R. et al. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 7, n 2, p. 2440-2452, 2015.

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

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2012.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos–Revisão. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 69, n. 1, p. 72-77, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466, de 2012**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 29/03/2020.

NOGUEIRA, F. L.; SAKATA, R. K. Sedação paliativa do paciente terminal. **Rev Bras Anestesiol**, v. 62, n. 4, p. 580-92, 2012.

OLIVEIRA, A. E. G.; CURY, V. E. Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento. **Memorandum**, v. 31, p. 237-258, 2016.

REHME, B. B.; GALLI, N. B. Sedação paliativa do paciente terminal – Revisão de literatura a proposito de um caso. **Rev. Med. UFPR**, v. 4, n. 1, p. 31-34, 2017.

RENNÓ, C. S. N.; JOSÉ, C.; CAMPOS, G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais**, v. 18, n. 1, p. 106-125, 2014.

ROCHA, J. A.; SILVA, F. L.; TORRES, S. H. B. **Terapia de Sedação Paliativa: Quando e Como Indicar**. São Paulo, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Juraci\\_Rocha/publication/337973670\\_Terapia\\_de\\_sedacao\\_paliativa\\_quando\\_e\\_como\\_indicar/links/5df8ae4292851c8364832e0c/Terapia-de-sedacao-paliativa-quando-e-como-indicar.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juraci_Rocha/publication/337973670_Terapia_de_sedacao_paliativa_quando_e_como_indicar/links/5df8ae4292851c8364832e0c/Terapia-de-sedacao-paliativa-quando-e-como-indicar.pdf)>. Acesso em: 05/04/2020.

SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; ALMEIDA, D. A. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, p. 72-84, 2016.

SILVA, M. M. D. et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 658-666, 2012.

SILVA, M. M.; LIMA, L. S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 14-19, 2014.

SOUZA, C. A.; SILVA, D. R.; SOUZA, S. S. Desafios do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 4, n. 4, p. 47-58, 2016.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; DE SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 145-155, 2012.

## SAÚDE DO HOMEM: UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Fernanda Rodrigues Rodvalho<sup>1</sup> e Gustavo Magalhães Freitas<sup>2</sup>**

1. Centro de Ensino Literatus (CEL); Hospital e Pronto Socorro Dr. Platão Araújo e Hospital Delphina Rinaldi Aziz, Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM); Núcleo de Segurança do Paciente em (SPA) e Policlínica José Lins; Hospital e Pronto Socorro Delphina Rinaldi Aziz, Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

A população masculina representa a maior taxa de mortalidade em diversas causas determinadas. Objetivo: demonstrar as barreiras que impedem o acesso da população masculina aos serviços de saúde, a organização do serviço na saúde do homem e o papel do enfermeiro frente a esse desafio. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica utilizando artigos científicos disponíveis nas bases de dados Online SCIELO e LILACS. Resultados: foram selecionados 17 artigos para estudo, se faz necessário que as políticas públicas voltadas à população masculina sejam mais efetivas no acesso aos serviços de saúde. Ao analisar a abordagem, foi identificado que o enfermeiro é o principal agente facilitador desse grupo, pelo olhar e atendimento integral, holístico e humanizado, além das ações de conscientização através da educação em saúde e abordagens preventivas com a participação da comunidade. Conclusão: Enfermeiro tem papel relevante nesse processo, cujo principal objetivo é a prevenção e promoção da saúde, desenvolvendo a co-responsabilização e autoconsciência da promoção e prevenção que cada homem precisa, independente dos fatores culturais, sociais, econômicos e histórico. Contribuições e Implicações para a Enfermagem: Desta forma, a enfermagem através do profissional enfermeiro é fundamental nas ações de saúde do homem atuando com estratégias necessárias para a inserção efetiva nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do homem, Assistência de enfermagem e Atenção primária.

### ABSTRACT

The male population represents the highest mortality rate in several determined causes. Objective: to demonstrate the barriers that prevent the male population from accessing health services, the organization of the service in men's health and the role of nurses in the face of this challenge. Methodology: This is a bibliographic review search using scientific articles available in the Online SCIELO and LILACS databases. Results: 17 articles were selected for study, it is necessary that public policies aimed at the male population be more effective in accessing health services. When analyzing the approach, it was identified that the nurse is the main facilitating agent of this group, due to the comprehensive and holistic and humanized view and care, in addition to awareness actions through health education and preventive

approaches with the participation of the community. Conclusion: Nurses have an important role in this process, whose main objective is the prevention and promotion of health, developing the co-responsibility and self-awareness of the promotion and prevention that each man needs, regardless of cultural, social, economic and historical factors. Contributions and Implications for Nursing: In this way, nursing through the professional nurse is fundamental in men's health actions, acting with necessary strategies for the effective insertion in health services.

**Keywords:** Men's health, Nursing care and Primary attention.

## 1. INTRODUÇÃO

A população masculina representa a maior taxa de mortalidade em diversas causas determinadas. Os aspectos epidemiológicos mostram, que o número de óbito é maior em 50% do que na população feminina, atingindo a faixa etária dos 20 aos 39 anos, em uma razão de 3 mortes masculinas para 1 feminina. Entre as causas externas, as de maior índice estão os acidentes de transportes, as lesões autoprovocadas, as agressões e os homicídios (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Destacam-se, neste sentido, os indicadores de morbidade e mortalidade que contribuíram para definir a PNAISH, em 75% dos casos, incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas, envolvendo: Causas Externas; Doenças do Aparelho Circulatório; Tumores; Doenças do Aparelho Digestivo e as Doenças do Aparelho Respiratório (MOREIRA, 2014).

A população masculina passa ainda por um maior padecimento de condições severas e crônicas de saúde, sendo que a redução de graves problemas como AIDS, carcinoma prostático, doenças sexualmente transmissíveis e violência dependem necessariamente da sua própria mobilização. O direcionamento do olhar para a saúde dos homens evidencia o tipo, ou a ausência, de vínculo destes com os serviços de saúde (VIEIRA et al., 2011).

A ausência de vínculo dos homens com os serviços de saúde possui diversas explicações entre elas às características da conformação da própria masculinidade e/ou à estrutura dos serviços de saúde. A não presença dos homens sinaliza a inadequação entre as necessidades e/ou expectativas dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde (KNAUTH et al., 2012).

A partir de 1990, a discussão acerca da saúde do homem passou a incorporar, dentre outros aspectos, questões de gênero relacionadas ao ser saudável e ao ser doente em segmentos masculinos. As diferenças entre homens e mulheres em termos de morbimortalidade e expectativa de vida poderiam ser explicadas com base em cinco fatores:



especificidades biológico-genéticas; diferenças e desigualdades sociais e étnicas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde e cuidados de profissionais de saúde (FERREIRA, 2013).

Diante desta realidade no dia 27 de agosto de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, com o propósito de orientar a formulação de diretrizes e ações voltadas para a atenção integral, prevenção, promoção da saúde, qualidade de vida e à educação, tratando-os como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais do homem frente a sua saúde (MOURA et al., 2014).

O enfermeiro deve conhecer a sua área adstrita, atuando sobre a população masculina, para planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas. É importante o desenvolvimento de um atendimento com qualidade para que esta clientela não abandone o seu tratamento, muito menos deixe de participar de atividades na promoção de sua saúde (SANTANA et al., 2011).

Baseado nestas perspectivas alguns questionamentos emergiram para nortear este estudo em relação à saúde do homem: Como deve ser realizada as estratégias do enfermeiro na abordagem à população masculina na atenção primária, para que possa enfrentar os desafios encontrados?

Justifica-se este estudo pelas dificuldades que os homens enfrentam para o acesso as unidades básicas de saúde, com busca para os meios de prevenção, uma vez que só procuram esses lugares quando já estão doentes e assim realiza-se um atendimento voltado para a cura. Portanto é fundamental que a equipe de saúde proporcione meios adequados e facilitados para promover o acesso desta população aos diversos meios de prevenção e assim conseguir vencer o desafio de aumentar a adesão dos homens para a busca da prevenção na atenção primária.

Neste contexto o objetivo deste trabalho é demonstrar as barreiras que impedem o acesso da população masculina aos serviços de saúde, a organização do serviço na saúde do homem e o papel do enfermeiro frente a esse desafio.

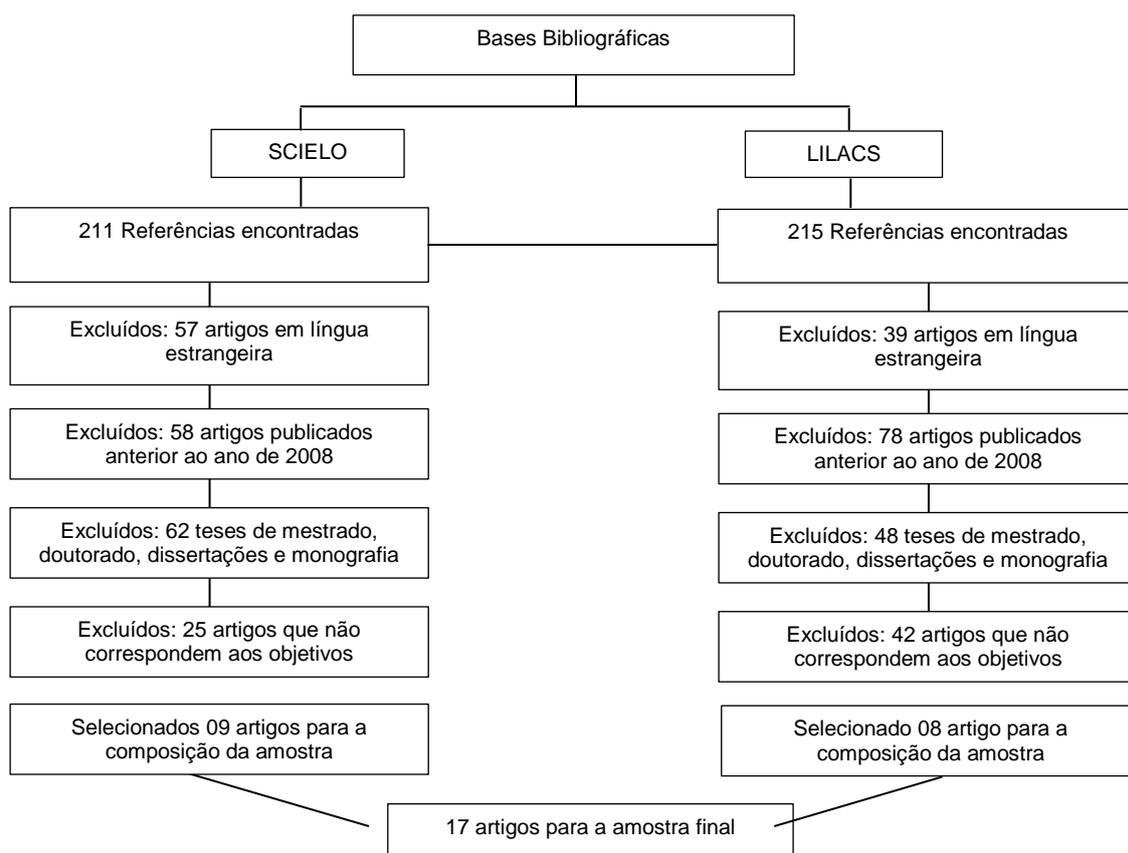
## **2. MATERIAIS E MÉTODO**

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura que permite a combinação de dados teóricos que podem ser direcionados à definição de conceitos e análise metodológica dos

estudos sobre um determinado tema ampliando as possibilidades de análise da publicação da literatura. A revisão possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores.

Para a seleção dos artigos científicos foram utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizando os seguintes descritores: “Saúde do homem”, “Assistência de Enfermagem”, “Atenção primária”.

Foram incluídos artigos científicos em língua portuguesa, publicados no período de 2008 a 2018, revisão de literatura e estudos realizados no Brasil. Foram excluídos artigos científicos em língua estrangeira, publicados anterior ao ano de 2008, teses de mestrado e doutorado, dissertações, monografia e que não correspondem à temática do estudo.



**Figura 1.** Fluxograma de busca dos artigos.

Na Base de dados SCIELO foram encontradas 211 referencias, destas 57 foram excluídas por estarem em língua estrangeira, 58 por serem publicadas anterior ao ano de 2008, 62 por serem teses de mestrado, doutorado, dissertações e monografia e 25 artigos que não correspondiam aos objetivos do estudo, sendo, portanto, selecionados 09 artigos para comporem a amostra final da revisão.

Na Base de dados LILACS foram encontradas 215 referencias, destas 39 foram excluídas por estarem em língua estrangeira, 78 por serem publicadas anterior ao ano de 2008, 48 por serem teses de mestrado, doutorado, dissertações e monografia e 42 artigos que não correspondiam aos objetivos do estudo, sendo, portanto, selecionados 08 artigos para comporem a amostra final da revisão. Assim 17 artigos compõem a amostra final do estudo.

### 3. REVISÃO DE LIETARURA

#### 3.1 BARREIRAS QUE INFLUENCIAM NA AUSÊNCIA DA POPULAÇÃO MASCULINA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As barreiras socioculturais se refletem na saúde do homem desde a infância, uma vez que muitos são expostos a tabus que homem não fica doente. Essa visão os leva a não reconhecerem suas necessidades de saúde e de que estão expostos às possibilidades de adoecer, reconhecendo apenas o papel de provedor e a necessidade de trabalhar. A maior parte dos atendimentos na atenção primária é voltado para a saúde da mulher, da criança e do idoso, favorecendo pouco a saúde do homem, que, quando busca os serviços de saúde, procura os ambulatórios e hospitais de média e alta complexidade (AGUIAR et al., 2015).

Inúmeras são as questões que dificultam ou impedem o acesso dos homens aos serviços de saúde, culturalmente parecem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitam de cuidados. Além disso, os homens percebem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como espaços feminilizados, frequentados basicamente por mulheres, com equipes compostas fundamentalmente por profissionais do sexo feminino, que não desenvolvem programas direcionados especificamente a eles (VIEIRA et al., 2013).

Uma barreira que faz com que os homens não procurem o serviço de saúde é os horários de funcionamento das instituições que não são compatíveis com os horários que

essa população tem disponível, pois coincidem com o horário de trabalho formal, acaba desestimulando e até impossibilitando o acesso dos homens a assistência básica de saúde. Dificilmente encontram-se postos de saúde ou ambulatórios abertos após as 17 horas, restando aos homens apenas os serviços de emergência/urgência que possuem atendimento 24 horas (FERREIRA, 2013).

A dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços é um dos contextos utilizados para justificar presença rara na atenção primária, os homens acreditam que o atendimento deve ser rápido e pontual, e que o trabalho vem em primeiro lugar, sendo atribuídas ainda situações alimentadas por normas culturais usadas para manter o poder social dos homens, além disso o senso de masculinidade dificulta a adoção de hábitos saudáveis são somente realizados após o diagnóstico de alguma doença (NASCIMENTO et al., 2014).

Os homens muitas vezes deixam de acreditar na busca pela prevenção de doenças por encontrarem uma infraestrutura precária, burocratização dos serviços, ausência de continuidade das ações em saúde e de uma resposta adequada em tempo oportuno, ausência de profissionais homens em prestar assistência ao segmento masculino, despreparo por parte das profissionais mulheres para lidar com situações que exijam exame físico no homem, o que evidencia um déficit no acolhimento, abordagem e efetivação do cuidado (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Além desses entraves existem barreiras de acessibilidade e comunicação nos serviços preventivos de saúde, como por exemplo, a dificuldade que o homem tem de despir-se em frente aos profissionais de saúde e o preconceito que envolve o exame de próstata, isso acontece porque não é reconhecida a necessidade de privacidade dos homens nos ambientes de saúde, bem como reforçar por meio de atitudes, comportamentos e preconceitos a construção simbólica pejorativa entre a sexualidade masculina e o exame do toque retal (PEREIRA; NERY, 2014).

Outro impasse que colabora para o descaso na saúde do homem é o fato que os homens só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Deixam de ter acesso a um diagnóstico precoce, muitas vezes porque têm o medo de descobrir que estão doentes. Daí a importância dos profissionais possuírem um olhar mais atento a essa população (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

As taxas de óbito mais elevadas na população masculina podem estar relacionadas à grande resistência dos homens quanto ao autocuidado, associado à negligência diante das ações preventivas, principalmente para as doenças de caráter crônico degenerativas.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os homens buscam os serviços quando já estão em uma situação de saúde que lhes exige internamento (FERREIRA, 2013).

A ausência ou a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde sinaliza, a inadequação entre as necessidades e/ou expectativas de saúde dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde. Os homens costumam só chegar aos serviços de saúde com intercorrências graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador. A não inserção da população masculina nas políticas públicas sempre constituiu uma barreira para o acesso dos mesmos aos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica (MOREIRA et al., 2014).

Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de saúde. A proposta inclusiva dos homens em ações de saúde é desafiadora, por não terem reconhecimento do cuidado e valorização do corpo no propósito da saúde como questões sociais. O preconceito existente em relação ao gênero masculino é evidente, pois é pouco discutida e abordada, além de haver uma escassez de conhecimentos nas campanhas de saúde pública que não são voltadas a este segmento da população (SIQUEIRA et al., 2014).

### 3.2 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NA SAÚDE DO HOMEM

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) devendo esta ser alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, o que torna a rede básica a porta de entrada da população masculina nos serviços de saúde. A necessidade de implantação dessa política é devido aos altos índices de morbimortalidade, sendo que a maioria das causas são consideradas preveníveis e evitáveis (RAMALHO et al., 2014).

É visto que a organização dos serviços de certa forma dificultam um atendimento julgado adequado por parte dos homens. O que inicia desde o atendimento e acesso aos serviços públicos até os limites que esses serviços têm em dar conta de suas demandas de atendimento, onde a porta de entrada da saúde pública é considerada muito ruim, vagas limitadas pra determinados tipos de atendimento, formação de filas de espera, o que contribuem para a evasão dos usuários do sistema (GOMES et al., 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em sua fundamentação, dentre outros aspectos, também aponta para essas questões e chama a atenção, de modo especial, para as de gênero que influenciam esse quadro. Em alguns

serviços da Atenção Básica, a implantação dessa política era traduzida por ações pontuais e geralmente voltadas para a dimensão assistencial, com pouca articulação com a política em questão. O não reconhecimento da diversidade de homens, por parte de gestores e profissionais de saúde, dificultava o planejamento de ações para implementar essa política (FERREIRA, 2013).

É identificado na falta de organização nos serviços de saúde que atendem os homens: a precariedade da rede para os encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos, o que gera grande dificuldade no atendimento da população masculina, particularmente em função da demanda masculina de objetividade e rapidez. O fato de parcela importante de a clientela masculina estar inserida no mercado formal de trabalho é apontado como uma das razões da baixa procura dos serviços de saúde pelos homens. O receio em ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que ganhem atestado para tal, é um dos motivos (KNAUTH et al., 2012).

Uma forma de contribuir para uma melhor inserção dos homens nas ações da atenção básica de saúde é a presença de profissionais do gênero masculino, é preciso que este cenário possua características de masculinidade para que os homens possam se sentir acolhidos. Tais aspectos são pontos fundamentais e estruturantes que, certamente, auxiliarão os profissionais na adoção de novas atitudes para acolher as demandas de saúde apresentadas pelos homens no cotidiano dos serviços (MOREIRA et al., 2014).

A não procura por serviços de saúde, por parte dos homens, está no fato de que muitos locais de trabalho só abonam a falta mediante atestado médico, que não é fornecido pelos serviços de saúde durante as atividades de prevenção. Portanto o enfermeiro não pode perder a oportunidade quando o homem busca o serviço de saúde e deve abranger os temas como planejamento familiar, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e demais drogas, realizando atividades educativas específicas para o homem, utilizando palestras, grupos educativos, consulta individual e distribuição de Folhetos (RAMALHO et al., 2014).

O panorama da morbimortalidade no Brasil tem mostrado claramente que a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Assim cabe ao enfermeiro na saúde do homem, desenvolver junto ao público masculino, uma abordagem assistencial e preventiva atrativa, através de grupos educativos fundamentada na integralidade e humanização da assistência. Devem levar em consideração a inserção da população masculina em um contexto sociocultural e histórico que lhes é específico (ALBUQUERQUE et al., 2014).

A atenção primária deve mobilizar a população masculina na direção da garantia do direito social à saúde, através do acolhimento orientando-os acerca da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades que afetam o homem, assim como reorientar as ações de saúde, para que eles entendam os serviços de saúde também como espaços acolhedores (RAMALHO et al., 2014).

Há um preconceito em relação ao gênero masculino, pois a saúde do homem ao longo dos anos foi pouco discutida e abordada, implicando ao mesmo de não ser assistido e de não se cuidar. Os serviços de saúde são considerados incapazes em atender a demanda apresentada pelos homens, em virtude da sua organização a qual não estimula o acesso da população masculina aos serviços de saúde e também das próprias campanhas de saúde pública que quase sempre não se voltam para este segmento. Portanto é necessário considerar e enfrentar esta situação identificando as necessidades de saúde dos homens e intervindo com ações preventivas e de promoção à saúde (SIQUEIRA et al., 2014).

À própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, e também outros fatores como horários de atendimento das unidades de saúde, medo de descobrirem outras doenças e a questão de muitas vezes o atendimento ser feito por pessoas do sexo feminino, o que cria uma barreira a mais na questão do cuidado. A compreensão dessas barreiras é importante para a criação de medidas que possam promover o acesso desta população aos serviços de atendimento com o intuito de garantir a prevenção e a promoção de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014).

O serviço de saúde é considerado pelos homens como um ponto fraco, por isso há uma grande resistência na sua procura. Diante disto é necessário que haja conscientização através de ações de educação fora e dentro dos serviços de saúde para que se tenha conhecimento da importância da busca pela prevenção e assim possa fazer com que o homem crie o hábito de utilizar os serviços existentes de forma rotineira, e que diferentes meios sejam utilizados para alcançá-los (RAMALHO et al., 2014).

### 3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O profissional enfermeiro deve atuar frente a população masculina através da busca ativa utilizando a visita domiciliar, realizando palestras, oficinas, uma vez que é integrante da equipe multiprofissional na atenção básica, considerada porta de entrada para o sistema de saúde, apresenta papel de destaque, atuando mediante adoção de práticas assistenciais,

preventivas e de promoção à saúde. Este profissional deve desenvolver junto ao público masculino, uma abordagem assistencial e preventiva atrativa, fundamentada na integralidade e humanização da assistência (ALBUQUERQUE et al., 2014).

O enfermeiro deve possuir um olhar crítico ao atender a população masculina, desenvolvendo um trabalho humanizado, através da consulta de enfermagem, onde irá atuar em todos os aspectos da saúde do homem, fazendo com que esse público venha buscar mais as práticas preventivas, reforçando a compreensão de que o homem não pode só chegar ao serviço de saúde quando com intercorrências graves ou quando se vê impossibilitado de exercer seu papel de trabalhador (KNAUTH et al., 2012).

O enfermeiro possui o papel de planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas com os homens, destacando as ações de promoção à saúde, como palestra, oficinas, sendo capaz de articular os conhecimentos técnico-científicos de acordo com as necessidades evidenciadas na realidade sociopolítica e cultural em que a comunidade se encontra inserida, exercendo o papel de agente de mobilização e transformação (SANTANA et al., 2011).

O enfermeiro é o profissional que atua na educação em saúde, possuindo um papel importante, por meio de ações educativas, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a se cuidar, atuando junto à comunidade, visto que, além da atenção individualizada nos momentos de acolhimento e das consultas, práticas assistenciais, também participa das visitas domiciliares e dos grupos de educação em saúde, atuando de forma significativa para que o homem possa buscar sempre o serviço de saúde e não somente quando está doente (RAMALHO et al., 2014).

Os enfermeiros devem dispor para a população masculina cuidados na sua integralidade, trabalhando com a prevenção e orientando através do acolhimento, visto que na atenção primária é possível resolver quando chega de forma precoce, através de uma atuação integral à saúde do homem, abrangendo todas as áreas de saúde, tanto primária, secundária e terciária. Diversas são as barreiras existentes em relação a não procura dos serviços pela população masculina, visto que os homens julgam-se imunes às doenças e só procuram o serviço quando realmente estão necessitando (SIQUEIRA et al., 2014).

A Unidade Básica de Saúde é o melhor local para educar e estimular a comunidade masculina a adotar hábitos preventivos. A prevenção é veiculada a uma ação orientada na busca da melhor qualidade de vida. Desta forma para a prevenção e promoção da saúde da população masculina é necessário o envolvimento com informações importantes, buscando a incorporação de hábitos preventivos (SILVA et al., 2013).



Neste contexto é notável que o homem possui o medo de ir ao médico e descobrir que está doente, pois tem receio da fragilidade e sendo o provedor do sustento do lar não deixa seu trabalho para ir a busca de uma unidade de saúde, o que pode ocasionar diversos agravos em sua saúde que poderiam ser evitados ainda na atenção primária (NASCIMENTO et al., 2014).

É fundamental que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço. Dessa forma, o enfermeiro, como educador, necessita de uma visão crítica e inovadora para aplicar da melhor forma os conhecimentos adquiridos de acordo com as necessidades da comunidade, realizar atividades que possam atrair a população masculina e desenvolver uma atitude de cuidado voltada para as práticas preventivas (RAMALHO et al., 2014).

A ação de enfermagem na saúde do homem está a necessidades de sensibilizar os homens para a importância das medidas de prevenção e manutenção da saúde para que possam mudar hábitos de vida desfavoráveis. É necessário promover a acessibilidade na atenção primária e educá-los para, então, valorizarem essas ações e evitem comportamentos de riscos à saúde (SIQUEIRA et al., 2014).

A visão dos profissionais, no tocante à motivação e ao tipo de busca de assistência à saúde por parte dos usuários, revela e reforça expressões que opõe o masculino ao feminino. Os profissionais de saúde tendem a associar a adoção de práticas curativas aos homens e adoção de práticas preventivas às mulheres. A atribuição do modelo de cuidado a homens e mulheres concretos reforça a compreensão de que o homem só chega ao serviço quando com intercorrências graves ou quando se vê impossibilitado de exercer seu papel de trabalhador (KNAUTH et al., 2012).

As estratégias para causar interesse no homem para buscar a prevenção de saúde devem enfatizar não só o convite, mas também a conquista, destaca-se, logo de início, a dimensão das trocas, com oferta de estímulos materiais, conquistando os homens para o cuidado, de modo que se devem criar condições para recebê-lo, ser convidado para esses espaços é poder ser conquistado por meio de bens de cuidado que incluem símbolos promotores de vínculo: olhares, palavras, uma melhora para seu estado de saúde, a alegria do encontro, que essa troca promova uma compatibilidade com o máximo de valores recebidos por esse indivíduo (FERREIRA, 2013).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às barreiras que impedem o acesso dos homens nas unidades de saúde, o horário de funcionamento é o maior obstáculo, o qual deve ser adequado com a finalidade de diminuir esse problema de adesão por parte dos homens quanto às atividades rotineiras na Atenção Primária de Saúde.

A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, deve desenvolver os mecanismos capazes de realizar a mudança quanto a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde, fortalecendo o olhar integral e holístico do enfermeiro, além do compromisso de atender com qualidade e eficiência a população masculina em qualquer momento de sua chegada na instituição de saúde.

Inúmeras dificuldades encontradas pelo homem no serviço de saúde faz com que não seja respeitado o direito de atendimento que os homens possuem mediante as políticas públicas, pois o que se encontra é a precariedade da rede o que acarreta na dificuldade de acessibilidade desta população. Neste processo o enfermeiro tem a missão de proporcionar um atendimento humanizado e acolhedor capaz de suprir os anseios e necessidades dos homens.

Desta forma, a enfermagem através do profissional enfermeiro é fundamental nas ações de saúde do homem atuando com estratégias necessárias para a inserção efetiva nos serviços de saúde. É importante aplicar os recursos e estratégias disponíveis na política para efetivar a co-responsabilização e autoconsciência da promoção e prevenção que cada homem em sua particularidade precisa, independente dos fatores culturais, sociais, econômicos e históricos do gênero masculino.

## 5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. S; SANTANA, D. C; SANTANA, P. C. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **R Enferm Cent O Min**, v. 5, n. 3, p. 1844-1854, 2015.

ALBUQUERQUE, G. A; LEITE, M. F; BELÉM, J. M; NUNES, J. F. C; OLIVEIRA, M. A; ADAMI, F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014.

- FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1833–1847, 2013.
- GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.
- JULIÃO, G. G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **R. Enferm**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.
- KNAUTH, D. R; COUTO, M. T; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.
- MOREIRA, R. L. S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.
- MOURA, E. C et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.
- NASCIMENTO, L. V; MACHADO, W. D; GOMES, D. F; VASCONCELOS, M. I. O. Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção Integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 95-114, 2014.
- PEREIRA, L. P; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.
- RAMALHO, M. N. A et al. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 4, p. 642-649, 2014.
- SANTANA, E. N et. al. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Rev Min Enferm**, v. 15, n. 3, p. 324-332, 2011.
- SEPARAVICH, M. A; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.
- SILVA, B. T. O et al. Promoção e prevenção da saúde do homem. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 1, p. 95-101, 2013.
- SIQUEIRA, E. L; OLIVEIRA, G. R; MENDES, J. D. Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **S ANARE**, v.13, n.1, p. 48-55, 2014.
- VIEIRA, L. C. S; FIGUEIREDO, M. L. F; SALES, R. L. U. B; LOPES, W. M. P. S; AVELINO, F. V. D. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 215-217, 2011.
- VIEIRA, K. L. D; GOMES, V. L. O; BORBA, M. R; COSTA, C. F. S. Atendimento da população masculina em unidade básica Saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

## SEGURANÇA E CUIDADOS DO PACIENTE PEDIÁTRICO NA PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Antonia Artemia Bezerra da Silva<sup>1</sup>, Brenda Pinheiro da Costa<sup>1</sup>, Francisca Magda de Sousa  
Pinto Silva Xavier<sup>1</sup>

1. Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

O núcleo de segurança e cuidado do paciente visa orientar o profissional enfermeiro nos procedimentos relacionados à admissão do paciente pediátrico. Nesse contexto, os cenários mais comumente encontrados estão relacionados à identificação do paciente, infecções e quedas, pois são as etapas primordiais para a inibição de riscos que comprometem a integridade do paciente pediátrico. Diante disso, o presente estudo buscou entender fatores e processos de segurança do paciente e cuidados do paciente pediátrico na percepção do profissional de enfermagem. Foi realizada uma revisão Integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados (PUBMED) Central e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Por meio da análise de 16 artigos foi possível identificar a importância da aplicação dos protocolos de segurança do paciente pediátrico, ressaltando sua relevância para a melhoria nas medidas preventivas envolvendo identificação do paciente, prevenção de quedas e infecções relacionados a higienização das mãos. É importante o profissional enfermeiro juntamente com sua equipe seguir todos os protocolos, para a maior segurabilidade do paciente pediátrico, evitando assim erros na identificação, quedas indesejadas e infecções cruzadas. É necessário novas investigações científicas futuras, abordando a temática segurança do paciente pediátrico.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Enfermagem Pediátrica e Criança Hospitalizada.

### ABSTRACT

The patient safety and care unit aims to guide the nurse professional in procedures related to the admission of pediatric patients. In this context, the most commonly found scenarios are related to patient identification, infections and falls, as they are the primary steps to inhibit risks that compromise the integrity of the pediatric patient. In view of this, the present study sought to understand factors and processes of patient safety and care of pediatric patients in the perception of the nursing professional. An Integrative literature review was carried out with a search for scientific articles available in the databases (PUBMED) Central and Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and International Literature in Health Sciences (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Through the analysis of 16 articles, it was possible to identify the importance of applying pediatric patient safety protocols, highlighting their relevance for the

improvement of preventive measures involving patient identification, prevention of falls and infections related to hand hygiene. It is important for the professional nurse together with his team to follow all the protocols, for the greater safety of the pediatric patient, thus avoiding errors in the identification, unwanted falls and cross infections. Further future scientific research is needed, addressing the topic of pediatric patient safety.

**Keywords:** Patient Safety, Pediatric Nursing e Hospitalized Child.

## 1. INTRODUÇÃO

O cuidado com a segurança do paciente vem desde os tempos remotos. Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o “Postulado Primum non nocere”, que significa – primeiro não cause o dano. O pai da Medicina tinha a noção, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, no século XIX, teceu a seguinte reflexão: "pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente": e estruturou um modelo de assistência, quando atuou na guerra da Criméia/Inglaterra, atenta na separação de soldados pelo tipo de doença, em melhorias do lugar onde se alojavam e no cuidado à higiene e conforto dos mesmos (GAITA; FONTANA, 2018).

Em 1999 o IOM publicou o relatório intitulado “Errar é Humano” (To err is human), que apontou a gravidade dos problemas de segurança envolvidos nos cuidados de saúde e colocou este tema segurança do paciente na pauta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das políticas de saúde de diversos países (ANVISA, 2017).

A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar (AVELINO et al., 2016).

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado (BRASIL, 2016).

Afim de promover a qualidade da assistência nas instituições de saúde brasileira, foi criado o programa nacional de segurança do paciente (PNSP) e instituído pela resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013. É destaque a implantação do núcleo

de segurança do paciente (NSP) em todas as instituições de assistência à saúde que visa estabelecer a cultura de segurança e a melhoria dos processos de cuidados nas instituições por meio do plano de segurança do paciente (PSP) (BOHOMOL, 2018).

Nesse contexto no estudo realizado por Bandeira et al. (2017), na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, relatando que “a enfermagem pediátrica vem sendo objeto de estudos sobre a segurança do paciente no contexto hospitalar no cenário nacional e internacional. As pesquisas têm investigado as seguintes circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adverso”. Diante disso, tais circunstâncias são representadas por condutas preventivas que incluem: a identificação correta do paciente, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, melhorar a segurança na prescrição no uso e na administração de medicamentos, assegurar cirurgia em local de intervenções procedimentos corretos, higienizar as mãos, para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

Entretanto, no contexto pediátrico, os cenários mais comumente encontrados estão relacionados à identificação do paciente, infecções e quedas, pois são as etapas primordiais para a inibição de riscos que comprometem a integridade do paciente pediátrico (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, surge as seguintes perguntas norteadoras: quais as contribuições do profissional enfermeiro, na assistência à segurança e cuidados ao paciente pediátrico? Quais as medidas adotadas pelo profissional enfermeiro para prevenção de quedas, infecções e identificação correta dos pacientes pediátricos?

O objetivo desse estudo é entender fatores e processos de segurança e cuidados do paciente pediátrico, na percepção do profissional de enfermagem, identificando quais medidas podem ser adotadas, que fatores influenciam no cuidado prestado ao paciente pediátrico.

Nessa perspectiva, justifica-se este estudo no intuito de aprimorar conhecimento científico, e prático sobre a segurança do paciente pediátrico e como o profissional de enfermagem está envolvido, prestando medidas preventivas, buscando minimizar as falhas que ocorrem no processo de hospitalização. O núcleo de segurança e cuidado do paciente visa orientar o profissional enfermeiro nos procedimentos relacionados à admissão do paciente pediátrico. Neste processo, fatores como a identificação do paciente, e medidas associadas com infecções e quedas são relevantes na tomada de decisões do profissional de enfermagem. A escassa literatura sobre o tema influencia na conduta e na postura do profissional.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseado em uma temática específica, objetivando investigar, avaliar e resumir os resultados de estudos sobre determinado assunto, sendo executado em seis etapas:

Primeira etapa: Identificação e elaboração do tema e da questão de pesquisa. O estudo presente é de natureza qualitativa de caráter exploratório, tendo as seguintes questões norteadoras: quais as contribuições do profissional enfermeiro, na assistência à segurança e cuidados ao paciente pediátrico? Quais as medidas adotadas pelo profissional enfermeiro para prevenção de quedas, infecções e identificação correta do paciente pediátrico?

Segunda etapa: Busca a amostragem na literatura. Para essa pesquisa, foram utilizadas literaturas científicas por meio de periódicos, artigos científicos, protocolos e bases de dados eletrônicos: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latina Americana em Ciência da Saúde (Lilacs), (MedLine) - Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Pubmed Central, bem como em sites de órgãos especializados, como Ministério da Saúde. Os descritores utilizados nesta pesquisa foram: “segurança do paciente”, “hospitais pediátricos”, “criança hospitalizada”, “enfermagem pediátrica”, todos retirados do DeCs – Descritores em Ciências da Saúde. Em relação aos critérios de inclusão, foram utilizados: artigos publicados no período entre 2016 e 2019, artigos nos idiomas português e inglês, artigos com temas de pacientes na faixa etária entre 0 a 14 anos. Os critérios de exclusão incluíram: artigos publicados previamente ao período de 2016, artigos de outros idiomas que não sejam em inglês e português, trabalhos acadêmicos (teses, dissertações e monografias), que não condizem com o tema de estudo.

Terceira etapa: Coleta dos dados. Nessa etapa, para retirar as informações dos estudos inclusos, foi executada a documentação de pesquisa bibliográfica, as quais foram resumidos e reunidas todos os artigos sobre o tema proposto, destacando os autores, objetivos, metodologias e resultados obtidos em cada estudo.

Quarta etapa: Avaliação dos dados obtidos: Os artigos selecionados para a pesquisa foram lidos, analisados e revisados de forma crítica, visando a finalidade da pesquisa.

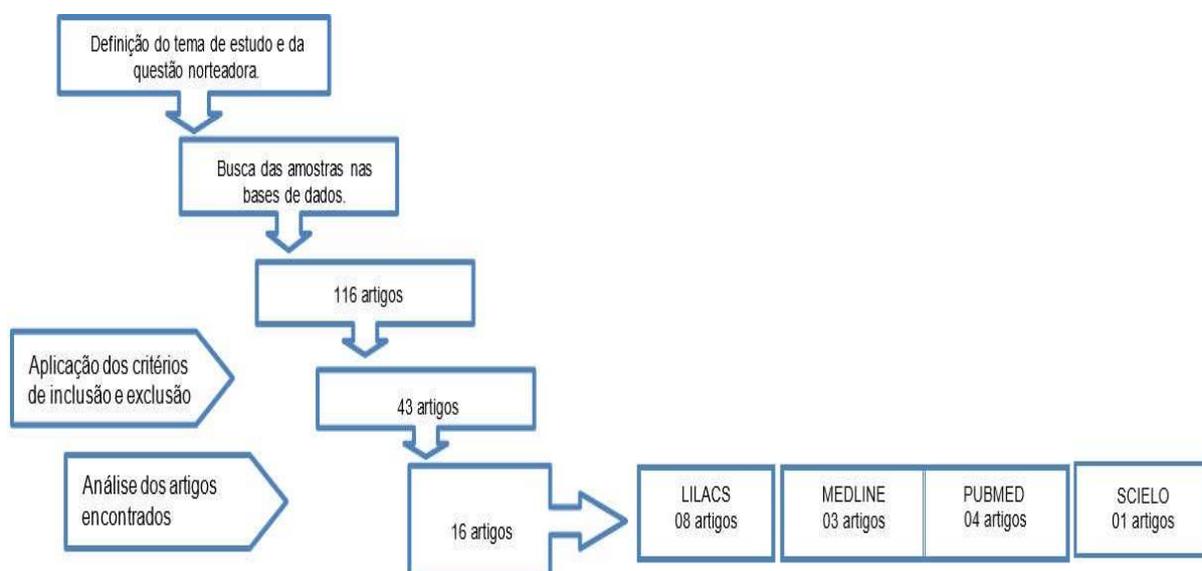
Quinta etapa: Interpretação dos resultados: os resultados foram interpretados e

apanhados, comparando diferentes conhecimentos teóricos e implicações dos dados, resultantes da revisão.

Sexta etapa: Apresentação da Revisão: Serão apresentados e divulgados os resultados da investigação realizada.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pesquisas nas bases de dados resultaram em 116 artigos encontrados. Entretanto, foram identificados um total de 43 artigos nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências (LILACS), Biblioteca de Saúde Virtual (BVS), Descritores em Ciência da Saúde (DECS) no período de Março de 2019 a junho de 2019, sendo que após a leitura, revisão e aplicação dos critérios de seleção, foram selecionados 16 artigos como amostra final da revisão, conforme evidenciado na figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa.

Ao realizar uma análise geral do presente estudo, nota-se um índice elevado de artigo científico, na base de dado LILACS, evidenciando sua importância para publicações, no que diz respeito ao tema abordado, em vista que, a maioria das publicações feitas, foram encontradas em revista de enfermagem, demonstrando a



importância da temática, mas sendo de extrema escassez o estudo no campo científico. Quando se faz a análise dos estudos, segundo o escopo metodológico observa-se que a maioria são de estudo descritivo, qualitativo mostrando o quanto a enfermagem busca resultados.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Abordagem do método e Ano.

Revista	Título	Autor(es)	Objetivo	Abordagem do Método	Ano
J Nurs Care Qual.	Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety.	Brooks Carthon JM, Hatfield L, Plover C, Dierkes A, Davis L, Hedgeland T, Sanders AM, Visco F, Holland S, Ballinghoff J, De Guidice M, Aiken LH.	Analisar a relação entre o nível de engajamento, e as avaliações de segurança dos doentes entre os enfermeiros que trabalham em ambientes hospitalares.	Quantitativa	2019
J of Healthcare Risk Mgmt	Where should patient safety be installed?	Sine, D.M.; Paull, D.	Abordar acerca da segurança do paciente em diversos ambientes na questão estrutural.	Qualitativo	2017
MedEdPortal	An Inpatient Patient Safety Curriculum for Pediatric Residents.	Szymusiak, J., Fox, M.D., Polak, C., Jeong, K., Rubio, D., Dewar, S. Urbach, A., Gonzaga, A.M.	Criar um currículo a segurança do paciente padronizado focada no ambiente hospitalar para residentes em pediatria	Quantitativo	2018
Revista de enfermagem UFPE	Avaliação da qualidade e segurança da assistência de enfermagem a criança hospitalizada: Percepção do acompanhante	Lima, J. C. D., Silva, A. E. B. D. C., Sousa, M. R. G. D., Freitas, J. S. D., & Bezerra, A. L.	Conhecer opinião do acompanhante da criança hospitalizada quanto a qualidade e segurança da assistência de enfermagem.	Transversal	2017
Revista Mineira de Enfermagem	Condutas de educação ao Familiar para Promoção da segurança da criança hospitalizada: registros da equipe multiprofissional.	Bandeira, L. E., Wegner, W., Gerhardt, L. M., Pasin, S. S., Pedro, E. N. R., & Kantorski, K. J. C.	Analisar os registros da equipe multiprofissional sobre condutas de educação do familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada.	Descritivo	2017

Revista Enfermagem em foco	Segurança do paciente na visão da enfermagem: uma questão multiprofissional.	De Araujo, M. A. N., Lunardi Filho, W. D., da Silveira, R. S., Souza, J. C., Barlem, E. L. D., & da Silva Teixeira, N.	Identificar como o enfermeiro percebe a segurança do paciente na instituição de saúde em que atua.	Transversal	2017
Revista Gaúcha de Enfermagem	Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica.	Wegner, W., Silva, M. U. M. D., Peres, M. D. A., Bandeira, L. E., Frantz, E., Botene, D. Z. D. A., & Predebon, C. M.	Descrever evidências na literatura internacional para o cuidado seguro da criança hospitalizada após a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente Pediátrico.	Qualitativo	2017
Revista Cogitare Enfermagem	Segurança do Paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa	Silva, A. C. A., da Silva, J. F., Santos, L. R. O., Avelino, F. V. S. D., dos Santos, A. M. R., & Pereira, A. F. M.	Identificar as principais temáticas abordadas em ambiente hospitalar para a segurança do paciente	Quantitativo	2016
Revista Nursing	Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Hospital Universitário	Bohomol, E.; Macedo, R.S.; Teixeira, D.V.	Identificar a estrutura organizacional do Nucleo de Segurança do paciente de um hospital universitario de São Paulo.	Descritivo	2018
Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	A cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da enfermagem: Reflexão Teórica	Lemos, C.G; Azevedo, C; Bernardes, M.F.V.G; Ribeiro, H.C.T.C.	Refletir sobre o conceito de cultura de segurança e suas dimensões, no contexto da equipe de enfermagem.	Qualitativo	2018
Revista Brasileira de Enfermagem	Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada	Santos, P.M; Silva, L.F; Depiante, I.R.C; Cursino, E.R; Ribeiro, C.A.	Descrever a percepção da criança hospitalizada, idade escolar, acerca dos cuidados de enfermagem e compreender quais são, sob sua perspectiva, as melhores formas de abordá-las para realização desse cuidado.	Qualitativo	2016
Journal of Pediatric Nursing	Pediatric Fall Risk Assessment Tool Comparison and Validation Study	McNeely, H. L., Thomason, K. K., & Tong, S.	Comparação entre duas ferramentas de avaliação de risco de queda pediátrica (I'M SAFE e Humpty-Dumpty) usadas na mesma organização.	Qualitativo	2018

SANARE	Contribuição da enfermagem a segurança do paciente: Revisão Integrativa	Miranda, A.P.; Carvalho, A.K.O; Lopes, A.A.S;	Identificar e descrever o papel da equipe de enfermagem na contribuição a segurança do paciente.	Descritivo	2017
Revista Gaúcha de enfermagem	Percepção de Familiares e cuidadores quanto a segurança do Paciente em Unidade de internação pediátrica	Peres, M.A; Wegner, W; Gerhardt, L.M; Magalhaes, A.M.M. Cantarelli- Kantorski, K. J	Conhecer a percepção de familiares e cuidadores quanto a segurança do paciente em unidades de internação.	Descritivo	2018
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Pediatric nurse´s work process: a reality to be transformed	Leite, T.M.C; Vergílio, M.S.T.G; Silva, E.M.	Analisar o processo de trabalho do enfermeiro pediátrico, com foco na criança hospitalizada.	Exploratório	2017
Revista Cuidarte	Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas	Bernal, S.C.Z Oliveira, J.L.C Matsuda, L.M	Orientar os profissionais de saúde sobre as melhores práticas de higienização das mãos e prevenir a transmissão de microrganismos.	Descritivo	2017

Nos estudos realizados por Paull e Sine (2018), sobre os processos de falhas no trabalho hospitalar, descobriram que, em vez de melhorias no processo, as falhas provocavam soluções alternativas para os enfermeiros 93% do tempo. Além disso, relatar a falha a alguém que poderia fazer algo a respeito ocorreu apenas em 7% das vezes. A segurança do paciente coloca uma ênfase muito maior no sistema no qual os cuidados são prestados e menores no desempenho individual, e assim encoraja melhorias nos sistemas através da eliminação de perigos.

Em uma pesquisa realizada com residentes em pediatria da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, os profissionais de saúde sentem que a segurança é uma parte de seus trabalhos atuais e futuros, no entanto, eles não se sentem preparados para aplicar os princípios de segurança para suas futuras carreiras. Um dos fatores descritos foi que muitas publicações descrevem as noções básicas de segurança do paciente, mas não possuem qualquer conteúdo específico para pediatria, levando assim ao incentivo a pesquisas futuras sobre esta temática (DEWAR et al., 2018).

De acordo com um estudo realizado com enfermeiros de quatro estados dos Estados Unidos (Califórnia, Flórida, Nova Jersey e Pensilvânia), os enfermeiros, por

causa de sua proximidade com os pacientes, constituem o sistema de vigilância para identificação precoce de complicações clínicas e erros de comissão ou omissão. Nesse contexto, envolver a equipe de enfermagem nas iniciativas de segurança do paciente estão relacionados com a melhoria dos resultados dos pacientes, incluindo mortalidade mais baixa, menos quedas de pacientes, e menores taxas de infecção, uma vez que os mesmos têm conhecimento direto dos pacientes e muitas vezes são os primeiros a identificar deterioração clínica e mobilizar intervenções que salvam vidas (AIKEN et al., 2019).

Na enfermagem pediátrica, a implementação do núcleo de segurança do paciente torna-se essencial devido aos desafios encontrados pelos profissionais que atuam neste cenário. O cuidado e assistência prestada envolve não somente a criança hospitalizada, mas também o acompanhante, que está envolvido diretamente neste cuidado como mediador na tomada de decisões entre o enfermeiro e a criança (CANTARELLI-KANTORSKI, 2018).

Entretanto, no estudo realizado por Cursino et al. (2016), na enfermaria pediátrica de um hospital Universitário Federal localizado no Rio de Janeiro, no cenário da unidade pediátrica, os riscos enfrentados pela criança hospitalizada são maiores, ocorrendo desde a admissão até a alta, podendo acontecer falhas na identificação do paciente pediátrico, falta de comunicação entre o enfermeiro e o acompanhante, bem como a prevalência de riscos relacionados à quedas e infecções, que são maiores quando se trata da criança hospitalizada

Os cuidados voltados para a identificação do paciente, prevenção de quedas e infecções (higienização das mãos) são primordiais no ambiente pediátrico, devido à personalidade pró-ativa da criança, e à sua adequação a um ambiente desconhecido, ao qual despertam sua curiosidade, por conseguinte, não possui a devida percepção de tais riscos presentes. Mediante esta perspectiva a implantação de medidas preventivas tanto pela instituição quanto pelo acompanhamento familiar são necessários para um acolhimento apropriado (BRASIL, 2017).

Nesse contexto em uma pesquisa realizada por Brasil (2017), a identificação do paciente caracteriza-se como um protocolo, que tem como finalidade a identificação exata do cliente, assegurando para que não ocorra incidentes que possam lesionar o paciente, prestando o cuidado e segurança desde à admissão até a alta da pessoa hospitalizada

Do mesmo modo, no estudo realizado por Azevedo et al. (2018), na Universidade Federal de Minas Gerais, enfatiza que a identificação é um dos pilares essenciais para a promoção da segurança do paciente pediátrico. Em síntese, trata-se de um processo inicial que garante a segurança do paciente.

De acordo, com estudos realizado por Brasil (2017), para uma oferta de identificação adequada ao paciente, são utilizadas estratégias como: pulseira de identificação, placas de identificação nos leitos, espaço físico adequado, adaptado pela instituição a qual está prestando o atendimento.

Entretanto, a identificação do paciente é uma temática com pouca atenção, tanto relacionado a investigações científicas quanto na rotina pediátrica. Nos estudos realizados por Avelino et al. (2016), na Universidade Federal do Piauí, buscando relacionar à “segurança do paciente”, com o tema “identificação do paciente” foi o menos mencionado nas bases de dados, quantificando 1,85% dos artigos encontrados. Do mesmo modo, para Bandeira L. et al. (2017), ao realizar um levantamento envolvendo prontuários de pacientes pediátricos no Hospital no Sul do Brasil, as orientações sobre identificação do paciente foram as menos reforçadas (7,1%) durante o processo de internação. Resumindo, como citado pelos autores anteriormente, buscas e orientações relacionados à identificação do paciente são abordados com pouca relevância.

As falhas na identificação do paciente pediátrico são, muitas vezes, de cunho institucional. Um exemplo é o preenchimento incorreto das placas de identificação, bem como a atualização e troca de tais placas. Entretanto, algumas ações adotadas pelo acompanhante e pelo próprio paciente podem influenciar diretamente na incorreta identificação da criança, como por exemplo modificações nas placas de identificação, a retirada da pulseira, dentre outros. Tais ocorrências podem acarretar em outros problemas, como erros na administração de medicação e na troca de procedimentos em pacientes com nomes semelhantes (CANTARELLI-KANTORSKI, 2018).

Como conceitua Bruno et al. (2016), define-se queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, resultando ou não em dano”. Essas lesões podem ocasionar limitações e incapacidades temporárias ou permanentes. Quedas representam uma das ocorrências mais comuns na pediatria, devido ao paciente pediátrico não ter conhecimento dos riscos, por se tratar de um ambiente desconhecido, característicos desta faixa etária.

Tendo conhecimento de todos esses fatores, cabe à instituição, bem como a

equipe multiprofissional, buscar conhecimento para eliminar ou amenizar tais riscos. Diante do exposto, são necessárias a adoção de medidas preventivas para a redução de incidência de quedas, bem como incluir os acompanhantes, dando orientação e assistência necessária para a redução de quedas. (GERHARDT et al., 2018).

De acordo com Bruno et al. (2016), alguns dos fatores que predis põem a ocorrência de quedas são: estado mental (confusão, desorientação, deficiência cognitiva); mobilidade (desequilíbrio ou deficiência motora); uso de medicamentos (reações adversas a medicações); histórico de quedas; infraestrutura inadequada.

De acordo com o protocolo de Brasil (2017), tais fatores incluem medidas preventivas para a correta avaliação do grau de risco. Atualmente, é utilizada a escala de quedas de Morse, para avaliar o paciente com risco de quedas. Entretanto, essa escala é utilizada para a avaliação de pacientes adultos, não sendo totalmente eficaz na avaliação de pacientes pediátricos. A avaliação de risco de quedas em pacientes pediátricos envolve uma série de fatores tais como: idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, cirurgia e medicações.

No entanto, existe uma escala adaptada para a avaliação de pacientes pediátricos, a escala de quedas Humpty-Dumpty. Como caracteriza Thomason et al. (2018), no estudo realizado no Hospital Infantil Colorado, Campus Anschutz, Estados Unidos, a escala Humpty-Dumpty tem sido utilizada na prática pediátrica como um instrumento de avaliação de risco mais detalhado. Tal ferramenta consiste em uma tabela de pontuações, na qual cada fator de risco relacionado à idade, diagnóstico, medicações, dentre outros, corresponde a uma determinada pontuação. Ao fim, são somados os pontos e verificado o grau de risco na qual o paciente encontra-se exposto.

Para Bruno et al. (2016), existe medidas para se prevenir quedas, no ambiente hospitalar, tais intervenções e orientações são mencionadas no quadro abaixo:

O termo “higienização das mãos” refere-se ao ato de higienizar as mãos para a prevenção de transmissão de microrganismos. A técnica de higienização pode ser executada de três formas: higienização simples, higienização antisséptica e higienização antisséptica com solução alcóolica. Os momentos para a prática da higienização das mãos ocorrem: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos, após a exposição de fluidos corporais, após o contato com o paciente, e após o contato com áreas próximas ao paciente (BRASIL, 2017).

Fatores	Crítérios	Pontuação
Idade	Menos de 3 anos	3
	Entre 3 e 6 anos	2
	Entre 7 e 12 anos	1
Gênero	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda anterior	4
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama, com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes diuréticos ou narcóticos.	3
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes diuréticos ou narcóticos	2
	Faz uso de outros medicamentos ou não usa.	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1
Total		

Figura 2. Escala de Humpty-Dumpty, adaptada para pediatria.

## Quadro 2. Cuidados preventivos encontrados no protocolo para quedas de pacientes pediátricos.

Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Quedas	
Cuidados	Orientações
Relacionados ao ambiente	Acomodar as crianças com risco elevado para queda mais próximos do posto de enfermagem;
	Manter a unidade do cliente limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários.
	Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre;
Relacionados à mobilidade	Orientar a criança a levantar devagar, sentar no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, para depois sair da cama
	Auxiliar a criança com risco para queda durante a deambulação, quando indicado; oferecer suporte de soro com rodas;
Relacionados à mobilidade	Checar o bom funcionamento/integridade da maca, cadeira de rodas ou do outro meio de locomoção, antes de transportar o cliente;
	Transportar a criança na cadeira de rodas com cinto de segurança e na maca com as grades elevadas;
Relacionados à higiene e ao conforto	Orientar a criança (quando possível) a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
	Acomodar a criança com necessidades especiais, no que se referem às eliminações, próximos ao banheiro;
	Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas a criança com risco elevado para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;
Relacionados ao repouso	Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas;
	Manter as laterais do berço aquecido travadas;
	Acomodar crianças com idade $\leq$ 36 meses em berços com as grades elevadas na altura máxima
	Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com a criança no colo.

A atenção dos profissionais para a prática da higienização das mãos é preocupante, uma vez que ela é essencial para a quebra de cadeias de transmissão de infecções. Todavia, a baixa adesão dos profissionais da saúde a esta prática de higienização das mãos de forma corriqueira, não adotando as técnicas corretas, contribui para o aumento do risco de infecções nas unidades hospitalares, prolongando assim o tempo de internação do paciente. No entanto, como o paciente pediátrico é mais propício a contrair infecções, torna-se esta prática de suma importância no ambiente hospitalar pediátrico (BERNAL et al., 2017).

Como descrito por Brasil (2017), técnica de higiene simples das mãos envolve os passos a seguir:

**Quadro 3.** Técnica de higienização simples conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Passo a passo para a execução da técnica de higienização simples	
Passo 01	Molhe as mãos com água;
Passo 02	Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
Passo 03	Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
Passo 04	Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
Passo 05	Entrelace os dedos e fricçãoe os espaços interdigitais;
Passo 06	Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos,
Passo 07	Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
Passo 08	Fricçãoe as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
Passo 09	enxague bem as mãos com água;
Passo 10	Seque as mãos com papel toalha descartável;
Passo 11	No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha;
Passo 12	Agora as suas mãos estão seguras.

Mediante o exposto, os protocolos e artigos mencionados anteriormente relacionados com a identificação do paciente, prevenção de quedas e infecções (higienização das mãos), são importantes, pois as incidências mais comuns estão relacionadas a falhas nesses três protocolos, bem como a limitada orientação de



medidas preventivas. Além disso, a escassa literatura sobre este tema torna-se um desafio, pois não há investigações científica suficiente sobre tal assunto, levando os profissionais enfermeiros a não buscarem melhores abordagens preventivas para a segurança do paciente. Nesse contexto, a abordagem de tais protocolos direciona positivamente o profissional enfermeiro na tomada de decisões e na realização de procedimentos, essenciais para uma prática segura no ambiente hospitalar pediátrico. (BRASIL, 2017).

## 4. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que esta temática no campo científico foi pouco mencionado ou até mesmo publicações de artigos científicos os quais são poucos encontrados, relatando que, muitos profissionais são relutantes em prestar cuidados corretos para paciente pediátricos, muitas das vezes tornando-se automatizados, e não cumprindo de forma correta o que é preconizado pelos protocolos, ocasionando insegurança do paciente pediátrico e acompanhante, colocando em situações de periculosidade, quais são frequentes em unidades hospitalares pediátricas. É importante o profissional enfermeiro juntamente com sua equipe, reconhecer que a segurança do paciente deve ser uma meta de todos os membros da equipe, buscando seguir todos os protocolos, para a maior segurabilidade do paciente pediátrico, evitando assim erros na identificação, quedas indesejadas e infecções cruzadas.

Diante disso é um dos responsáveis para proporcionar segurança para o cliente, explicando e sanando todas suas dúvidas, desde a admissão e identificação correta ao acompanhamento seguro durante a internação do paciente, com as medidas cabíveis como demanda o protocolo de quedas, e orientando e alertando sempre o acompanhante e a equipe de enfermagem para o cuidado seguro e que não haja contratempos ou quedas indesejadas, aumentando assim seu tempo de internação. Assim também a correta lavagem das mãos da equipe enfermagem, do acompanhante e do próprio paciente, evitando infecções cruzadas.

Observou-se que muitos fatores interferem no cuidado ao paciente pediátrico, como a ausência de uma boa comunicação entre os familiares e o enfermeiro, pois as orientações dos cuidados de enfermagem também tem que ser seguida pelos mesmos, para que não haja erros ou riscos que venham influenciar em uma identificação não

segura, o aumento de quedas e a transmissão de infecções.

Portanto, é necessário que seja realizado estudos abordando a temática segurança do paciente pediátrico, pois a mesma tem grande influência, na assistência realizada pelo o enfermeiro na unidade hospitalar.

Sugere-se a realização de estudos com estratégias de sensibilização para a cultura da segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem, também é oportuna a realização de estudos que investiguem o processo de conhecimento dos profissionais sobre a segurança do paciente pediátrico. Os estudos realizados sobre segurança à clientela pediátrica são praticamente inexistentes, as crianças merecem e precisam de estudos voltados para essa temática.

## 5. REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H.; BALLINGHOFF, J.; BROOKS CARTHON, J.M.; DAVIS, L.; DEL GUIDICE, M.; DIERKES A.; et al. Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety. **J Nurs Care Qual**, v. 34, n. 1, p. 40-46, 2019.

ARAUJO, M.A.N.; BARLEM, E. L. D.; LUNARDI FILHO, W. D.; SILVEIRA, R. S.; SOUZA, J. C.; TEIXEIRA, N.S. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Rev Enf em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

AVELINO, F.V.D.S.; PEREIRA, A.F.M.; SANTOS, A.M.R.; SANTOS, L.R.O.; SILVA, A.C.A.; SILVA, J.F. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. **Rev Cogitare Enf**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016.

AZEVEDO, C.; BERNARDES, M. F. V. G.; LEMOS, G.C.; MATA, L. R. F.; MENEZES, A. C.; RIBEIRO, H. C. T. C. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **RECOM**, v. 8, p. e2600, 2018.

BANDEIRA, L. E.; GERHARDT, L. M.; KANTORSKI, K. J. C.; PASIN, S. S.; PEDRO, E. N. R.; WEGNER, W. Condutas de educação ao familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada: registros da equipe multiprofissional. **REME**, v. 21, p. e1009, 2017.

BANDEIRA, L.E.; BOTENE, D.Z.A; FRANTZ, E.; PERES, M.A.; PREDEBON, C.M.; SILVA, M.U.M.; et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 38, n. 1, p. e68020 2017.

BERNAL, S. C. Z., OLIVEIRA, J. L. C. D., & MATSUDA, L. M. SOUZA, V. S. D., RAIMONDI, D. C. Higienização das mãos: Adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. **Rev Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1839-1848, 2017.

BEZERRA, A.L.Q.; FREITAS, J.S.D.; LIMA, J. C. D., SILVA, A. E. B. D. C.; SOUSA, M. R. G. D. Avaliação da qualidade e segurança da assistência de enfermagem à criança

hospitalizada: percepção do acompanhante. **Rev Enferm UFPE**, v. 11, n. supl. 11, p. 4700-4708, 2017.

BOHOMOL, E.; MACEDO, R. S.; TEIXEIRA, D. Va. Implantação do Núcleo de segurança do Paciente em Hospital Universitário. **Rev Nursing**, v. 21, n. 246, p. 2431-2434, 2018.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos básicos de segurança do paciente /Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 10/05/2019.

BRUNO, M.L.M.; COSTA, R.R.; FERNANDES, C.N.N.C.; LOPES, C.M.O.; SOARES, C.H.S.; SOUZA, S.S.S. **Protocolo de prevenção de quedas em crianças**. Hospital Universitário Walter Cantídio – Universidade Federal do Ceará, 2016.

CANTARELLI-KANTORSKI, K. J.; GERHARDT, L. M.; MAGALHÃES, A. M. M.; PERES, M. D. A., WEGNER, W. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 39, p. e2017-0195, 2018.

CARVALHO, A.K.O.; CARVALHO, H.E.F.; CARVALHO, P.M.G.; LOPES, A.A.S.; MIRANDA, A.P.; OLIVEIRA, V.R.C. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. **SANARE**, v. 16, n. 1, p. 109-117, 2017.

CURSINO, E.G.; DEPIANTI, J. R.B.; RIBEIRO, C. A.; SANTOS, P.M.; SILVA, L.F. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev Brasileira de Enferm**, v. 69, n. 4, p. 646-653, 2016.

DEWAR, S.; FOX, M.D.; GONZAGA, A.M.; JEONG, K.; POLAK, C.; RUBIO, D.; et al. An Inpatient Patient Safety Curriculum for Pediatric Residents. **MedEdPORTAL**, v. 14, p. e10705, 2018.

GAITA, M. C.; FONTANA, R. T. Percepções e saberes sobre a segurança do Paciente Pediátrico. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. e20170223, 2018.

LEITE, T.M.C; SILVA, E.M.; VERGÍLIO, M.S.T.G. Pediatric nurse's work process: a reality to be transformed. **Rev Rene**, v. 18, n. 1, p. 26-34, 2017.

PAULL, D.; SINE, D.M. Where should patient safety be installed? **J of Healthcare Risk Mgmt**, v. 37, p. 14-17, 2018.

THOMASON, KAREN K.; MCNEELY, HEIDI L.; TONG, SUHONG. Pediatric fall risk assessment tool comparison and validation study. **J of Ped Nursing**, v. 41, p. 96- 103, 2018.

## AUTOMEDICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMAZONAS

Raiany Nascimento de Almeida<sup>1</sup>, Silvana Nunes Figueiredo<sup>1</sup>, Israel Ananias de  
Lemos<sup>1</sup>

1. Universidade Paulista (UNIP), Campus Manaus, Amazonas, Brasil;

### RESUMO

**Introdução:** Com o fenômeno da automedicação busca-se a obtenção de alívio de sintomas de determinadas doenças, mas com a sua banalização, a facilidade de acesso em drogarias fazem com que essa prática seja elevada. Embora os trabalhadores de instituições de saúde estejam cientes sobre os efeitos farmacológicos e os riscos que a automedicação traz consigo, os mesmos ignoram estes fatos e acabam assumindo esta prática, levando em conta a segurança por trabalharem em ambiente hospitalar. **Objetivo:** Investigar o hábito da automedicação dos trabalhadores de enfermagem atuante no ambiente hospitalar de uma Unidade de Saúde. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória. Realizada em uma Unidade de Saúde de baixa complexidade, no qual a amostra do estudo foi constituída por enfermeiras (os), técnicas (os) ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Coleta de dados realizada através de questionário, composto por dados sociodemográficos, ocupacionais e questões referentes à automedicação. **Resultados:** Na análise envolvendo todos os profissionais que fazem uso de medicamentos sem prescrição médica, destacou-se que dos profissionais que praticam a automedicação 50% são Agentes de Saúde, 30% são técnicos em enfermagem e 20% são enfermeiros, no qual 100% deles conhecem o risco relacionado a automedicação e 80% fazem uso de medicamentos por indicação própria. **Conclusão:** O estudo realizado demonstra que a maior parte dos profissionais de enfermagem faz uso de fármacos no seu cotidiano sem prescrição médica. Vista disso, o conjunto de elementos investigados permite afirmar que a prática da automedicação entre os profissionais de enfermagem da unidade de saúde no Amazonas, é comum. Espera-se que estes resultados sirvam de alerta para a criação de intervenções no ambiente de trabalho com o objetivo de orientar e auxiliar sobre a problemática, em prol do autocuidado dos profissionais.

**Palavras-Chave:** Automedicação, Profissionais e Enfermagem.

### ABSTRACT

**Introduction:** With the problem of self-medication, we seek to alleviate the symptom of certain diseases, but with its banalization, the ease of access in drugstores, which makes it greater. What health professionals are talking about the pharmacological factors and risks that self-

medication brings with them, they ignore the facts and end up taking this practice, taking safety into account by working in a hospital setting. Objective: Investigate the habit of self-medication of nursing workers in the hospital environment of a Health Unit. Methodology: This was an exploratory qualitative research. The health care system is not a health care facility, but it is not a health care facility. Data collection through a questionnaire, composed of sociodemographic, occupational data and keys to self-medication. Results: In the analysis of all the professionals who make use of non-prescription medicines, care professionals with 50% practice are Health Agents, 30% are nurses and 20% are ill, unskilled 100% they know the related risk self-medication and 80% use medication at their own time. Conclusion: The study carried out is the majority of health professionals make use of drugs in their daily lives without a prescription. In comparison, the dataset investigated allows the practice of self-medication among the nursing professionals of the health unit in Amazonas, is common. It is hoped that the present looks like an alert for the creation of an organization without work environment with the aim of guiding and assisting on a problem, in favor of self-care professionals.

**Keywords:** Automation, Professionals and Nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização já haviam povos que faziam uso de ervas com a crença da cura de enfermidades (SILVA et al., 2015). No qual o consumo de fármacos tornou-se uma prática humana, universal e milenar. Sendo que desde a década dos anos 60, a alta frequência de consumo medicamentoso passou a ser uma preocupação mundial. (ABRAHÃO et al., 2013).

Os medicamentos são substâncias que agem em benefício da saúde das pessoas, aliviam sintomas, recuperam a saúde, diminuem o risco de doenças crônicas, auxiliando no diagnóstico e na prevenção de disfunções (ASCARI et al., 2014). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) considera que os medicamentos necessitam serem produzidos com controle técnico sistemático, para acatar os parâmetros determinados (TOMASINI et al., 2015).

A Declaração de Direitos do Paciente da World Medical Association (WMA) define que: “Todas as pessoas têm o direito a educação em saúde pessoal e serviços de saúde. Sendo que a educação deve incluir esclarecimento de estilo de vida saudável e identificação de patologias” (RODRIGUES, 2017).

Bittar e Gontijo (2015) destacam que com o fenômeno da globalização houveram mudanças na forma da população viver, que afetam o estilo de vida e promovem adesão de hábitos prejudiciais à saúde, como a automedicação. Onde essa prática é descrita como o uso irracional de medicamentos para o benefício próprio, sem a devida prescrição ou

recomendação médica. Em tais circunstâncias, o indivíduo não procura ajuda médica para solucionar aquilo que julga ser um problema de saúde, recorrendo à orientação dos vizinhos, amigos ou familiares; consumindo antigos medicamentos que foram guardados; utilizando as suas prescrições ou de outras pessoas para comprar o mesmo fármaco, que em algum momento no passado foi efetivo (GALVAN et al., 2016).

Com a automedicação busca-se a obtenção de alívio de sintomas de determinadas doenças, mas com a facilidade de acesso em drogarias fazem com que essa prática seja banalizada e elevada (BITTAR; GONTIJO, 2015). O mercado farmacêutico movimenta-se com venda de medicamentos sob orientação e prescrição médica, porém, muitos fármacos não necessitam de receituário, sendo estes denominados de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPS), que podem ser consumidos pela população com ou sem a devida prescrição médica (SILVA et al., 2015).

Integra-se a essas questões, a divulgação de medicamentos isentos de prescrição na mídia, a farmácia caseira nas residências e a convicção de que os fármacos resolvem tudo, estabelecendo aspectos que induzem a prática da automedicação (ARRAIS et al., 2016).

Contudo, a Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição prioriza o uso responsável dos MIPS, sendo contra a prática da autoprescrição (SILVA et al., 2015). Fernandes e Cembranelli (2015), descrevem que a prática de automedicar-se é mais ativa com os MIPS, destacando que fatores como precariedade na saúde pública e baixa escolaridade, induzem a esta ação entre a população em geral.

Todavia, evidencia-se que a autoadministração de fármacos não decorre somente em classes desfavorecidas. Em classes sociais altas, onde se incluem pessoas com níveis de escolaridade mais elevadas, o uso de medicamento sem prescrição é uma prática comum, certamente por estes julgarem possuir entendimento suficiente para tal conduta (IURAS et al., 2016).

No que se relaciona aos futuros profissionais da área da saúde, espera-se que a utilização dos fármacos aconteça em menores quantidades e de forma ponderada, visto que são indivíduos que possuem conhecimentos fundamentais para não fazerem uso de medicamentos sem a devida orientação e prescrição do profissional qualificado. Entretanto, é diretamente essa a maior instrução que os encoraja ao uso de forma imprópria (FREITAS et al., 2017).

Nos estudos de Abrahão et al. (2013), as drogas mais utilizadas são os anti-histamínicos e as medicações para doenças do trato respiratório, seguindo o uso de

antibióticos, antifúngicos e antissépticos, levando em consideração que a classe dos antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios, também se encontram dentro desse grupo.

Dados relevantes levantados por Paim et al. (2016), constata-se que a taxa de fármacos utilizados é alta, podendo exceder a utilização de mais que três medicamentos por pessoa, sendo esta ação descrita mais comumente como interação medicamentosa. Domingues et al. (2017), constata-se que como resultado dessas interações a população está predisposta a relevantes impactos na saúde coletiva e individual, como: problemas hepáticos, renais e até cardiovasculares.

Observa-se que mesmo com o conhecimento sobre os possíveis efeitos adversos, a prática da automedicação está instalada no dia a dia da população, tendo como prerrogativa o bem estar das pessoas. Com a rotina da vida moderna, esta prática também está ligada com a solução imediata dos problemas. Considerando assim, que a saúde passou a ser um bem de consumo adquirido por meio das drogas farmacêuticas (GALVAN et al, 2016).

Nota-se também que a automedicação é um fenômeno crescente em todas as sociedades do mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% de fármacos são vendidos de forma inapropriada, sendo que 40% dos indivíduos não tem possibilidade de acesso aos medicamentos básicos e 50% de indivíduos que possuem doenças crônicas não ingerem os fármacos de forma correta (ABRAHÃO et al., 2013).

De acordo com estudos cerca de 80 milhões de brasileiros são adeptos a esta prática, onde 20 mil adeptos acabam indo a óbito ou são acometidos por efeitos adversos, devido ao excesso de administração de medicamentos sem prescrição médica (ALVES; MALAFAIA, 2014). Além disso, o país ocupa a quinta posição no consumo mundial de fármacos sem prescrição e o primeiro lugar na América Latina (PAIM et al., 2016).

Ascari et al. (2014), corroboram enfatizando que apesar do país possuir a Política Nacional de medicamentos, observou-se que a utilização de automedicação, fez com que houvesse um crescente aumento em casos de intoxicação no Brasil, segundo dados estatísticos. Dados publicados em 2016, pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas (SINITOX), descrevem que os medicamentos ocupam a primeira posição em casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância, sendo responsáveis por 36,6% dos casos registrados (SINITOX, 2016).

Segundo a avaliação de Domingues et al. (2015), a ação da automedicação está similarmente presente em um grupo específico de indivíduos como os profissionais de enfermagem ou estudantes de áreas afins. Portanto, o grau de formação e a área de atuação

do profissional influenciam a prática da autoadministração de medicamentos (PILGER et al., 2016)

Cabe ressaltar, que estudos desenvolvidos na Região Norte com discentes da área da saúde, destacam que cerca de 38,8% dos estudantes fazem uso de medicamentos sem prescrição médica, para o alívio significativo da dor (GAMA et al., 2017).

Ao que cabe aos profissionais de enfermagem do âmbito assistencial, fatores como sobrecarga de trabalho, ansiedade, riscos ergonômicos e psicossociais são descritos como motivos para solução de dores e sofrimentos, além disso, a facilidade de acesso aos medicamentos favorece a este hábito (GALVAN et al., 2016).

Embora os trabalhadores de instituições de saúde estejam cientes sobre os efeitos farmacológicos e os riscos que a automedicação traz consigo, os mesmos ignoram estes fatos e acabam assumindo esta prática, levando em conta a segurança por trabalharem em ambiente hospitalar (SOUZA et al., 2016).

Silva et al. (2015), referem que a automedicação entre o trabalhador da saúde, acaba por comprometer a responsabilidade consigo e com o outro: como o baixo rendimento na zona de trabalho; indicativos altos de faltas; não colaboração e trabalho em equipe; relação social e ocupacional desconfortante e profissional propenso a erro e a acidentes de trabalho. (SOUZA et al., 2016).

Vale ressaltar a importância da promoção à saúde, com a finalidade de orientar os profissionais quanto às consequências da autoadministração de medicamentos, sendo primordial a orientação médica quanto à ingestão de drogas farmacêuticas (PAIM et al., 2016)

Assim sendo: Quais os fatores que levam os trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Saúde a praticarem a automedicação?

O presente estudo teve como objetivo geral: Investigar o hábito da automedicação dos trabalhadores de enfermagem atuantes no ambiente hospitalar de uma Unidade de Saúde. Os objetivos específicos foram: Categorizar o profissional de enfermagem através dos dados sociodemográficos; Identificar qual a classe dos fármacos que são mais utilizados na prática habitual da automedicação dos trabalhadores de enfermagem; Verificar quais fatores induzem o profissional a fazer uso de medicamentos sem orientação médica.



## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória. O pesquisador teve como finalidade no estudo a investigação e categorização dos profissionais de enfermagem atuantes na assistência hospitalar e o consumo de medicamentos sem prescrição e orientação médica, analisando estas informações através da pesquisa que fora aplicada com os profissionais de saúde que assentiram responder o questionário. Propiciando ao pesquisador alçar os objetivos e elementos de interesse da pesquisa.

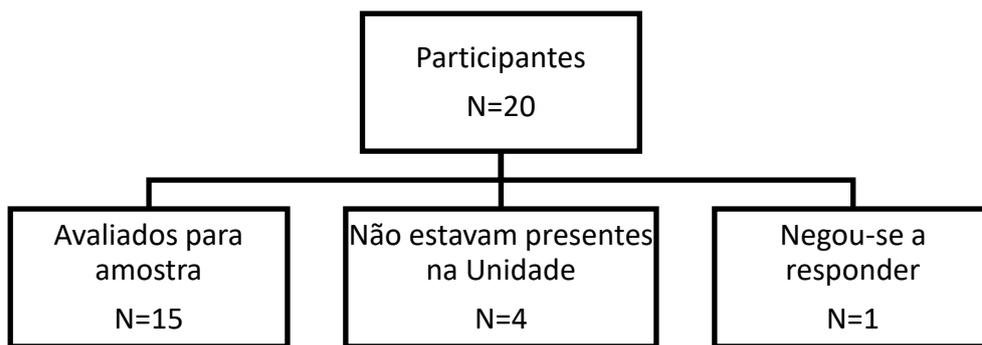
O estudo foi realizado após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), CAAE nº 91640918.3.0000.5512, de acordo com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP.

A pesquisa ocorreu na Unidade Básica de Saúde Vitória Paz, localizada no Cacau Pirêra distrito brasileiro pertencente ao município de Iranduba – Amazonas. Iranduba é localizado entre os rios Negro e Solimões, no qual o acesso ao município pode ser por via fluvial ou terrestre, ficando à 25 Km de distância da capital Manaus. Cujos no ano de 2018, teve população estimada em 47.571 habitantes. (IBGE, 2018)

A Unidade Básica de Saúde Vitória Paz é um serviço de baixa complexidade, possui funcionamento de 40 horas semanais, está destinada ao serviço de atenção primária para a população. Atendendo programas de saúde da mulher, saúde da criança, pré-natal, planejamento familiar entre outros.

A amostra do estudo foi constituída por profissionais atuantes dos setores de enfermagem, entre enfermeiras (os), técnicas (os) ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O universo do estudo por concordância fez-se integrado pelos profissionais que estiveram presentes no momento da coleta de dados e aceitaram a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo iniciou com 20 participantes, no qual para cada um fora distribuído 1 questionário. Onde foi regressado 15 questionários respondidos, fundamentando que 4 profissionais não se encontravam na Unidade e 1 profissional se negou a responder. Conforme figura 1, a seguir:



**Figura 1.** Fluxograma de participantes envolvidos no estudo. Iranduba - Am (2018)

A coleta de dados foi precedida por um primeiro contato com os participantes, onde lhes foi explicado o objetivo da pesquisa e o sigilo das informações contidas nas questões. Posteriormente houvera a aplicação do questionário individual (Apêndice 1) composto por perguntas fechadas. No qual, as perguntas iniciais foram referentes à dados sócio-demográficos e ocupacionais com as seguintes características: Idade, sexo, estado civil, se tem filhos, profissão. A segunda parte do questionário foi relacionada ao levantamento de aspectos da automedicação: Se faz uso de medicamentos sem receita médica; Se conhece os riscos relacionados à automedicação; Ambiente em que se mais utiliza medicação sem receita; Qual/quais medicamento(s) é/são utilizado(s) com maior frequência; Qual/quais fator(es) leva(m) a utilização desse(s) medicamento(s); Faz uso do(s) medicamento(s) por orientação de quem.

Onde o pesquisador comprometeu-se em preservar e manter sob sigilo as informações e dados obtidos dos sujeitos da pesquisa, conforme a Resolução 196/96, do Ministério de Saúde.

### 3. Resultados e discussão

#### 3.1 RESULTADOS

A tabela 1 está relacionada ao uso de medicamentos sem prescrição médica pelos profissionais de saúde, no qual 66,7% (n=10) dos sujeitos da pesquisa são praticantes da automedicação.

**Tabela 1.** Distribuição por quem faz uso de Medicamentos sem Prescrição Médica pelos profissionais. Iranduba (AM), 2018.

Variável	N	
<b>Faz uso de Medicamentos sem Prescrição Médica pelos Profissionais:</b>	SIM	10
	NÃO	5

Observa-se que a tabela 2 é relativa às variáveis sociodemográficas dos profissionais de enfermagem que praticam automedicação, onde 50% (n=5) possuem entre 31 a 40 anos. No qual 100% (n=10) são do sexo feminino, em relação ao estado civil 60% (n=6) são solteiros e 70% (n=7) dos profissionais de saúde possuem filhos.

**Tabela 2.** Distribuição dos profissionais, segundo o levantamento dos dados sociodemográficos em Iranduba (AM), 2018.

Variável		N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	10	100
	Maculino	0	0
<b>Faixa Etária</b>	20 a 30 anos	4	40
	31 a 40 anos	5	50
	41 a 50 anos	1	10
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	6	60
	Casado	4	40
<b>Filhos</b>	SIM	7	70
	NÃO	3	30

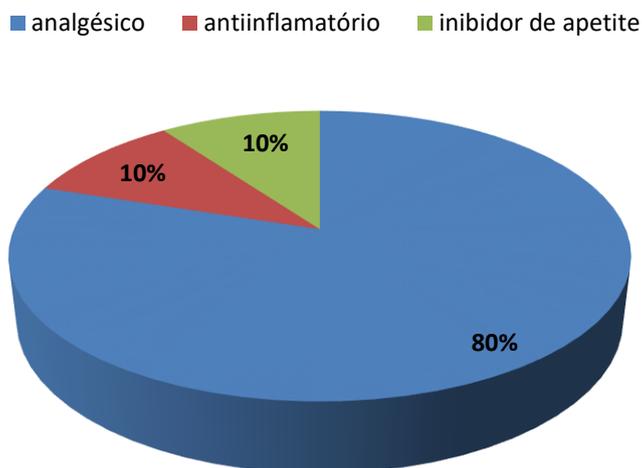
Na tabela 3, nota-se a distribuição dos profissionais de enfermagem, por ocupação na unidade de saúde, sendo 50% (n=5) Agentes Comunitários de Saúde, outros 30% (n=3) são Técnicos de Enfermagem e 20% (n=2) enfermeiras.

**Tabela 3 –** Distribuição dos profissionais, segundo dado ocupacional. Iranduba (AM), 2018.

Variável	N	
<b>Profissão</b>	Agente Comunitário de Saúde	5
	Técnico de Enfermagem	3
	Enfermeiro	2

Observa-se na figura 2, que 80% (n=8) dos profissionais que praticam a automedicação fazem uso de analgésico, outros 10% (n=1) utilizam inibidor de apetite e os demais 10%(n=1) recorrem ao uso de antiinflamatório.

### Amostra geral de utilização por classe farmacológica



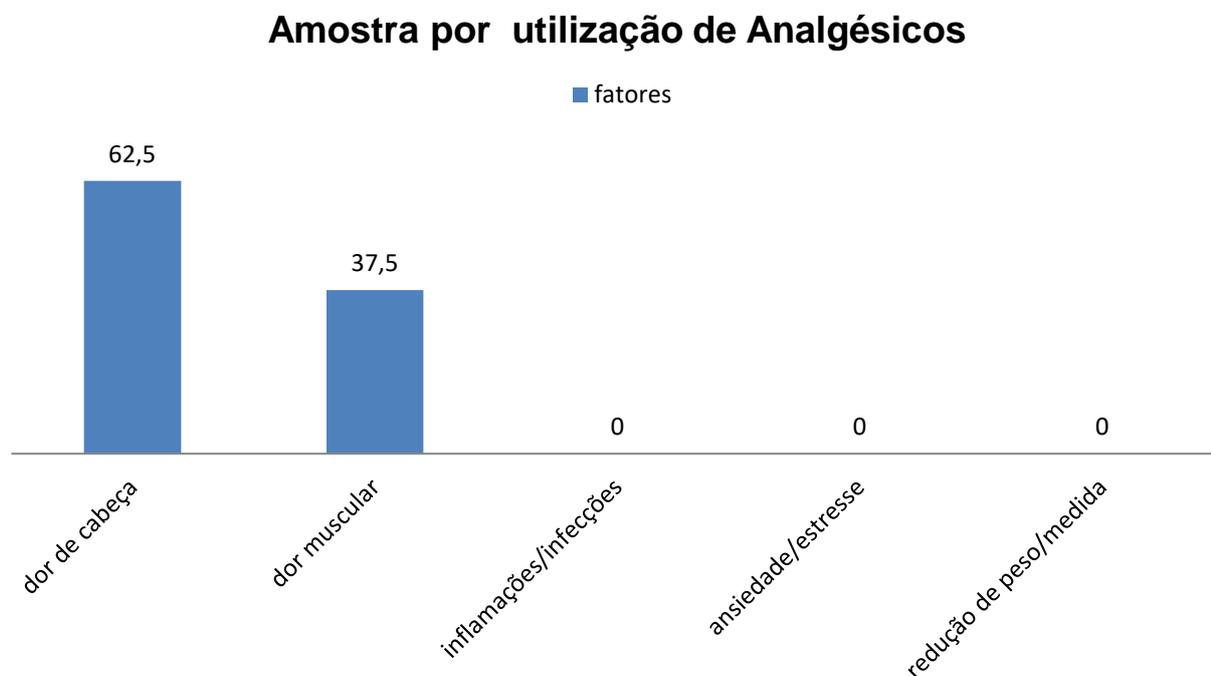
**Figura 2.** Distribuição por amostra geral de utilização de fármacos. Iranduba (AM), 2018.

No qual destes 10 profissionais que fazem uso de medicamentos sem prescrição, 100% (n=10) reconhecem o risco relacionado à automedicação e realizam essa prática em sua residência. Vejamos à seguir, na tabela 4:

**Tabela 4.** Distribuição por conhecimento sobre os Riscos de Automedicação e Ambiente utilizado para a prática. Iranduba (AM), 2018.

Variável		N
<b>Conhecimento dos Riscos relacionados à Automedicação.</b>	SIM	10
	NÃO	0
<b>Ambiente em que faz uso de medicamentos sem prescrição médica.</b>	Residência	10
	Trabalho	0
	Outros	0

Ao analisar os fatores que acarretam ao uso de analgésico, observa-se que 62,5%(n=5) dos profissionais utilizam o fármaco para dor de cabeça e 37,5% (n=3) alegam utilizar o medicamento para aliviar dores musculares (Figura 3).

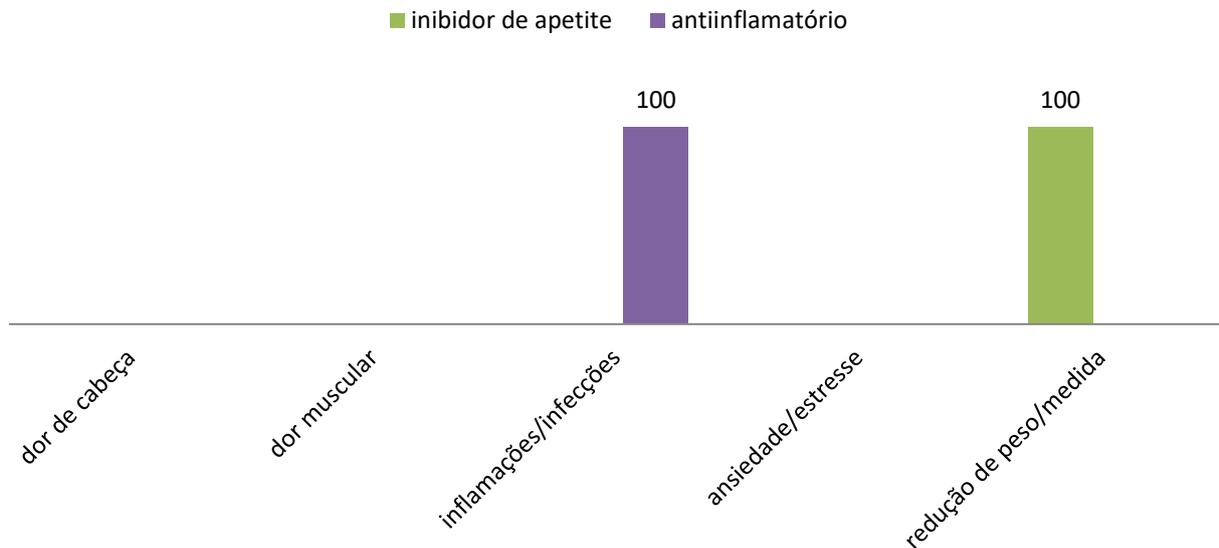


**Figura 3.** Distribuição por fatores de uso de analgésicos. Iranduba (AM), 2018.

Considerando os aspectos apresentados na figura 4, que ocasionam a utilização de inibidores de apetite, observa-se que 100% (n=1) dos profissionais que realizam esta ação, argumenta fazer uso dessa substância para redução de peso e medidas. Em relação ao uso de antiinflamatórios, nota-se que 100% (n=1) dos profissionais investigados cita o uso da substância por motivos de inflamações e/ou infecções.

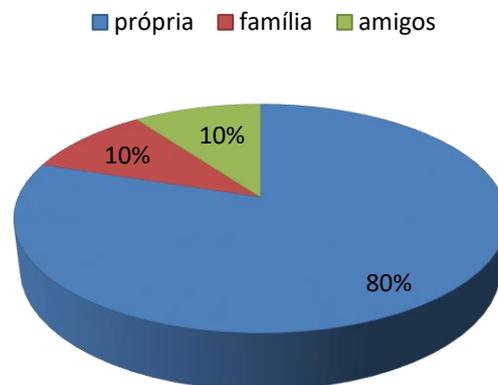
Considerando o que se demonstra na figura 5, cujo do qual 10 profissionais de saúde que fazem uso de medicamentos sem prescrição médica, nota-se que 80% (n=8) alegam utilizar os medicamentos por orientação própria, onde 10% (n=1) realizam a ação por indicação de amigos e 10%(n=1) realizam esta ação por indicação da família.

## Amostra por utilização de inibidores de apetite e antiinflamatórios



**Figura 4.** Distribuição por fatores de utilização de inibidores de apetite e antiinflamatório. Iranduba (AM), 2018.

## Amostra de utilização de fármacos por indicação e/ou orientação:



**Figura 5.** Distribuição por amostra de utilização de fármacos indicações e/ou orientações do uso de medicamentos sem prescrição médica. Iranduba (AM), 2018.

### 3.2 DISCUSSÃO

Considerando os dados sociodemográficos apresentados pelos sujeitos da pesquisa que praticam a automedicação, em relação à idade, 50% dos entrevistados tem a faixa etária entre 31 a 40 anos. No qual estudos levantados por Bittar e Gontijo (2015) a média de idade

de trabalhadores da saúde que fazem uso de medicamentos sem prescrição médica é de 38 anos.

Dos entrevistados, 100% dos profissionais são do gênero feminino, onde segundo Silva et al. (2015), isto ocorre devido à decorrência da feminização até então habitual na enfermagem, no qual a ligação entre a assistência de cuidados prestados e o sexo feminino é resultante da narrativa do processo de cuidar e o fortalecimento da enfermagem como ofício.

Quanto ao estado civil, 60% da amostra são solteiros, segundo Tomansini et al. (2015), salientaram que 84% dos pesquisados descritos igualmente eram solteiros, levando em consideração que em ambos os estudos pode-se afirmar que a taxa da automedicação entre pessoas casadas é mínima.

Quanto à circunstância de possuírem filhos ou não, 70% da população da amostra descreveu ter filhos, onde este fato pode ser comparado no estudo de Bittar e Gontijo (2015), no qual demonstram que da população analisada da pesquisa 62% possuem filhos.

Na análise, observamos que os enfermeiros que praticam automedicação representam 20% da amostra investigada, prevalecendo assim como no estudo de Galvan, et al. (2016) que destaca que 24% destes profissionais fazem uso de fármacos sem a devida orientação e prescrição médica.

Ao que se refere aos malefícios ocasionados pela prática da automedicação, 100% dos elementos pesquisados apontaram conhecer os riscos relacionados à esta ação. Sendo que de acordo com Freitas et al. (2017) 96,3% dos entrevistados afirmam que a ação de automedicar-se causa danos à saúde. Ou seja, apesar de estarem cientes das consequências da prática de autoprescrição de medicamentos, os indivíduos culminam a efetuar esta conduta.

Entre os entrevistados, 100% afirmaram realizar o uso de medicamentos sem prescrição médica em sua residência. Em conformidade de um estudo levantado por Abrahão et al. (2013), a utilização de medicamentos nas residências, pode ser integrado de um acúmulo de drogas farmacêuticas, podendo ser um elevado fator de risco. Favorecendo assim a prática da automedicação e até mesmo facilitar a intoxicação por ingestão medicamentosa.

O principal medicamento listado pelos profissionais de saúde foi o analgésico, sendo utilizado em 80% dos casos de automedicação, onde fora relacionado com o estado de dor. Podemos notar a mesma condição, no estudo levantado por Fernandes e Cembranelli

(2015), em que se é descrito que o indivíduo faz pretensão à resolução rápida das dores, buscando a autoadministração deste fármaco para a resolução do sintoma.

Na pesquisa foi verificada que dos profissionais da saúde, 10% destacaram o uso de inibidores de apetite para a redução de peso, e 10% dos demais elementos da pesquisa destacaram o uso de antiinflamatório, para o controle de inflamações e/ou infecções. Onde através da literatura analisada, a redução de obesidade é causa da automedicação em 10% dos entrevistados e dores de garganta estão presentes em 20% do universo da pesquisa em relação ao uso exacerbado de medicamentos (SOUZA et al., 2016).

Quanto à orientação do uso de medicamentos, 80% da população estudada utilizaram medicamentos por conta própria, 10% por indicação de amigos e 10% por indicação da família. No qual Domingues et al. (2017), descrevem que de 96 participantes do seu estudo, 66 indivíduos fizeram uso de automedicação e 30 elementos utilizaram fármacos por instrução de alguém que não médico.

Luras et al. (2016), destacam que existem muitos fatores relevantes que podem levar a automedicação. Podendo ser motivada principalmente pela insatisfação da população em relação ao atendimento de serviços de saúde e pelo aconselhamento de familiares e amigos.

## 4. CONCLUSÃO

O estudo realizado demonstra que a maior parte dos profissionais de enfermagem faz uso de fármacos no seu cotidiano sem prescrição médica. No qual os fatores mais comumente observados para esta ação são cefaleia e dores musculares, seguido por uso de antiinflamatórios para o tratamento de inflamações e infecções. Porém a prática da automedicação não estava exclusivamente associada à presença de patologias, levando em consideração o uso de inibidores de apetite para a perda de peso e ou medidas.

Observa-se que a busca por fármacos sem a devida orientação médica na maioria das vezes se dá por indicação própria, sendo seguida por recomendação de familiares e amigos. No qual, ao decorrer da pesquisa analisou-se que os medicamentos utilizados para a prática da autoadministração são especificamente ingeridos na residência dos trabalhadores de saúde, descartando o uso dos mesmos em seu ambiente profissional.

Vista disso, o conjunto de elementos investigados permite afirmar que a prática da automedicação entre os profissionais de enfermagem da unidade de saúde no Amazonas, é



comum. Nota-se, portanto, que esta ação é um ponto significativo, não unicamente pelo uso pessoal dos fármacos, mas especialmente por afirmar que os indivíduos da amostra reconhecem os riscos e os danos causados por esta prática, havendo conseqüentemente um descuido de si (SILVA et al., 2015).

Por fim, espera-se que estes resultados sirvam de alerta para a criação de intervenções no ambiente de trabalho com o objetivo de orientar e auxiliar sobre a problemática, em prol do autocuidado dos profissionais. Espera-se também que os dados obtidos na pesquisa, sirvam de base para estudos futuros.

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, juntamente com os agentes comunitários de saúde, atuam em prol da sociedade para a melhoria das condições de saúde. Buscando o bem-estar físico e social da sociedade.

Assim sendo, nota-se que os profissionais de saúde deveriam ser os educadores permanentes sobre os riscos da automedicação. Porém observou-se que as condições de trabalho, o cargo ocupado na unidade de saúde juntamente com o fato de possuírem conhecimento sobre a ação dos medicamentos e segurança técnica em sua administração, os profissionais acabam por praticarem essa ação como intermédio para o enfrentamento de problemas pessoais e profissionais.

Então, tornam-se necessárias medidas que levem em consideração as questões psicossociológicas que circundam a prática da automedicação, no qual, a responsabilidade não deve proceder somente do trabalhador de saúde, mesmo que estes tenham seu fragmento de culpa nesta ação, ou seja, a instituição de saúde e o governo devem se empenhar para evitarem esse problema, que não somente é comum no público geral, mas também praticada pelos profissionais do ambiente de saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, R.C.; GODOY, J.A.; HALPERN, R. Automedicação e comportamento entre adolescentes em uma cidade do Rio Grande do Sul. **Aletheia**, v. 41, p. 134-153, 2013.

ALVES, T.A.; MALAFAIA, G. Automedicação entre estudantes de uma instituição de ensino superior de Goiás. **BCS Health Sci**, v. 39, n. 3, p. 153-159, 2014.

ARRAIS, P.S.D.; FERNANDES, M.E.P.; PIZZOL, T.S.D.; RAMOS, L.R.; MENGUE, S.S.; LUIZA, V.L.; et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. supl. 2, p. s13, 2016.

ASCARI, R.A.; FERRAZ, L.; BUSS, E.; RENNAU, L.R.; BRUM, M.L.B. Estratégia Saúde da Família: Automedicação entre os usuários. **Revista UNINGÁ Review**, v. 18, n. 2, p. 42-47, 2014.

BITTAR, C.M.L.; GONTIJO, I.L. Automedicação entre as trabalhadoras de enfermagem de um hospital de Uberaba – MG. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v. 6, n. 2, p. 1229-38, 2015.

DOMINGUES, P.H.F.; GALVÃO, T.F.; ANDRADE, K.R.C.; SÁ, P.T.T.; SILVA, M.T.; PEREIRA, M.G. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. e36, 2015.

DOMINGES, P.H.F.; GALVÃO, T.F.; ANDRADE, K.R.C.; ARAÚJO, P.C.; SILVA, M.T.; PEREIRA, M.G. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 26, n. 2, p. 319-330, 2017.

FERNANDES, W.S.; CEMBRANELLI, J.C. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. **Revista Univap. São José dos Campos-SP-Brasil**, v. 21, n. 37, p. 5-12, 2015.

FREITAS, V.P.; MARQUES, M.S.; DUARTE, S.F.P. Automedicação em Universitários do Curso de Graduação da área de Saúde em uma Instituição de Ensino Superior Privada em Vitória da Conquista. **Id on Line Rev Mult Psic**, v. 11, n. 39, p. 25-37, 2017.

GALVAN, M.R.; DAL PAI, D.; ECHEVARRIA-GUANILO, M.E. Automedicação entre profissionais da saúde. **REME – Rev Min Enferm**, v. 20, p. e959, 2016.

GAMA, A.S.M.; SECOLI, S.R. Automedicação em estudantes de enfermagem do estado do Amazonas – Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, p. e65111, 2017.

Biblioteca Central da Universidade Paulista. **Guia de normatização para apresentação de trabalhos acadêmicos da Universidade Paulista: ABNT**. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidade Iranduba, 2018**. Disponível em < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/amazonas/iranduba.pdf>>. Acesso em 19/10/2018.

IURAS, A.; MARQUES, A.A.F.; GARCIA, L.F.R.; SANTIAGO, M.B.; SANTANA, L.K.L. Prevalência da Automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (Brasil). **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofarc**, v. 57, n. 2, p. 104-111, 2016.

PAIM, R.S.P.; LUNELLI, R.P.; ZANCHETT, K.; MENON, P.; COSTA, S.; GIACHELIN, T. Automedicação: uma síntese das publicações nacionais. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 30, p. 47-54, 2016.

PILGER, M.C.; DOMBROWSKI, G.; REBELO, M.; TOMASI, E. Automedicação entre acadêmicos de Medicina das Universidades Católica e Federal de Pelotas/MS. **Revista AMRIGS**, v. 60, p. 26-31, 2016.

RODRIGUES, A.C. Utilização de medicamentos isentos de prescrição e economias geradas para os sistemas de saúde: uma revisão. **J Brás Econ Saúde**, v. 9, n. 1, p. 128-136, 2017.

SILVA, A.N.; CRUZ, C.A.; BEZERRA, A.L.D.; SOUSA, M.N.A. AUTOMEDICAÇÃO: o descuido de si entre dos profissionais do serviço móvel de urgência e emergência. **C&D - Revista Eletrônica da Fainor**, v. 8, n. 2, p. 125-140, 2015.

Sistema Nacional de Informações Toxicofarmacológicas. **Dados Nacionais – 2016**. Rio de Janeiro–RJ: SINITOX. Disponível em: <[https://sinitox.iciet.fiocruz.br/sites/sinitox.iciet.fiocruz.br/files//Brasil6\\_1.pdf](https://sinitox.iciet.fiocruz.br/sites/sinitox.iciet.fiocruz.br/files//Brasil6_1.pdf)> Acesso em 02/03/2018.

SOUZA, D.R.P.; ESMÉRIA, N. M. Automedicação por profissionais e acadêmicos da área da saúde: uma revisão de literatura. **Revista universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 965-974, 2016.

TOMASINI, A.A.; FERRAES, A.M.B.; SANTOS, J.S. Prevalência e fatores da automedicação entre estudantes Universitários no Norte do Paraná. **Biosaúde**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2015.

## AVALIAÇÃO DE METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO PARA ESTUDANTES TRABALHADORES E NÃO TRABALHADORES DE CURSOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Pedro de Oliveira Nogueira<sup>1</sup>, Fabrício Sidnei da Silva<sup>2</sup>, Andréa Gomes da Costa Mohallem<sup>3</sup> e Maria Mercedes Fernandez Samperiz<sup>3</sup>

1. Universidade Paulista (UNIP), Manaus, Amazonas, Brasil;
2. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil.
3. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os estudantes, trabalhadores e não trabalhadores, do curso técnico em enfermagem sobre a metodologia ativa *Team Based Learning* (TBL), correlacionando sua percepção e seu desempenho individual. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, prospectivo, de campo, de análise quantitativa. Foi realizado na Escola Técnica do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, instituição particular de ensino localizada no município de São Paulo. A amostra foi realizada com 146 alunos do curso técnico em Enfermagem, matriculados no 1º semestre de 2017, no 1º ano. A pesquisa foi realizada atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde. **Resultados:** O desafio enfrentado pelas instituições de ensino no Brasil é preparar e desenvolver profissionais tecnicamente competentes, com perfil crítico, reflexivo, ético e humanista, aptos para trabalharem em equipe e com responsabilidade social. Para isso, o estudante deve ser estimulado a construir seu conhecimento por meio de um processo que o instigue a sair da posição de receptor passivo da informação a fim de tornar-se parte de uma equipe de forma colaborativa. Sendo assim, a TBL estimula a autonomia do aluno utilizando como estratégia pedagógica a discussão e o trabalho individual e em equipe. **Conclusão:** Não se detectou estatisticamente, nesse estudo, diferenças nas comparações do desempenho na TBL e o fato do aluno exercer ou não atividades não remuneradas, sendo assim, a metodologia TBL promove e facilita o ambiente de aprendizagem.

**Palavras-chave:** Educação em Enfermagem, Aprendizagem, Metodologia e Team Bases Learning.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate students, workers and non-workers, in the technical nursing course on the active *Team Based Learning* (TBL) methodology, correlating their perception and their individual performance. **Method:** This is a descriptive-exploratory, cross-sectional, prospective, field study, with quantitative analysis. It was held at the Technical School of the

Albert Einstein Teaching and Research Institute, a private educational institution located in the city of São Paulo. The sample was carried out with 146 students of the technical course in Nursing, enrolled in the 1st semester of 2017, in the 1st year. The research was carried out in compliance with Resolution 466/2012 of the National Health Council. Results: The challenge faced by educational institutions in Brazil is to prepare and develop technically competent professionals, with a critical, reflective, ethical and humanistic profile, able to work as a team and with social responsibility. For this, the student must be encouraged to build his knowledge through a process that instigates him to leave the position of passive receiver of information in order to become part of a team in a collaborative way. Thus, TBL encourages student autonomy using the discussion and individual and team work as a pedagogical strategy. Conclusion: In this study, there were no statistically significant differences in comparisons of performance in TBL and the fact that the student does or does not carry out unpaid activities, so the TBL methodology promotes and facilitates the learning environment. **Keywords:** Education Nursing, Learning, Methodology and Team Bases Learning.

## 1. INTRODUÇÃO

Para exercer a enfermagem atualmente é necessário adequar-se às rápidas transformações e adaptações do mundo do trabalho. Os futuros estudantes que escolherem essa profissão devem preparar-se para aprenderem continuamente a resolverem situações no seu dia-a-dia. Desenvolver profissionais tecnicamente competentes, com perfil crítico, reflexivo, ético e humanista, aptos para trabalhar em equipe de forma colaborativa e com responsabilidade social é um desafio enfrentado pelas instituições de ensino no Brasil. Para isso, o estudante deve ser estimulado a construir seu conhecimento, levando-o assim a um processo de sair da posição como receptor passivo da informação para a condição de responsável pelo conhecimento e como membro integrante de uma equipe de forma colaborativa (MORIN, 2003; BOLLELA et al., 2014; DE FARIAS et al., 2015; KRUG et al., 2016).

Diversas instituições de ensino utilizam métodos tradicionais e normalmente encontramos salas de aula com estudantes com posturas passivas e pouco participativas. Desta forma o ensino ocorre de modo repetitivo e as aulas são constituídas por discursos do professor e a escuta passiva dos alunos, que normalmente também estão desmotivados. O aprendizado é medido pelo volume de acertos em testes ou provas, medidas por meio de informações memorizadas e transferidas (BOLLELA et al., 2014; CAMARGO et al., 2017).

O uso de metodologias ativas tem se intensificado e ao longo dos anos têm surgido novas estratégias de ensino que favorecem a autonomia dos estudantes. Sendo assim, o aluno passa a ser protagonista do seu aprendizado, aprendendo e se desenvolvendo de

modo colaborativo, mediante situações de aprendizagem mais participativas e atrativas, garantindo um aprendizado interativo e intimamente ligado com as situações reais (DE FARIAS et al., 2015; CAMARGO et al., 2017).

Além de desenvolver competências pessoais e profissionais, as metodologias ativas têm levado diversas instituições de ensino a repensarem os processos de desenvolvimento profissional, estimulando e motivando o aluno a aprender por meio da colaboração e acompanhamento do seu desenvolvimento de aprendizagem de forma contínua. Desta forma esse trabalho tem como objetivo avaliar a percepção dos estudantes dos cursos técnicos em enfermagem sobre a utilização da metodologia ativa *Team Basead Learning* (TBL), correlacionando a percepção e o desempenho dos alunos trabalhadores e não trabalhadores.

Por meio de pesquisas, pode-se observar que o fenômeno estudante-trabalhador vem crescendo nos últimos anos na área da Enfermagem. Cabe salientar que se considera estudante trabalhador qualquer pessoa que presta alguma atividade sob a direção de outra pessoa e que frequenta qualquer instituição de ensino, quer sejam cursos técnicos, de graduação ou pós-graduação. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015, 27,0% dos jovens com idade entre 18 e 19 anos somente estudavam, 50,6% trabalhavam, 30,6% apenas trabalhavam e 20,0% trabalhavam e estudavam. Em resumo, 67,2% desses jovens desempenhavam algum tipo de trabalho (BRASIL, 2017a, b, c).

Outro estudo recente apresenta que a enfermagem no Brasil é composta por um quadro de 77,0% de técnicos e auxiliares e 23,0% de enfermeiros concentrados principalmente na região Sudeste. Somente no estado de São Paulo são formados a maior categoria de profissionais de enfermagem com um número absoluto de 460.000, sendo 83,3% mulheres. Segundo a estatística do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), foram distribuídos no estado de São Paulo, no ano 2017, cerca de cento e dezenove mil enfermeiros, cento e oitenta e quatro mil técnicos em enfermagem e cento e noventa e três mil auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2016, 2017d).

A presença de 77,0% de técnicos em enfermagem distribuídos nos 460 mil trabalhadores de enfermagem no estado de São Paulo justifica e muito a preocupação com a melhor formação possível oferecidas para estes alunos, que são a base da assistência de enfermagem e a base do cuidar de um Estado do tamanho de muitas nações do mundo.

## 1.1 APRENDIZAGEM POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS

São muitos os teóricos (CHRISTOFOLETTI et al., 2014; MICHAELSEN; SWEET, 2008; SOBRAL; CAMPOS, 2018) que analisam e discutem a teoria da aprendizagem. Cada um destes define e aponta os principais focos que devem ser analisados para o entendimento do assunto. O autor, filósofo e pedagogo Paulo Freire menciona que a “*educação deve ser uma busca contínua do homem e ele deve ser sujeito de sua própria educação, não objeto dela: deve ser ativo sua construção do saber*” (FREIRE, 1996).

Além disso, os estudantes tornaram-se mais exigentes e impacientes com aulas nas quais permanecem passivos diante do conhecimento apresentado. O professor deve ser cauteloso em não apenas ler, ditar ou escrever durante toda a aula, pois se torna cansativo, e os alunos perdem a concentração. Sendo assim, devem oferecer várias alternativas a fim de promover e facilitar o ambiente de aprendizagem. Assim, estes alunos necessitam de uma nova modalidade de ensino e um estilo de professor que seja diferente e dinâmico (DA SILVA et al., 2012).

Um dos objetivos das metodologias ativas é promover o desenvolvimento intelectual e pessoal dos estudantes, concentrando esforços em ações educativas atrativas que incentivem a participação direta dos alunos e possibilitem uma nova forma de aprendizado. Neste modelo, o professor passa então a ter um papel de catalisador e mediador do processo de ensino e aprendizagem, diferentemente de seu papel na forma de ensino tradicional, preponderantemente como um transmissor de informações a estudantes que passivamente as recebem (MICHAELSEN, 2002; DA SILVA et al., 2012).

Assim, o docente, além de estimular a construção do conhecimento deve estabelecer uma parceria com os alunos desenvolvendo seu papel de mediador no processo de aprendizagem para alcançar os mesmos objetivos. Deste modo, o *Team Based Learning* (TBL) propicia o raciocínio crítico e a reflexão do aluno sobre a prática. O uso desta metodologia induz o estudante a desenvolver a autonomia e forma um profissional criativo, reflexivo e independente (FREIRE, 1996; DA COSTA, 2009; SOBRAL; CAMPOS, 2012; DE FARIAS et al., 2015; SHEOPURI; SHEOPURI, 2015).

## 1.2 TEAM BASED LEARNING (TBL) COMO METODOLOGIA ATIVA

Este método consiste em uma estratégia pedagógica centrada na aprendizagem de adultos em propor aos alunos atividades que gerem discussão e reforcem o trabalho

individual e em equipe estimulando os estudantes a aplicarem o conhecimento adquirido para solucionar problemas contextualizados na atividade profissional. Essa metodologia adota práticas que estimulam a interação dentro da equipe e entre as equipes (MICHAELSON et al., 2004; BOLLELA, 2014) e tem como foco melhorar a aprendizagem e desenvolver habilidades de trabalho colaborativo por meio de uma estrutura que envolve o gerenciamento de equipes de aprendizagem, tarefas de preparação e aplicação de conceitos, feedback constante e avaliação entre os colegas. A ideia central é que os alunos se sintam responsáveis pela própria aprendizagem e pela aprendizagem dos colegas (MICHAELSEN, 2002; PARMELEE et al., 2012; KHOGALI, 2013; JAFARI, 2014).

Em uma busca recente em bases de dados brasileira (Bireme, Lilacs, Scielo), observou-se que ainda há um número limitado de artigos nacionais que discorrem sobre a metodologia TBL na educação de técnicos em enfermagem.

### 1.3 ETAPAS DO TBL

Existem quatro aspectos essenciais para alcançar os objetivos no TBL: equipes permanentes, estrategicamente bem formadas; responsabilização dos alunos pela qualidade do trabalho individual e em equipe; fornecimento de *feedback* frequente, imediato e oportuno; tarefas para a equipe que promovam tanto a aprendizagem individual como o desenvolvimento como equipe (MICHAELSEN; SWEET, 2008; FARLAND, 2013).

Além disso, para uma boa utilização do método TBL, o professor deve seguir alguns passos importantes. Ao invés de ser alguém que oferece informação e conceitos, ele deverá ser aquele que contextualiza o aprendizado e maneja o processo educacional como um todo, agindo mais como um facilitador dentro da aprendizagem. Uma sessão de TBL é constituída por três fases. A primeira conhecida como estudo prévio, a segunda como testes de avaliações rápidas, individuais e em grupo, e terceira como atividades de aplicação de conceitos. E todos os processos que ocorrem nestas fases são avaliados (FARLAND, 2013; BURGESS; MELLIS, 2015).

O presente estudo teve como objetivo geral: Avaliar a utilização da metodologia ativa *Team Based Learning* (TBL) por alunos do curso técnico em enfermagem. Os objetivos específicos foram: Avaliar a percepção dos estudantes do curso técnico em enfermagem sobre a metodologia ativa TBL; Correlacionar a percepção da metodologia TBL entre alunos trabalhadores e não trabalhadores; Relacionar o desempenho individual na metodologia TBL dos alunos trabalhadores e não trabalhadores; Avaliar a relação entre a percepção e o



desempenho dos alunos na metodologia TBL e a realização de outras atividades não remuneradas, entre trabalhadores e não trabalhadores.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

### 2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, transversal, prospectivo, de campo. A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado. Já a pesquisa exploratória, permite explorar o tema pesquisado, no caso da presente pesquisa trata-se de um tema específico e ainda pouco explorado no Brasil. É prospectivo, pois a condução desta pesquisa foi realizada a partir do momento presente e caminhará em direção ao futuro, seguindo uma análise quantitativa, sendo assim, teve a finalidade de interpretar o fenômeno que se observa e destinou-se a descrever as características de uma determinada situação, medindo numericamente as hipóteses levantadas (TURATO, 2005; LAKATOS, 2009; CRESWELL; CLARK, 2013).

### 2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Escola Técnica do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE), instituição particular de ensino, localizada no município de São Paulo na Unidade Paulista.

Vale a pena ressaltar que o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP) oferece o curso técnico em enfermagem em dois campus diferentes: Unidade Morato e Unidade Paulista.

As sessões de TBL aconteceram nos dias 19, 20 e 22 de junho do ano de 2017 na Unidade Paulista. Optou-se por incluir somente essa unidade para garantir a fidedignidade e equidade dos dados evitando possíveis inconsistências tais como professores diferentes e unidades diferentes, fatores que poderiam influenciar na percepção do aluno sobre a metodologia. Tomou-se também o cuidado em realizar um treinamento prévio de oito (8) horas na metodologia TBL para capacitarmos os docentes para aplicarem o TBL. As salas

utilizadas também já eram padronizadas no formato TBL, com mesas e cadeiras que acomodavam adequadamente os grupos de até oito (8) alunos sentados em cada grupo.

### 2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi formada por alunos do curso técnico em enfermagem da referida instituição, matriculados no 1º semestre de 2017, no 1º ano. A amostra foi por conveniência e consistiu-se de 149 alunos dos períodos matutino e vespertino. Devido ao critério de análise do instrumento APATBL, três alunos foram excluídos por faltarem informações na resposta final às questões do instrumento e, por isso, a amostra final foi de 146 alunos.

### 2.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro caracterizou o participante quanto aos aspectos sociodemográficos e de preparação prévia de estudo para a sessão de TBL.

O segundo instrumento foi constituído por um questionário validado denominado Avaliação da Percepção dos Alunos do Método TBL (APATBL). Foi composto por 24 itens divididos em quatro dimensões relacionadas às etapas de execução do TBL que são: influência da equipe no desempenho individual; atuação do professor na aplicação do método; comprometimento do aluno; responsabilidade e desempenho da equipe. As opções de resposta do instrumento são descritas em uma escala tipo *Likert*, sendo (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Não discordo nem concordo, (4) Concordo e (5) Concordo totalmente. A pontuação de cada dimensão foi obtida com o cálculo da média dos itens de um determinado domínio.

Para elaborar a sessão de TBL formou-se uma equipe de três (3) docentes do curso com o objetivo de elaborar e escolher o material. A sessão de TBL teve como tema “Parada Cardiorrespiratória - PCR” e foi conduzida por um mesmo docente do curso técnico em enfermagem conforme as fases descritas abaixo:

Fase 1 - Preparação (Pré-classe): a bibliografia abordando o tema “Parada Cardiorrespiratória - PCR” foi composta por dezesseis (16) páginas, bem como os objetivos de leitura foram definidos pela professora. Foram distribuídos individualmente os materiais impressos para cada aluno estudar previamente, com duas semanas de antecedência.

Fase 2 – Teste Individual e teste em equipe (em sala): esta fase iniciou-se com um teste individual de avaliação contemplando os conceitos relevantes da leitura indicada previamente. O teste individual impresso teve dez (10) questões de múltipla escolha com quatro alternativas para serem respondidos em vinte (20) minutos. A seguir, os alunos responderam o mesmo conjunto de questões do teste individual, mas desta vez em equipe. Os alunos discutiram os testes até o grupo decidir qual seria a melhor resposta com o tempo de dez (10) minutos. A partir do consenso assinalaram a alternativa de cada questão em uma cartela denominada *Immediate Feedback Assessment Technique* (IF-AT®) que consiste num quadro com quatro possibilidades de resposta. A cada resposta incorreta, a discussão recomeçou até um novo consenso.

Neste estudo a nota de avaliação do desempenho individual na metodologia TBL foi considerada a obtida no teste individual.

Fase 3 – Aplicação de Conceitos (em sala): corresponde à aplicação dos conceitos estudados e discutidos nas etapas anteriores. Para tanto, a equipe elaborou um estudo de caso que foi proposto e discutido por cada equipe. Cada equipe teve 10 minutos para fazer a escolha da melhor resposta para solucionar cada questão do problema apresentado no caso. Todas as equipes prepararam-se para argumentar perante toda a classe sobre a escolha que fizeram.

Dois alunos com deficiência auditiva contaram com um interprete, e uma aluna com déficit cognitivo contou com o auxílio de uma professora, conforme já ocorre nas demais disciplinas. Finalizada a sessão de TBL, foram distribuídos os instrumentos de coleta de dados referentes ao perfil sociodemográfico e Avaliação da Percepção dos Alunos do Método TBL (APATBL), bem como o TCLE. Os instrumentos foram recolhidos imediatamente após terem sido respondidos.

## 2.5 ANÁLISE DE DADOS

As características dos respondentes foram avaliadas por meio de instrumento com questões de múltipla escolha e ou abertas. A percepção foi mensurada por instrumento validado (APATBL) composto por 24 questões divididas em quatro dimensões. Cada questão possui respostas categóricas ordinais, de um a cinco, e a pontuação de cada dimensão é dada pela média das questões sendo que ao final para cada respondente têm-se quatro notas de um a cinco cada.

De acordo com o instrumento aplicado os itens acima citados que compõe cada dimensão, estão dispostos da seguinte forma:

*Dimensão 1 (Influência da equipe no desempenho individual); Dimensão 2 (Atuação do professor na aplicação do método); Dimensão 3 (Comprometimento do aluno); Dimensão 4 (Responsabilidade e desempenho da equipe).*

Para o objetivo “Avaliar a relação entre a percepção e o desempenho dos alunos na metodologia TBL e a realização de outras atividades não remuneradas” o pesquisador considerou que realizar uma atividade não remunerada engloba realização de outros cursos ou realização de outras atividades. Além de estudar ou trabalhar. Para computar as horas semanais empenhadas em atividades não remuneradas, somaram-se as horas dedicadas por semana para outros cursos com horas semanais de prática de exercícios físicos, afazeres domésticos, cuidado com a família, práticas religiosas e outras atividades, considerando zero quando o aluno não realizava determinada atividade.

As características dos respondentes, suas notas na avaliação de desempenho referente à aula TBL, assim como as questões e as pontuações obtidas com o instrumento APATBL foram descritos para a amostra total utilizando medianas e quartis para as variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada por gráficos boxplot, histogramas e ou gráficos de comparação de quartis. As respostas a cada questão do instrumento estão apresentadas por gráficos de barras. As confiabilidades observadas das dimensões do APATBL foram descritas pelo coeficiente alfa de *Cronbach*.

Para a comparação da percepção nas diferentes dimensões e da nota na avaliação da aula entre os alunos que desempenham outras atividades ou não, utilizamos testes não paramétricos de *Mann-Whitney*.

Para avaliar a relação entre percepção ou nota de desempenho e a quantidade de horas empenhadas em outras atividades utilizamos coeficientes de correlação de *Spearman*. Para visualizar a relação entre as variáveis numéricas utilizaram-se diagramas de dispersão. As análises foram realizadas por meio do pacote estatístico *R Core Team* (ALTMAN, 1991; MORETTIN; BUSSAB, 2013; R CORE TEAM, 2015).

## 2.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto foi submetido à aprovação no Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa (SGPP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein sobre o nº 2.103.236.

Após a aprovação da diretoria da Escola Técnica, os dados foram coletados pelo primeiro autor que convidou os alunos a participarem da pesquisa, explicando-lhes os objetivos do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Maiores de 18 anos - TCLE, Termo de Assentimento para pesquisa envolvendo menores de 18 anos ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Menores de 18 Anos ou Maiores de 18 Anos sem Condições de Manifestar Consentimento.

O pesquisador comprometeu-se a utilizar os dados exclusivamente para este estudo, respeitando os princípios éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, de acordo com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde.

Os riscos aos participantes deste estudo são considerados mínimos, visto que estão relacionados a um eventual constrangimento no momento de responder as questões. Os benefícios foram indiretos visto que os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria na aplicação dessa metodologia nas futuras turmas de alunos.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 RESULTADOS

#### 3.1.1 Perfil dos alunos

Os alunos pesquisados possuíam de 17 a 57 anos com mediana de 22 anos). O sexo feminino representou 84,9% da amostra. A maior parte dos alunos foi composta por solteiros (74,0%) e alunos sem filhos (74,7%). Quanto às atividades exercidas fora o curso técnico em enfermagem o estudo mostrou que 29,3% dos alunos exerciam atividades remuneradas, 14,4% faziam outro curso, com maior prevalência o curso de inglês (47,6%) e 69,2% relataram exercer outras atividades além de estudar ou trabalhar, como praticar exercícios físicos (19,9%), afazeres domésticos (50,0%), atendimento familiar (21,2%), práticas religiosas (29,5%) ou outras atividades (4,1%). O tempo dedicado às atividades remuneradas

variou de 5 a 72 horas com média de 36 horas por semana. Para atividades não remuneradas, o tempo dedicado variou de uma a 83 horas com mediana de 10 horas semanais

Ao considerar o trajeto, a maioria dos alunos (58,6%) despendia mais de uma hora no deslocamento (tempo médio) de sua casa até a escola, utilizando principalmente metrô e ônibus (55,2%). Quanto ao estudo extraclasse, 37,0% informaram dedicarem-se de uma a duas horas por dia e 25,3% de duas a três horas lendo o material disponibilizado para o TBL com antecedência dois dias.

Aproximadamente metade dos alunos não contava com um local específico para estudar (52,1%).

Ao considerar apenas os alunos que trabalhavam, 47,6% estudou o material disponibilizado para o TBL no local de trabalho. Metade deles acreditava que o fato de trabalharem interferiu negativamente no estudo do material do TBL. Quanto ao tempo médio no deslocamento de sua casa até o trabalho todos despendiam até duas horas, sendo que 53,7% deles perdiam até uma hora no deslocamento.

### **3.1.2 Percepção dos alunos quanto à metodologia ativa TBL**

O pesquisador não seguiu a randomização das afirmativas preconizada pelos autores do instrumento APTBL. Todavia, os valores observados no presente estudo, independentes da alternância da ordem das questões, não alteraram a sua confiabilidade, pois foram muito próximos aos da validação do instrumento.

As respostas específicas a cada uma das questões do instrumento APATBL estão apresentadas de acordo com as quatro dimensões, em ordem de concordância às distribuições das respostas de cada dimensão. Todas as questões apresentadas aqui tiveram respostas concordantes, ou seja, “Concordo” ou “Concordo totalmente”.

### **3.1.3 Associação entre percepção sobre o TBL e exercer atividade remunerada.**

Ao comparar alunos trabalhadores, ou seja, que exercem atividades remuneradas ou não em relação às dimensões da *Percepção dos Alunos quanto ao Método TBL* não foi detectada nenhuma associação significativa seja ao comparar os grupos que trabalham ou não, ou ao considerar as horas semanais de atividades remuneradas. Ainda assim, nota-se

que para as dimensões 3 e 4 as medianas dos escores médios foram levemente maiores dentre alunos que trabalham.

#### **3.1.4 Associação entre a percepção sobre o TBL e exercer atividade não remunerada**

Considerando a dedicação em atividades não remuneradas em relação às dimensões da *Percepção dos alunos quanto ao Método TBL*, não se detectou nenhuma associação significativa, seja ao comparar os grupos que exercem ou não atividade não remunerada, ou ao considerar as horas semanais de atividades não remuneradas.

#### **3.1.5 Desempenho no método TBL**

Não se detectaram diferenças na comparação do desempenho entre alunos que exercem ou não atividade remunerada. Os diagramas de dispersão e coeficiente de correlação também não indicaram nenhuma associação entre o desempenho e as horas dedicadas à atividade remunerada.

#### **3.1.6 Associação entre desempenho no TBL e exercer atividade não remunerada**

As diferenças observadas entre alunos que exercem ou não atividades remuneradas não foram estatisticamente significativas. Os diagramas de dispersão e coeficientes de correlação não indicaram haver associação entre o desempenho e as horas dedicadas às atividades não remuneradas.

### **3.2 DISCUSSÃO**

Não foram detectadas diferenças na comparação nos desempenhos entre alunos que exercem ou não atividade remunerada. Também não foi encontrada associação entre os desempenhos e as horas dedicadas à atividade remunerada. O tempo médio dedicado às atividades remuneradas foi de 36 horas semanais.

É importante lembrar que, além das horas trabalhadas houve perda de tempo no deslocamento, comprometendo ainda mais o tempo disponível para estudo. Mas, ainda assim, o aluno trabalhador obteve os mesmos resultados do que aquele que não trabalha.

Especificamente com relação ao tempo gasto no deslocamento os estudantes levaram em média uma hora e meia no trajeto de sua casa para a escola, utilizando metro e ônibus. Quanto ao tempo médio no deslocamento de sua casa até o trabalho todos despendiam até duas horas, sendo que 53,7% deles perdiam até uma hora no deslocamento. Estudar longe de casa pode se constituir num processo de fragmentação de contextos de filiação e segurança, no qual o indivíduo estaria exposto a maiores dificuldades (VIANA; YOUNG, 2015; LIMA et al., 2018).

Autores afirmam que conciliar trabalho e estudo enfrentando o tempo e o cansaço do dia a dia, impacta diretamente no alcance da dedicação necessária aos estudos. <sup>(53-54)</sup> Apesar de outros autores afirmarem que alunos trabalhadores têm menor rendimento escolar observou-se, na presente pesquisa, não haver diferenças quando comparados aos não trabalhadores (COOPER, 2007; DE MORAES, 2013; DE MORAES, 2013; MACHADO et al., 2015).

Embora a legislação não permita exceder o tempo de 44 horas semanais observou-se nesse estudo um número de alunos com jornadas de até 72 horas semanais em atividades informais. Esse cenário de aumento das atividades informais no país vem sendo monitorado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observou-se também que 6,8 milhões de pessoas dedicam seu tempo ao trabalho não remunerado, como afazeres domésticos e cuidados com algum morador do próprio domicílio (DUTRA-THOMÉ et al., 2013; TORRES; IRALA, 2014).

Autores correlacionaram que alunos que exercem atividade remunerada, ou dedicam grande parte do seu tempo em outros afazeres, apresentam maiores incidências de evasão escolar e podem ter dificuldade para acompanhar o curso, levando ao baixo desempenho e à evasão escolar (AUSUBEL, 1973; COOPER, 2007; DE MORAES, 2013).

Para terem êxito nos estudos, alunos que conciliam atividades remuneradas ou não, devem estabelecer prioridades, organizando e fazendo uma gestão efetiva do tempo para cada tarefa e ou afazeres (DUTRA-THOMÉ et al., 2013).

Com relação à percepção dos alunos quanto ao método TBL, comparando os dois grupos, alunos trabalhadores e não trabalhadores, não houve associação estatisticamente significativa em relação à média geral dos estudantes.

A temática de aprendizagem colaborativa é centrada no grupo e não nos indivíduos, isoladamente. O indivíduo aprende com o grupo e assim contribui para a aprendizagem dos outros, ocorrendo, portanto, uma interdependência entre a aprendizagem colaborativa e a aprendizagem individual, ou seja, basicamente consiste em reunir os participantes em torno de



um só objetivo para que, com a intermediação do professor dialoguem e trabalhem na obtenção do resultado desejado (TORRES; IRALA, 2014). Esse método de ensino permite, o desenvolvimento do senso de equipe dos alunos, a valorização e o compartilhamento dos saberes individuais e a obtenção de valores imprescindíveis, como o respeito mútuo. Além disso, a técnica protege a liberdade de cada participante de expor suas próprias ideias bem como se expressar e falar livremente, visando atingir um consenso (AUSUBEL, 1973; TORRES; IRALA, 2014).

A aprendizagem significativa é o processo pelo qual o conhecimento prévio do aluno interage com o novo conhecimento que lhe é apresentado, provocando mudanças em sua estrutura cognitiva, ou seja, novos significados. Além disso, um aluno com baixo desempenho não deixará de aprender e o desempenho pode ser visto com um fator secundário na sua estrutura cognitiva (AUSUBEL et al., 1980; DA ROCHA, 1999; MICHAELSON et al., 2004; MOREIRA, 2007; LIMBERG, 2013; KRUG et al., 2016).

Na Dimensão 2 (Atuação do professor na aplicação do método), os estudantes afirmaram que as atividades realizadas atenderam às expectativas sobre o TBL e perceberam o papel do professor como um facilitador da aprendizagem, onde o professor passa a ter uma função ainda mais importante. Isto pode ser parafraseado no sentido de o professor posicionar-se como um mediador, levando o aluno a construir coletivamente seu saber de forma autônoma, com a finalidade de trilhar o caminho do conhecimento, o que torna o processo de aprendizagem mais interativo, colaborativo e significativo (ARAÚJO et al., 2013; KRUG et al., 2016).

Ao correlacionar a Dimensão 3 (Comprometimento do aluno) observou-se que Independente do trabalho e afazeres domésticos mais de 80,0% dos alunos afirmaram que o desempenho individual dependeu de quão bem preparado eles estavam e 90,0% relataram que leram o conteúdo disponibilizado antes da aula e contribuíram ao máximo para que a equipe obtivesse êxito.

Ao considerar o tempo de preparo para o TBL, o estudo também mostrou que os estudantes se preparam, em média, com dois dias de antecedência e que o fato de trabalharem não interferiu no estudo do material (MATOS, 1993; MARINOTTI, 2007).

Vale ressaltar que o local de estudo é um dos fatores que afetam a falta de atenção e concentração. O ideal é que exista um local destinado exclusivamente ao estudo e que, caso isso não seja possível, deve-se criar condições favoráveis, levando em conta alguns aspectos fundamentais como sendo local confortável e com boa iluminação além de, evidentemente, dispor de todo o material necessário nesse local. Também é viável que não

haja interrupções, e/ou distrações (MATOS, 1993; ESTANQUEIRO, 1999; MARINOTTI, 2007).

Sobre a Dimensão 4 (Responsabilidade e desempenho da equipe), 76,0% das respostas foram concordantes no que se refere ao sucesso da equipe, visto que o sucesso dependeu do quanto o estudante conseguiu ser colaborativo. Para alguns autores, o TBL, estimula os estudantes a desenvolverem habilidades de comunicação e negociação, facilitando o reconhecimento de seus limites e pontos positivos individuais, contribuindo positivamente durante a atividade colaborativa (MICHAELSEN, 2002; BOLLELA et al., 2014; KRUG et al., 2016).

## 4. CONCLUSÃO

Com relação à avaliação da percepção dos estudantes do curso técnico em enfermagem sobre a metodologia ativa TBL, comparando alunos trabalhadores e não trabalhadores, não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos.

Com relação à avaliação da percepção dos estudantes do curso técnico em enfermagem sobre a metodologia ativa TBL, comparando os alunos que exercem e os que não exercem atividades não remuneradas, não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos.

Com relação ao desempenho individual no TBL, não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que trabalham e os que não trabalham.

Os dados apresentados nos levam a afirmar que a utilização do TBL em grupos de alunos que trabalham, ou que despendem tempo significativo em atividades não remuneradas, é possível e que ter menos tempo para estudar não é fator impeditivo para aplicação de metodologias que incluem leitura prévia.

A decisão por pesquisar o desempenho de alunos do curso técnico em enfermagem justifica-se, essencialmente, pela carência de estudos que tratam desses futuros profissionais, os quais representam uma parcela expressiva da força de trabalho na área da saúde. A qualidade do ensino oferecido a este grupo é primordial e impacta diretamente nas ações relacionadas à saúde e na segurança do paciente visto que os alunos do curso técnico de enfermagem atuarão diretamente na assistência ao paciente.

Nas mudanças ocorridas na recente Reforma no Ensino Médio, sancionada no início de 2017, os estudantes poderão optar por uma formação profissional de nível técnico concomitante ao ensino médio. Tal formação ocorrerá dentro da carga horária do ensino regular e ao final do ensino médio o estudante obterá o diploma do ensino regular e um certificado do ensino técnico.

Isso significa que um maior número de estudantes do país optará pelo ensino técnico o que irá requerer especial atenção para este público, tanto por parte dos dirigentes das instituições de ensino quanto por pesquisadores da área da educação, visando a melhoria contínua do processo de ensino e aprendizagem.

## 5. REFERÊNCIAS

ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. London: Chapman & Hall/CRC, 1991.

ARAÚJO, E.A.; DE CARMAGOS, M.A.; CAMARGOS, M.C.; DIAS, A.T. Desempenho acadêmico de discentes do curso de ciências contábeis: uma análise dos seus fatores determinantes em uma IES privada. **Revista Contabilidade Vista & Revista**, v. 24, n. 1, p. 60-83, 2013.

AUSUBEL, D.P. **Algunos aspectos psicológicos de la estructura del conocimiento**. Buenos Aires: El Ateneo; 1973.

AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

BOLLELA, V.R.; SENGER, M.H.; TOURINHO, F.S.; AMARAL, E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.47, n.3, p.293-300, 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Senado notícias. **Sancionada a lei da reforma no ensino médio**. Senado Federal, 2017c.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cartilha sobre o novo ensino médio é lançada no Senado**. Ministério da Educação, 2017d.

BRASIL. Ministério da Educação. **Novo ensino médio**. Ministério da Educação, 2017b.

BRASIL. Ministério de Estado da Educação. **Portaria n. 1.145, de 10 de outubro de 2016**. Institui o Programa de Fomento à Implementação de Escolas em Tempo Integral, criada pela Medida Provisória n. 746, de 22 de setembro de 2016. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 13.415, de 16 de fevereiro de 2017**. Altera as Leis nos 9.394, de 20 de dezembro de 1996,

que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 11.494, de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e o Decreto-Lei no 236, de 28 de fevereiro de 1967; revoga a Lei no 11.161, de 5 de agosto de 2005; e institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017a.

BURGESS, A.; MELLIS, C. Team-based learning in health care education: maintaining key design elements. **J Nurs Care**, s1, p. e008, 2015.

CAMARGO, F.; PITAGUARI, A.; DALBERTO, D.M. O Uso do Team-Based Learning como estratégia de avaliação formativa no curso de administração da Uniamérica. **Pleiade**, v. 11, n. 21, p. 77-89, 2017.

CARITA, A.; SILVA, A.C.; MONTEIRO, A.F.; DINIZ, T.P. **Como ensinar a estudar**. 2a ed. Lisboa: Presença; 2001.

CARVALHO, A.M. **Alcançando o sucesso escolar: fatores que auxiliam nesta conquista**, 2010. Disponível em: >[http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/vertentes/Vertentes\\_35/arlina\\_carvalho.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/vertentes/Vertentes_35/arlina_carvalho.pdf)<. Acesso em 06/11/2020.

CHRISTOFOLETTI, G.; FERNANDES, J.M.; MARTINS, A.S.; OLIVEIRA JUNIOR, A.S.; CARREGARO, R.L.; et al. Grau de satisfação discente frente à utilização de métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de ética em saúde. **Rev Eletr Educ**, v. 8, n. 2, p. 188-197, 2014.

COOPER, C.L. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: ROSSI, A.M.; PERRWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas; 2007.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2a ed. São Paulo: Penso; 2013.

D'OLIVEIRA, M.H. **Analisando a relação professor-aluno: do planejamento à sala de aula**. São Paulo: CLR-Balieiros; 1998.

DA COSTA, C.M. **Aprender a aprender: uma técnica de aprendizagem**. Rio de Janeiro: Simonsen; 2009.

DA ROCHA, A.F. **O cérebro: um breve relato de sua função**. São Paulo: Jundiaí; 1999.

DA SILVA, S. C.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais - aspectos gerais. **Medicina**, v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014.

DE FARIAS, P.A.; MARTIN, A.L.; CRISTO, C.S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev Bras Educ Méd**, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

DE MORAES, A.C. Congestionamento urbano: custos sociais. **ANTP**, v. 36, p. 41-48, 2013.

DE MORAES, A.C. Congestionamento urbano: custos sociais. **ANTP**, v. 36, p. 41-48, 2013.

DUTRA-THOMÉ, L.; PEREIRA, A.S.; KOLLER, S.H. O Desafio de conciliar trabalho e escola: características sociodemográficas de jovens trabalhadores e não-trabalhadores. **Psicol Teor Pesqui**, v. 32, n. 1, p. 101-109, 2016.

ESTANQUEIRO A. **Aprender a estudar: um guia para o sucesso na escola**. 8a ed. Lisboa: Texto; 1999.

FARLAND, M.Z.; SICAT, B.L.; FRANKS, A.S.; PATER, K.S.; MEDINA, M.S.; PERSKY, A.M. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. **Am J Pharm Educ**, v. 77, n. 8, p. e177, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, A.P.; ARCURI, M.B.; CRISTEL, E.C.; RIBEIRO, R.M.; SOUZA, L.M.; BATISTA, R.S. Avaliações no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Rev Bras Educ Méd**, v. 34, n. 3, p. 390-396, 2015.

GONÇALVES, P. **Conhecimento dos profissionais de saúde sobre precauções específicas: construção e validação de instrumentos**. (Dissertação) Mestrado Profissional em Enfermagem - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, 2015.

JAFARI, Z. A comparison of conventional lecture and team-based learning methods in terms of student learning and teaching satisfaction. **Med J Islam Repub Iran**, v. 28, n. 5, p. 1-8, 2014.

KHOGALI, S.E. Team-based learning: A practical guide: guide Supplement 65.1 - Viewpoint. **Med Teach**, v. 35, n. 2, p. 163-165, 2013.

KRUG, R.R.; VIEIRA, M.S.; MACIEL, M.V.; ERDMANN, T.R.; VIEIRA, F.C.; KOCH, M.C.; et al. O “Bê-Á-Bá” da aprendizagem baseada em equipe. **Rev Bras Educ Méd**, v. 40, n. 4, p. 602-620, 2016.

LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologias científica**. 6a ed. São Paulo: Atlas: 2009.

LIMA, V.V.; GOMES, R.; PADILHA, R.Q.; DE OLIVEIRA, M.S.; TEMPSKI, P.Z. **Nota técnica aprendizagem baseada em equipes: diretrizes, etapas e recomendações**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2016.

LIMA, W.M.; FREIRE, F.H.; OJIMA, R. Mobilidade e rendimento escolar dos estudantes de ensino médio em Natal (RN, Brasil). **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 10, n. 2, p. 346-356, 2018.

LIMBERG, J.B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem Para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 17, n. 47, p. 969-975, 2013.

MACHADO, D.C.; PERO, V.; MIHESSEN, V. Mobilidade urbana e mercado de trabalho na região metropolitana do Rio de Janeiro. **ABET**, v. 14, n. 2, p. 310-327, 2015.

MARINOTTI, M. Psicopedagogia comportamental. In: BANACO, R.A. **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. ARBytes, 1997.

MATOS, M.A. Análise de contingências no aprender e no ensinar. In DE ALENCAR, E.S. **Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem**. São Paulo: Cortez; 1993.

MICHAELSEN, L.K. Getting started with team based learning. In: MICHAELSEN, L.K.; KNIGHT, A.B.; FINK, L.D. **Team-based learning: a transformative use of small groups**. California: Praeger; 2002.

MICHAELSEN, L.K.; SWEET, M. Fundamental principles and practices of Team-Based Learning. In: MICHAELSEN, L.K.; PARMELEE, D.X.; MACMAHON, K.K.; LEVINE, R.E. **Team-Based Learning for health professions education: a guide to using small groups for improving learning**. Sterling, VA: Stylus Publishing; 2008.

MICHAELSON, L.K.; KNIGHT, A.B.; FINK, L.D. **Team-based learning**. Virginia: Stylus Publishing; 2004.

MOREIRA, M.A. Aprendizagem significativa: da visão clássica à visão crítica. **V Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa**, 2007.

MORETTIN, P.A.; BUSSAB, W.O. **Estatística básica**. 8a ed. São Paulo: Saraiva; 2013.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2003.

PARMELEE, D.; MICHAELSEN, L.K.; COOK, S.; HUDES, P.D. Team-based learning: a practical guide: AMME guide nº 65. **Med Teach**, v. 34, n. 5, p. e275, 2012.

PARMELEE, D.X.; MICHAELSEN, L.K. Twelve tips for doing effective Team-Based Learning (TBL). **Med Teach**, v. 32, n. 2, p. 118-122, 2012.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, 2015.

RANGEL, M.L.; BARBOSA, A.D.E.O.; RICCIO, N.C.; DE SOUZA, J.S. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da educação a distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 16, n. 41, p. 545-55, 2012.

SHEOPURI, A.; SHEOPURI, A. Impact of Social Networking Sites on Studies. **Int J Core Eng Manag**, v. 1, n. 11, p. 76-85, 2015.

SOARES NETO, J.J.N.; KARINO, C.A.; DE JESUS, G.R.; DE ANDRADE, D.F. A infraestrutura das escolas públicas brasileiras de pequeno porte. **Revista do Serviço Público**, v. 64, p. 3, p. 377-391, 2016.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

TORRES, P.L.; IRALA, E.A. Aprendizagem colaborativa: teoria e prática. Agrinho, 2014.

TURATO, E.R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VIANA, G.S.; YOUNG, C.E. Em busca do tempo perdido: uma estimativa do produto perdido em trânsito no Brasil. **Rev Econ Contemp**, v. 19, n. 3, p. 403-416, 2015.

## ENFERMAGEM E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Jéssica de Fátima Gomes Pereira<sup>1</sup>, Letícia Pontes<sup>2</sup>, Mitzy Tannia Reichembach<sup>2</sup>,  
Simone Martins Nascimento Piubello<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Paraná (UFPR); Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil;

2. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

### RESUMO

A inexistência da cura proporcionou a criação da prática interdisciplinar voltada para o conforto do paciente que vivencia o processo de morte. Nesse contexto, a identificação precisa dos sinais e sintomas deste paciente, não representa o cuidar em totalidade. O enfermeiro necessita ir muito além, principalmente quando assiste uma pessoa que está morrendo. Assim, o presente capítulo tem como objetivo conhecer como a Enfermagem desenvolve a assistência com os pacientes sob cuidados paliativos. Portanto, no desenvolvimento das ações, a Enfermagem se utiliza de métodos para organização da assistência, assim, ao adotar o processo de cuidado ou processo de enfermagem, favorece um ambiente cujo cuidado é realizado de forma individual, respeitando os valores pessoais, psicológicos, sociais, espirituais e culturais do paciente e da respectiva família.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem, Avaliação em Enfermagem e Cuidados Paliativos.

### ABSTRACT

The lack of a cure led to the creation of an interdisciplinary practice that aims the comfort of the patient who experiences the death process. In this context, the precise identification of the signs and symptoms of this patient does not represent total care. The nurse needs to go much further, especially when assisting a person who is dying. Thus, this chapter aims to understand how Nursing develops assistance to patients under palliative care. Therefore, in the development of actions, Nursing uses methods for organizing care, so, when adopting the care process or nursing process, it favors an environment whose care is performed individually, respecting personal, psychological, social, spiritual and cultural values of the patient and his family.

**Keywords:** Nursing Process, Nursing Evaluation and Palliative Care.



## 1. INTRODUÇÃO

A inexistência da cura para determinadas doenças proporcionou a criação de prática interdisciplinar que tem como finalidade promover conforto do paciente que vivencia o processo de morte e morrer. Esta, por sua vez, denominada de Cuidados Paliativos (CP), foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem que envolve o paciente e respectiva família em ações que buscam integrar aspectos emocionais, sociais, espirituais e culturais para obtenção da qualidade de vida diante da condição de terminalidade.

Ao seguir as recomendações da OMS, os CP devem ter início no momento em que se estabelece o diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura. O diagnóstico deve ser definido por equipe interdisciplinar em saúde e, para realizá-lo, deve-se observar o curso da doença, o momento da regressão da terapia curativista e o início da terapêutica paliativista (WHO, 2017).

Na prática dos CP, os profissionais de saúde devem considerar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), as quais deliberam que o paciente pode decidir ou comunicar os próprios desejos/decisões sobre cuidados e tratamentos que almeja, devendo o profissional considerá-los e registrar as DAV em prontuário. Porém, “no Brasil ainda não há legislação específica para as diretivas antecipadas de vontade, e desde a Resolução 1.995/2012 do CFM, as discussões ocorrem informalmente de forma discreta entre grupos de profissionais” (HASSEGAWA et al., 2019).

Em contraposição a essa nova perspectiva assistencial, profissionais de saúde desenvolveram sentimentos de impotência e fracasso, evidência que pode estar associada ao fato de, historicamente, terem formação baseada na medicina curativa, o que, por muitas vezes, não os permitem pensar em outras formas de promover o cuidado. Somando-se a isso, é notável que a dificuldade de acesso aos opioides e a escassez de serviços e programas especializados em CP, influenciam negativamente a prática do paliativismo (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Tal fato pode estar relacionado à prorrogação na criação de política que adotasse tais cuidados, pois apenas em outubro de 2018, por meio da Resolução nº 41 que as diretrizes para organização dos CP foram criadas. Esta Resolução dispõe que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados oferecidos no âmbito da Rede de Atenção à

Saúde, ou seja, deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Ainda assim, a compreensão do término da vida é o primeiro passo para que o profissional possa entender e desenvolver o CP. No entanto, os profissionais de enfermagem, por estarem em contato contínuo com o paciente, trazem a perspectiva de finitude para si, prejudicando o julgamento em relação ao efeito do cuidado realizado e, conseqüentemente, a não utilização de cuidados específicos ou o uso de tecnologias desnecessárias (SANTANA et al., 2017).

No desenvolvimento das ações, a Enfermagem tem como um dos desafios unir a arte e a ciência, de tal forma que o cuidado possa refletir a individualidade, a escolha, a dignidade e a compaixão, nos diferentes ambientes em que este seja realizado (SILVA; MEDEIROS; NÓBREGA, 2019).

Dessa forma, na realização dos cuidados como participante da equipe multiprofissional, a enfermagem se utiliza do Processo de Enfermagem (PE), para proporcionar cuidado planejado individualmente, ponderando as dimensões humanas – física, psicológica, social e espiritual (SILVA; MEDEIROS; NÓBREGA, 2019).

O PE vem sendo utilizado como método para favorecer o ambiente e sistematizar o cuidado planejado de forma individual. O processo pressupõe a adoção de determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais, bem como no conhecimento técnico-científico da área. Com o processo de enfermagem, o enfermeiro se torna mais próximo do paciente, da família e comunidade, como também de toda a equipe, pois passa a conhecer melhor as necessidades do paciente, sistematiza os resultados do cuidado planejado e propõe novas estratégias para continuidade (BARROS, 2016).

No Brasil, o emprego do PE foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. O COFEN (2009) organizou o PE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), II – Diagnóstico de Enfermagem, III – Planejamento de Enfermagem, IV – Implementação, V – Avaliação de Enfermagem. Contudo, esse processo deve estar alicerçado em uma teoria, que conduza os enfermeiros aos resultados esperados.

Destaca-se, ainda, que a identificação precisa dos sinais e sintomas de um paciente não representa o cuidar em totalidade. O enfermeiro necessita ir além, principalmente quando se assiste uma pessoa que está morrendo. Por isso, é necessário estar disposto a

conhecer e respeitar os valores pessoais, psicológicos, sociais, espirituais e culturais do paciente e da respectiva família (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “paliativo” remete ao cuidado e à atenção, originário do latim *pallium*, significa manto ou cobertura (PESSINI, 2007). Os princípios estão pautados na ideia de que a cura ou o controle da doença não são mais possíveis. Porém, muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, como o cuidado integral, com prioridade no controle de sintomas de desconforto e sofrimento, presentes durante o diagnóstico e tratamento de uma doença grave, como o câncer (MATSUMOTO, 2012).

O marco histórico dos CP foi evidenciado pelo trabalho desenvolvido pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, em 1947. Ao conhecer David Tasma, um paciente de 40 anos, com diagnóstico de carcinoma retal inoperável, Saunders foi desafiada a entender melhor o controle da dor e demais sintomas que afetavam a vida de David. Esse fato resultou na criação do 1º *Hospice* da nova era moderna em 1967, na cidade de Londres, denominado de *St. Christopher's Hospice* (SYKES; EDMONDS; WILES, 2004).

Porém, o termo *Hospice* teve origem no início da era cristã, quando houve a disseminação do cristianismo pela Europa. Nesse período, surgiram instituições que tinham a finalidade de ajudar as pessoas que estavam em processo de morte. Nesse caso, incluíam os desprotegidos, doentes e moribundos, cujas ações estavam ligadas à execução do compromisso cristão (SYKES; EDMONDS; WILES, 2004).

Contudo, muitos profissionais de diversos países passaram períodos de aprendizagem no *St. Christopher's Hospice* e puderam compartilhar a prática dos CP nos países em que habitavam. Em 1970, após o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, o movimento *Hospice* ganhou grande reconhecimento nos Estados Unidos (MATSUMOTO, 2012). Deve-se lembrar de que a psiquiatra Klüber-Ross instituiu a tanatologia como o estudo da morte, considerando esta como parte significativa da existência humana (KOVÁCS, 2014). Klüber-Ross, também, ficou muito conhecida pela definição dos cinco estágios apresentados pelo paciente, ao receber o diagnóstico de doença com

prognóstico reservado, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KOVÁCS, 2014).

Por volta de 1982, a OMS, por meio da formação de um grupo de pesquisa junto ao Comitê de Câncer, definiu, para pacientes com câncer, as políticas para o alívio da dor e os cuidados do tipo *Hospice*. Essas definições foram recomendadas para todos os países (MACIEL, 2008). Em 1990, a OMS conceituou pela primeira vez o CP como: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do CP é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”, lembrando que esse conceito foi redefinido e substituído pelo atual (WHO, 1990).

Atualmente, para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os CP estão baseados em princípios e não em protocolos. Deste modo, abordam-se doenças que ameaçam a vida e as ações que se expandem desde o diagnóstico até o período do luto, com suporte essencial à família, que é vista como um ser ativo no cuidado. Esses cuidados também se expandem para o espiritual, o que permite visão generalizada das necessidades do ser humano (WHO, 2017).

Os princípios anteriormente mencionados foram publicados em 1986 e reafirmados, em 2002, pela OMS, sendo: promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo normal da vida; não aceleração, nem adiamento da morte; intervenção nos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferta de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da morte; oferecimento de suporte aos familiares, durante a doença do paciente e no enfrentamento do luto; abordagem multiprofissional com acompanhamento no luto; melhora da qualidade de vida; início o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida (WHO, 2017).

Mas, apesar de, anualmente, mais de 100 milhões de pessoas receberem CP, menos de 8% desses realmente recebem o devido cuidado. Isso pode estar relacionado, ainda, ao despreparo dos profissionais para trabalharem com esse tipo de cuidado e à dificuldade de acesso às drogas para o alívio da dor (WPCA, 2014).

Em 2010, o *Economist Intelligence Unit*, comissionado pela *Lien Foundation*, ordenou um índice de qualidade de morte e publicou um relatório que quantificou a assistência desenvolvida no final de vida, em 40 países. Para construção dessa lista, consideraram-se os aspectos éticos e sociais que estavam relacionados ao processo de morrer, além do local da assistência em saúde, disponibilidade de cuidados, custos e qualidade. Nesse relatório,

o Brasil aparece em 38ª posição em qualidade de morte. Entretanto, em 2015, no segundo relatório publicado, em que se quantificaram 80 países, o Brasil passou a ocupar a 42ª posição. Enfatiza-se que nos dois relatórios publicado, o Reino Unido aparece no topo dos países com melhor qualidade de morte (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2016).

Assim, no Brasil, os CP começaram a ser discutido em 1980, essa nova temática alcançou realmente força a partir de 2002, com a consolidação dos antigos serviços e o surgimento de outros (MATSUMOTO, 2012).

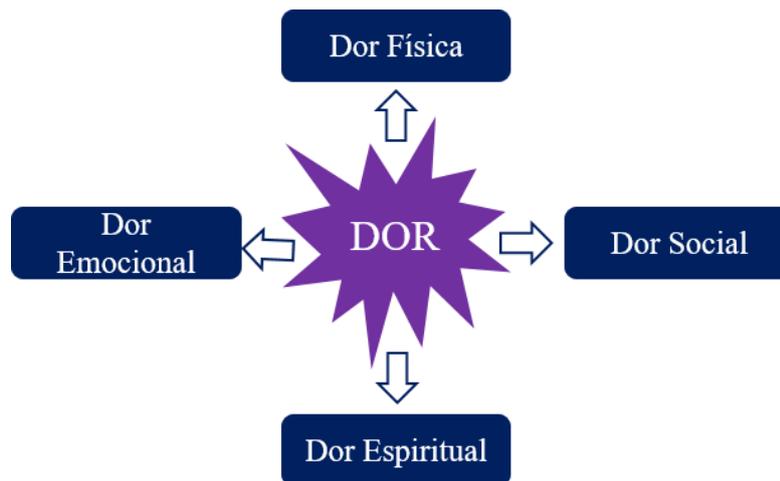
Ainda no contexto nacional, em 1997, criou-se a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), representando salto significativo no reconhecimento dessa prática no país. Essa associação foi criada por profissionais que desenvolviam as ações paliativas e divulgavam a filosofia desses cuidados para aprimorar o conhecimento e difundi-lo na internação, no atendimento ambulatorial e domiciliar (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro, que estabelece o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, com objetivo de criar nova cultura assistencial para a dor e CP, além de seguir medidas que possibilitem, no âmbito do sistema de saúde do país, abordagem multidisciplinar, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, familiares, sociais, religiosos, éticos, filosóficos do paciente, familiares, cuidadores e equipe de saúde (BRASIL, 2002).

## 2.2 A DOR E OS ASPECTOS MULTIDIMENSIONAIS

O conceito mais atual de dor, o qual é aceito pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), define-a como uma experiência que pode trazer angustia e que está associada a danos teciduais reais ou potenciais, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais (WILLIAMS; CRAIG, 2016) De acordo com a nova definição, o conceito de dor se torna mais extenso, pois descreve-a como uma experiência angustiante e perturbadora, reunindo os aspectos emocionais e sensoriais, valorizando os componentes cognitivos e sociais, que se apresentavam ausentes e que agora tornam o conceito de dor mais abrangente (SÁNCHEZ; LARGACHA, 2018).

Cecily Saunders, ainda em 1960, formulou o conceito de dor total, com ênfase nos aspectos físicos e não físicos da dor. Desta maneira, a dor passou a ser caracterizada como um sofrimento que envolve os componentes físico, social, mental e espiritual, conforme figura 1 (HERNANDÉZ, 2005).



**Figura 1.** Dor Total.

Fonte: Adaptado de Amaral et al. (2019).

Dessa maneira, considera-se que a dor possui inúmeras dimensões que necessitam ser observadas durante a avaliação clínica do paciente. Por este motivo, desde 1996, a dor foi citada como o quinto sinal vital. Ao considerá-la nessa perspectiva, os profissionais de saúde se tornam mais atentos para correta identificação, avaliação e tratamento desta (SBED, 2017).

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro exerce papel relevante no controle da dor, visto que é capaz de atuar durante a avaliação, o tratamento, o monitoramento dos resultados das terapias utilizadas e a comunicação das informações aos demais membros da equipe de saúde. Contudo, esses profissionais ainda apresentam conhecimento mínimo quanto às formas de avaliar a dor (QUEIROZ et al., 2015). Observa-se que ainda não consideram a dor como o quinto sinal vital, não incorporando, na rotina de trabalho, a avaliação sistemática da dor, em alguns ambientes de cuidado.

Observa-se que a ausência de conhecimento adequado e disponibilidade de mecanismos para mensuração da dor representam obstáculo para que a enfermagem desenvolva cuidado de qualidade. Desta forma, a dor se torna subestimada pela incapacidade de compreensão de suas dimensões e, diante dos sintomas algícos, por muitas vezes, utiliza-se apenas de terapias farmacológicas que, de certa forma, afastam a concepção da subjetividade do ser humano (QUEIROZ et al., 2015).

No que diz respeito à dimensão assistencial à enfermagem, há número expressivo de instrumentos que permitem assistir o paciente oncológico com dor, como escalas de

avaliação da dor, valorização individual da queixa álgica, além da administração dos fármacos, de acordo com a prescrição médica (OLIVEIRA; PALMA; CUNHA, 2016).

Destaca-se que a mensuração é considerada a forma mais prática de calcular a intensidade da dor, sendo esta evidenciada em número ou valor. Existem métodos para avaliação da dor, porém a Escala Analógica Visual (EAV) e a Escala Verbal Numérica (EVN) (Figura 2) correspondem aos métodos mais utilizados, quando se trata de mensuração das queixas álgicas (REGO, 2015).



**Figura 2.** Escalas de avaliação da dor

Fonte: Adaptado de Cunha e Rêgo (2019)

Considera-se que na atenção ao paciente oncológico com dor, ainda que sejam indispensáveis a utilização de recursos, como administração de fármacos analgésicos, utilização de técnicas e execução de protocolos, é imprescindível que, na realização do cuidar, exista o vínculo profissional/paciente, a empatia e o verdadeiro interesse em aliviar, confortar, apoiar, promover, restabelecer e fazer com que este paciente se torne satisfeito e que a vida desse indivíduo não se limite à dor oncológica (OLIVEIRA; PALMA; CUNHA, 2016).

### 2.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE SOB CUIDADOS PALIATIVOS

Ao refletir sobre os CP, na dinâmica profissional da enfermagem, deve se pensar sempre na operacionalização das etapas do PE. Ao utilizar-se da primeira etapa do PE, o histórico de enfermagem/avaliação clínica, o enfermeiro estabelece interação com o paciente e a família. E, por meio dos dados colhidos nessa etapa, esse profissional se torna capaz de

definir diagnósticos precisos e construir planos de cuidado individualizado (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Na quinta etapa, esse profissional avalia os cuidados desenvolvidos e redimensiona as ações, de acordo com as respostas obtidas dos pacientes e dos respectivos familiares e, desta maneira, os objetivos terapêuticos são alcançados (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Para a Maciel (2012), uma avaliação efetiva que inclua o histórico do paciente e o exame físico, é o ponto de partida para o planejamento dos cuidados e pode proporcionar palição eficaz dos sintomas. A Sociedade Francesa de Cuidados Paliativos descreve, desde 2000, os sinais e sintomas a serem ponderados na avaliação clínica de pacientes em CP, conforme figura 3.

Dimensão biológica	Dimensão psicológica	Dimensão social	Dimensão espiritual
Dor física Dispneia Náusea Constipação Diarreia Anorexia Cefaleia Tontura Mialgia Exaustão física Caquexia Fadiga Inapetência	Dor emocional Confusão Mental Insônia Impotência sexual Frigidez Irritabilidade Incapacidade de concentração Preocupação com a sua imagem corporal Raiva Negação Depressão Culpa Ansiedade Tristeza Autopunição Medo	Isolamento social Prejuízo na capacidade de trabalho Mudança nos relacionamentos	Sentimento de descrença Dúvidas acerca da sua fé Barganha Busca pelo significado da vida e da morte

**Figura 3.** Sinais e sintomas mais prevalentes em pacientes sob cuidados paliativos, conforme as dimensões do cuidado.

Fonte: Adaptado de Silva e Silva (2019).

Essa avaliação, portanto, deve conter elementos que compreendam quem é o paciente, quais as preferências deste, necessidades e dificuldades, expectativas e que permita conhecer a evolução da doença, os tratamentos realizados, as medicações propostas, as decisões clínicas, a evolução e o prognóstico da doença. Após essa avaliação,



é necessário acompanhamento da evolução desse paciente, frente ao tratamento proposto, observando principalmente a avaliação dos sintomas (MACIEL, 2012).

Destaca-se, ainda, que durante a avaliação/investigação dos sinais e sintomas, o enfermeiro deve estar atento para intensidade/gravidade, o tipo/descrição do sintoma, a duração, os fatores que exacerbam e o que alivia (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Contudo, um ponto a ser destacado, durante a avaliação clínica desse paciente, consiste na observação das necessidades deste. Para a Enfermagem, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, pode ser o alicerce na identificação dessas necessidades. Para Horta (1974), as necessidades geradas no homem são caracterizadas por estados de tensão consciente ou inconsciente que, por sua vez, levam esse indivíduo a buscar satisfação de tais necessidades para conseguirem manter o equilíbrio.

Abraham Maslow descreveu há décadas que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto, desenvolvendo a “hierarquia de necessidades de Maslow”, também conhecida como pirâmide de Maslow (MASLOW, 1970) (Figura 4). Para o autor, é necessário “escalar” uma hierarquia de necessidades para atingir a autorrealização.



**Figura 4.** Pirâmide da hierarquia de necessidades de Maslow.

Fonte: Adaptado de Maslow (1970).

De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a Enfermagem, na condução da assistência, mantém o respeito, a unicidade e a individualidade de cada pessoa. Desta maneira, o cuidado é prestado ao homem e não à doença, além de considerar, no

momento da realização do cuidado, o indivíduo como parte integrante de uma família e uma comunidade (HORTA, 1974).

No contexto dos CP, a Enfermagem exerce importante função, identificando sinais e sintomas, auxiliando a equipe multiprofissional no estabelecimento das prioridades do paciente, criando vínculo com o familiar, reforçando as orientações clínicas para alcançar os objetivos terapêuticos (FIRMINO, 2012).

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, (COREN/SC) (2016) alerta para a necessidade de adequado manejo dos sintomas e apropriada identificação destes. Enfatiza-se que existem ferramentas que auxiliam o profissional na avaliação fidedigna desses sintomas, a exemplo, têm-se as escalas utilizadas nos serviços de CP.

Dessa forma, o papel do enfermeiro, no tratamento desses sintomas, está vinculado, principalmente, à boa identificação, classificação, mensuração quanto à intensidade, localização, aos fatores desencadeantes e de alívio, além do reconhecimento das características multifatoriais e da influência dos elementos culturais, sociais e espirituais (COREN/SC, 2016).

Nesse sentido, ao avaliar o paciente sob CP, é fundamental o respeito pelos princípios que os norteiam. Ao observar esse aspecto, durante a avaliação clínica, é possível estabelecer elo com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Esse vínculo pode ser visto por meio dos aspectos relevantes abordados nos referidos princípios, que consiste em reafirmar a vida e agregar os aspectos psicológicos, psicoespirituais, psicossociais e culturais no cuidado ao paciente sem possibilidade terapêutica (SILVA; SILVA, 2019).

Ao utilizar essa teoria, o profissional é capaz de considerar o ser humano na sua transcendência, ou seja, centralizar as ações no cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, estabelecendo relação/conexão entre o ser que cuida e o ser-cuidado, o que torna essa uma ciência humana apropriada para a Enfermagem (WATSON, 2008).

Outra contribuição dessa teoria para a Enfermagem é a criação do processo *Clinical Caritas*, constituído por elementos derivados da referida teoria, que servem para efetivação do cuidado transpessoal na prática profissional (WATSON, 2008).

Acredita-se que a maior contribuição dessa teoria para a Enfermagem se centraliza na visão do indivíduo como um corpo-sujeito e no reconhecimento da Enfermagem como a arte e a ciência do cuidar. Essa teoria incorpora intensamente a dimensão espiritual no

processo de cuidar, cuja ação tem valor significativo para o paciente em processo de terminalidade (SILVA; SILVA, 2019).

Como ponto de partida para a efetivação da avaliação clínica do paciente em CP, o profissional realiza o preenchimento de algumas escalas, necessárias para o desenvolvimento de um plano de cuidado, a saber:

- **Edmonton Symptom Assessment System – ESAS**, utilizada na avaliação dos sinais e sintomas, é constituída por escalas visuais analógicas com pontuação que varia de zero a 10, sendo que a numeração mais alta demonstra a forma mais intensa do sintoma. Os sintomas avaliados nessa escala são dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite e dispneia (MANFREDINI, 2014);
- **Performance Paliativa Scale – PPS**, escala com 11 níveis de performance, os quais são avaliados de zero a 100, com intervalos de 10 que evidenciam cinco aspectos, a saber: capacidade de locomoção/deambulação; atividade e evidência da doença; capacidade para o autocuidado; ingestão alimentar espontânea; nível de consciência (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019). Para a utilização da PPS o profissional deverá realizar a leitura da esquerda para a direita, sendo que, quanto mais baixo for o valor, maior será a intensidade dos parâmetros a direita. Dessa maneira, é possível identificar os seguintes aspectos: PPS: 70% - 100% (Fase estável); PPS: 40%-60% (Fase transicional); PPS: 10% - 30% (Cuidados de fim de vida) e PPS: zero (óbito). Destaca-se que PPS <70% é indicativo de maior assistência de CP e PPS = ou < 30% é indicador de fim de vida, indicando que o profissional deve dar maior atenção ao controle dos sintomas (SILVA; TEIXEIRA; SILVA, 2019);
- **Confusion Assessment Method (CAM)**, instrumento com uma boa sensibilidade e especificidade, utilizado na identificação do delirium (Fabbri et al., 2001). Para Prayce, Quaresma e Neto (2018), o delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante muito comum nos pacientes internados, em especial, na população idosa e em CP. Para o diagnóstico é necessário que o profissional primeiramente realize uma avaliação cognitiva basal do paciente e, havendo um declínio cognitivo significativo, o profissional deverá atentar-se para a realização de uma investigação, utilizando-se para isso de instrumentos diagnósticos;
- **Constipation Assessment Scale (CAS)**, escala que prevê graduação da constipação (McMILLAN; WILLIAMS, 1989), **The Bristol Stool Scale**, escala que avalia as características das fezes e **Constipation Risk Assessment Scale**, utilizada para avaliação dos fatores de risco para a constipação (SANTOS, 2009).

Em CP, uma das principais causas de constipação intestinal é contínuo uso de opióides para o alívio da dor. A utilização de opióides, ao lado da inatividade física, baixa

ingestão hídrica e nutricional corresponde às três causas mais comuns de constipação entre os pacientes com diagnóstico de câncer (SANTOS, 2009).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos permitem a assistência ao ser humano de forma multidimensional. Os profissionais de saúde, ao desenvolverem tais cuidados, rompem com a barreira do curativismo, para desenvolver o cuidado direcionado à promoção do conforto e não para cura da doença. Nesse contexto, a Enfermagem se utiliza do processo de trabalho para desenvolver ações que envolvem o paciente e a família, em um cuidado que busca atender a todas às necessidades do ser enfermo. Esse processo de trabalho, denominado de processo de enfermagem, possibilita troca de informações entre profissionais, nos diferentes contextos institucionais, trazendo benefícios para o paciente e a instituição.

Dessa forma, a Enfermagem desenvolve a prática profissional nos cuidados paliativos, construindo plano de cuidados que contemplam ações sistematizadas para o tratamento de sinais e sintomas. Assim, o enfermeiro trabalha com identificação satisfatória, classificação, mensuração quanto à intensidade, localização, fatores desencadeantes e de alívio de sintomas, além do reconhecimento das características multifatoriais e da influência dos elementos culturais, sociais e espirituais para o cuidado do paciente enfermo sem possibilidade de cura.

### 4. REFERÊNCIAS

AMARAL, J. B. et al. As Dimensões da Dor na Pessoa em Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, Brasília, 2002. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 225, 23 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358/2009. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de

Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção. 01, 23 de outubro de 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Enfermagem em cuidados paliativos**. Florianópolis: Letra Editorial, 2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Brasília: Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 31 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 240, 12 dez. 2017.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-52, 2016.

CUNHA, F. F.; RÊGO, L. P. Enfermagem diante da dor oncológica. **Rev DoR**, v. 16, n. 2, p. 142-5, 2015.

FABBRI, R. M. A. et al. Validação e confiabilidade da versão em língua portuguesa do confusion assessment method (CAM) para detecção de delirium no idoso. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 59, n. 2, p. 75-179, 2001.

FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012.

HERNANDÉZ, J. J. Etiologia y patogenia del dolor en el câncer. In: VILLORIA C.M. **Dolor oncológica reunión de expertos**. Salamanca: Fundacion Grunenthal; 2005, p. 13-16.

HORTA, W.A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev Esc Enf USP**, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev Bioét (Impr.)**, v. 22 n. 1, p. 94-104, 2014.

OLIVEIRA, L. O.; SOBRINHO, N. P.; CUNHA, B. A. S. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. **Rev Dor**, v. 17, n. 3, p. 219-222, 2016.

PAIN ASSESSMENT METHOD. **PQRST**. Disponível em: <<http://www.crozerkeystone.org/healthcareprofessionals/nursing/pqrst-pain-assessment-method>>. Acesso em: 21/01/2019.

QUEIRÓZ, D. T. G. et al. DOR – 5º SINAL VITAL: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 7186-92, 2015.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev Bioét (Impr.)**, v. 22 n. 1, p. 94-104, 2014.

HASSEGAWA, L. C. U. et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 72, n. 1, p. 266-75, 2019.

HERMES, H, R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 2577-2588, 2013.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.

MCMILLAN, S. C.; WILLIAMS F. A. Validity and reliability of the constipation assessment scale. **Cancer Nurs**, v.12, n. 3, p.183-188, 1989.

MANFREDINI, L. L. **Tradução e validação da Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), em pacientes com câncer avançado**. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 2ª ed. New York: Harper and Row, 1970.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PRAYCE, R; QUARESMA. F; NETO, I. G. Delirium: O 7º Parâmetro Vital? **Acta Med Port**, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018.

SANTOS, I. M. Consenso Brasileiro de constipação induzida por opioides. **Rev Bras Cuid Paliat**. v. 2, n. 3(Suppl), p. 12-6, 2009.

SÁNCHEZ, J. R. L.; RIVERA-LARGACHA, S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. **Rev Cienc Salud**, v.16, n. 2, p. 340-356, 2018.

SILVA, R. S.; MEDEIROS, A. C. T.; NÓBREGA. M. M. L. Processo de Enfermagem no Contexto dos Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019.

SILVA, R. S. da.; SILVA, M. J. P. da. A enfermagem e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019.

SILVA, M. G.; TEIXEIRA, G. A. da S.; SILVA, R. S. A Enfermagem e os Cuidados Paliativos à Pessoa Adulta. In: SILVA, R. S. da.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Dor – 5 Sinal Vital**. São Paulo: SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2017.

SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. Management of Advanced Disease. In: SAUNDERS, D. C. **Introduction**. London: Arnol, 2004.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death.** Ranking end-of-life care across the world. London, 2010. Disponível em: <<https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 12/01/2018.

WILLIAMS, A.; CRAIG, K.D. Updating the definition of pain. **Pain**, v.157, n. 11, p. 2420-3, 2016.

WATSON J. **Nursing: The Philosophy and Science of Caring.** Revised ed. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.** England: WHO, 2014. Disponível em: <[https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)>. Acesso em: 12/06/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Cancer pain and palliative care.** Geneva: WHO, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Definition of palliative care.** Genebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

## ENFERMEIRO FRENTE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Graciely dos Santos da Luz<sup>1</sup>

1. Faculdade Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.

### RESUMO

O enfermeiro atua em vários setores no âmbito hospitalar, porém, nas unidades de urgência e emergência esse profissional tem papel decisivo e de suma importância no atendimento ao público, o qual pode ser visto como a porta de entrada para o atendimento, independentemente, dos setores a serem destinados e dos tipos de problemas de saúde, e atualmente, tem tido um aumento considerável na demanda nesses setores, afim de aprimorar o atendimento, foi criado o Protocolo de Classificação de Risco (PCR), que tem como função a reorganização e agilidade no decorrer do atendimento ao paciente conforme as peculiaridades de cada indivíduo. Logo, o presente estudo teve como objetivo delinear o papel do enfermeiro frente a classificação de risco na Unidade De Urgência e Emergência. O embasamento teórico-científico ocorreu a partir de uma revisão de literatura empregando-se os seguintes materiais: livros, artigos, sites oficiais e nos bancos de dados Bireme, MedLine/PubMed, Scielo e LILACS. Os resultados apontaram que a classificação de risco tem papel essencial no atendimento dos pacientes na Unidade de Urgência e Emergência, visto, que os mesmos vão sendo atendidos conforme o estado de gravidade, mas, ainda não foi implementada em muitas instituições. Conclui-se que o papel do enfermeiro se destaca no processo de classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, mas, essa prática ainda não adotada em muitas dessas instituições, no entanto, quando esse setor funciona de forma eficaz e segue um protocolo, o atendimento ao paciente ocorre com maior fluidez, contribuindo na dinâmica e no suporte aos usuários, seja do paciente, dos familiares e acompanhantes.

**Palavras-chave:** Classificação de risco, Unidade de Urgência e Emergência e Saúde.

### ABSTRACT

The nurse works in various sectors in the hospital, however, in urgent and emergency units this professional has a decisive and extremely important role in serving the public, which can be seen as the gateway to care, regardless, of the sectors to be targeted and the types of health problems, and currently, there has been a considerable increase in demand in these sectors, in order to improve the service, the Risk Classification Protocol (PCR) was created, whose function is to reorganize and agility in patient care, according to the peculiarities of each individual. Therefore, the present study aimed to outline the role of the nurse in relation to the risk classification in the Urgency and Emergency Unit. The theoretical-kinetic basis was



based on a literature review using the following materials: books, articles, official websites and in the Bireme, MedLine / PubMed, Scielo and LILACS databases. The results showed that the risk classification has an essential role in the care of patients in the Urgency and Emergency Unit, since they are being treated according to the state of severity, but it has not yet been implemented in many institutions. It is concluded that the nurse's role stands out in the risk classification process in urgent and emergency units, but this practice has not yet been adopted in many of these institutions, however, when this sector works effectively and follows a protocol, patient care occurs with greater fluidity, contributing to the dynamics and support for users, whether of the patient, family members and companions.

**Keywords:** Risk classification, Urgency and Emergency Unit and Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A cada dia as buscas por atendimento nas unidades de urgência e emergência por pacientes graves tem aumentado de forma significativa, nesse sentido, é fundamental agilizar o atendimento, portanto, afim de normatizar o atendimento desses indivíduos, o enfermeiro pode atuar na classificação de risco, pois, dessa forma torna-se possível o atendimento humanizado e conforme os preceitos delineados pelas políticas públicas de saúde preconizadas pelos Ministério da Saúde (MS).

Através da classificação de risco realizada na unidade de urgência e emergência, é feita a definição das prioridades, as quais se estabelecem de acordo com o grau de complexidade apresentada pelos pacientes, ou seja, os mesmos não são classificados como no sistema antigo e de outros hospitais que não são especificamente de urgência e emergência, visto, que nesses locais o usuário é atendido conforme a ordem de chegada, o que elevaria o grau de riscos e de agravo ao quadro clínico do paciente.

Diante do exposto anteriormente, um profissional que se destaca na equipe multidisciplinar é o enfermeiro, já que o mesmo tem a responsabilidade da efetivação da classificação de risco, nesse contexto, pode-se questionar: como o enfermeiro pode atuar frente a classificação de risco na unidade de urgência e emergência?

A atuação da enfermagem frente a classificação de riscos tem sido imperdível na agilidade do atendimento oferecido nas unidades de urgência e emergência, tendo em vista, que assim é possível reduzir o tempo de espera, levando o paciente ao atendimento imediato, além, de encaminhá-lo ao setor correto, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente estudo teve como objetivo geral evidenciar com é a atuação do enfermeiro frente a classificação de risco na unidade de urgência e emergência, de forma específica,

apontar como deve ocorrer a classificação e os critérios que devem ser adotados pelo enfermeiro afim de agilizar todo o processo de atendimento, desde a chegada até a sua transferência para o setor onde será feito o atendimento.

A relevância do presente estudo, está voltada para a importância do papel e da atuação do enfermeiro frente a classificação de risco na unidade de urgência e emergência.

Este estudo foi fundamentado a partir de uma revisão de literatura, empregando-se revistas, artigos e livros, bem como, em arquivos publicados nos bancos de dados virtuais, que são: Bireme, MedLine/PubMed, Scielo e LILACS. Utilizou-se as seguintes palavras-chave: “Classificação de risco”, “Unidade de Urgência e Emergência”, “Saúde” e “Atendimento”. Foram usados os arquivos publicados nas línguas inglesa e portuguesa. Encontrou-se 275 arquivos, dos quais selecionou-se 75 para leitura e, ao final foram utilizados 16 no embasamento deste estudo.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Godoy (2010), menciona que a superlotação nas unidades de urgência provoca longas filas de espera nos serviços de saúde em geral. Mas, o maior agravante nessa situação é que os pacientes que de fato precisam ser atendidos de imediato, ou seja, os que verdadeiramente correm risco de perder a vida, como por exemplo, os hipertensos, os cardíacos, os diabéticos, com queixas neurológicas, entre outros, podem ficar muitas horas esperando pelo atendimento médico, devido a falta de uma triagem ou de uma classificação de risco. Contudo, a classificação de risco, demanda planejamento e elaboração de protocolos que preconizam critérios de triagem dos pacientes que precisam ter prioridade no atendimento, levando-se em conta o risco ou agravo à saúde ao qual o usuário está sujeito.

No entanto, para falar desse assunto é importante trazer o conceito de “urgência e emergência”, nesse contexto, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1451/95 delibera que:

URGÊNCIA, ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata’, e EMERGÊNCIA, como ‘a constatação médica de condições de agravo à saúde

que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (CFM, 1995).

Segundo Godoy (2010), “A finalidade de uma unidade de urgência é receber e atender, de modo adequado, os pacientes que requerem cuidados emergenciais, ou seja, a meta é a avaliação imediata e a pronta admissão dele dentro do hospital”. Além disso, “[...] o cuidado humanizado visa promover uma prática singular, refletida no acolhimento e na compreensão, não somente da história de vida do paciente e de sua família, mas também de suas necessidades biopsicossociais e espirituais” (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012).

De acordo com Sousa et al. (2019), “Classificação de Risco foi evidenciado como principal dispositivo para a efetiva operacionalização da Política Nacional de Humanização e existem barreiras para sua efetivação relacionadas à organização das redes de atenção à saúde, problemas estruturais e ao trabalho multiprofissional”. Este tipo de tratamento “É a possibilidade de encontro e afetividade nos serviços de saúde. Ele promove novas posturas e representa uma ferramenta potente de análise da gestão” (FALK et al., 2010).

Para Zanelatto e Dal Pai (2010), a emergência é a situação de agravo à saúde que demanda a intervenção médica imediata por haver risco iminente de vida, já a urgência é uma classificação voltada aos casos em que existe o risco à vida, porém, com a necessidade de apoio à saúde de caráter menos imediatista.

Oliveira, Silva e Costa (2012), preconizam que “A assistência acolhedora, principalmente em casos de patologia grave ou estado crítico de saúde, é essencial àquele que a recebe, denota humanização e qualidade assistencial e garante a Integralidade prevista pela Constituição e garantida pelo SUS”. Pois, de acordo com Bellucci Júnior e Matsuda (2011):

[...] a promoção da qualidade do atendimento prestado em Serviço Hospitalar de Emergência é vinculada às ações de humanização do cuidado e do cuidador e que a atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco é uma das principais estratégias para o gerenciamento da qualidade nesses serviços”.

Na busca de melhorar a qualidade da assistência prestada na área da saúde no país, o MS propôs, em 2004 a PNH e da Gestão do SUS (HumanizaSus) apresenta o acolhimento ao usuário como um dos fundamentais a humanização do atendimento e das relações de trabalho. Nesse contexto, na área da saúde, o acolhimento é acentuado como uma prática que coloca o usuário como participante ativo no decorrer do processo de construção das relações de produção do cuidado. Sendo assim, a qualidade dos serviços prestados nas

unidades de urgência e emergência, o MS apresenta o Acolhimento proferido através das ações de Classificação de Risco. Nesse sentido, o usuário é qualificado em um sistema de cores da seguinte forma: Vermelho – emergência; Amarelo – urgência; Verde – menor urgência e; Azul – não urgência (BRASIL, 2004).

Desse modo, Bellucci Júnior e Matsuda (2012), preconizam que no serviço de urgência e emergência o processo de trabalho está preparado para se desenvolver com fundamento nas atividades que priorizam os casos de maior gravidade para o atendimento. Logo, além da organização do processo de trabalho, as unidades de urgência e emergência que implantaram o serviço de classificação de risco estão legalmente amparadas quanto ao cuidado prestado ao usuário, visto, que desde o atendimento inicial, quando é feita a consulta de enfermagem, são registradas as condições de saúde dos pacientes e de todos que procuram a unidade de saúde.

Camara et al. (2015), averbam que os serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos e privados são avaliados como as portas de entrada para quem busca atendimento para os diversos tipos de problemas de saúde. Consequentemente, devido ao aumento da demanda que procura por esse serviço, foram instituídos os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco (PACR) que tem como objetivo a reorganização e a agilidade do atendimento conforme as reais necessidades de cada indivíduo. Nesse contexto, o enfermeiro se destaca, pois, o mesmo atua na linha de frente como responsável pela aplicação do protocolo e respectiva classificação para que posteriormente seja feito o atendimento dos pacientes segundo a prioridade indicada.

Soares, Brasileiro e Souza (2018), a classificação de risco é um dos instrumentos essenciais de auxílio para alcançar a qualidade no atendimento “de porta” dos serviços de emergências dos hospitais do Brasil.

No que se refere aos objetivos da classificação do risco, este método tem como foco:

[...] avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja avaliado precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário; informar o tempo de espera; e retornar informações aos familiares (GODOY, 2010).

Segundo os autores Camara et al. (2015), mesmo com os desafios encontrados a classificação de risco se estabelece como um dos dispositivos imprescindível para um

processo de trabalho mais eficiente, e de suma relevância para avaliação dos usuários, permitindo o aumento do acesso, bem como sua oferta igualitária.

## 2.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Estudo de revisão de bibliografia realizado por Freitas et al. (2015), demonstrou que a forma mais adequada de atuar na classificação de risco, é através de uma assistência mais humanizada, que deve ser prestada aos pacientes que procuram atendimento nas unidades de urgência e emergência. Evidenciou também, que é de suma importância a presença da humanização no cuidado prestado pelos profissionais. Desse modo, o enfermeiro se torna mais qualificado de forma geral, quando se torna mais solidário e humano distinguindo o sofrimento do próximo tanto no aprimoramento da qualidade de serviços como na assistência pessoal.

A lei número 7.498 de 25 de junho de 1986, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, que determina que o enfermeiro tenha competências para realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade que demandam conhecimentos científicos e capacidades de adotar decisões rápidas. Conseqüentemente, o enfermeiro é o profissional que deve ter habilidades para atuar na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência afim de afiançar eficiência no atendimento, bem como, de proporcionar segurança nas ações assistenciais (COFEN, 1986).

É de suma importância o protocolo de classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, nesse pressuposto, Oliveira, Silva e Costa (2012), averbam que a busca desenfreada de pacientes com queixas, quadros e sintomatologias diversificadas demonstra a dificuldade de delinear um perfil igualitário dos pacientes, portanto, esse fator e o excesso de pacientes demonstram que a classificação de risco deva ser realizada pelos enfermeiros.

Sendo assim, Gatti e Leão (2004), citam que o enfermeiro é o primeiro contato da equipe de emergência com o paciente, nesse contexto, cabe a esse profissional o papel de orientador, adotando a coleta de dados sobre a sintomatologia, sobre os medicamentos em uso e detectando prováveis falta de informação nesses aspectos, ou até mesmo, relativos a outras assuntos de fluxo e especificidade de atendimento do setor. Além disso, tem ainda, um papel de relações públicas nessa ocupação, que beneficia de forma significativa a relação da instituição com o paciente, minimizando a preocupação do paciente pela consignação da

comunicação interpessoal, que se estabelece como uma das principais ferramentas de trabalho do profissional de enfermagem.

Godoy (2010), prenuncia que a implementação do protocolo de classificação de risco possibilita, além disso, à equipe de enfermagem a prática e a criação de táticas mais eficientes para enfrentar os problemas e a necessidade de saúde da comunidade. Isso demanda, dos enfermeiros, a incorporação de discussões contínuas em relação ao processo de trabalho e da relação que criam com os pacientes, acompanhantes e familiares nas unidades de saúde. Sendo assim, a partir da relação entre o profissional e usuário, ocorrem as relações de escuta, de responsabilizações e de poder, que se estabelecem a através da construção de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção.

Nesse pressuposto, os autores Camara et al. (2015), corroboram que o profissional de enfermagem é componente imprescindível para o funcionamento eficaz da classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, tendo em vista, que essa ferramenta é responsabilidade exclusiva do enfermeiro. Nesse sentido, compete ao profissional de enfermagem entender de forma holística de todos os procedimentos e métodos empregados na classificação de risco.

Logo, Zanelatto e Dal Pai (2010), destacam, que na rotina de trabalho do enfermeiro verificou-se que o setor de emergência é um local agitado, visto, que ocorre um grande fluxo e diversidade de demanda dos usufrutuários que buscam esse serviço. Mas, a necessidade, nem sempre se destina a esse serviço, contudo, devido a busca de atendimento imediato, o setor de urgência e emergência é a preferência do usuário.

No que se refere a atuação do enfermeiro na unidade de urgência e emergência Godoy (2010), diz que: “Suas atividades abrangem a resolução de problemas com falta de vagas, questões de ordem administrativa, controle de materiais e equipamentos, isso tudo aliado à assistência ao paciente em estado crítico e outras situações do cotidiano da enfermagem”.

Diante da demanda dos usuários das unidades de saúde, Lazzari, Jacobs e Jung (2012), aludem que o enfermeiro deve ouvir a queixa, os medos e as expectativas, além de identificar os riscos e as vulnerabilidades de cada paciente. Por conseguinte, deve acolher também a avaliação do usuário e se responsabilizar para atribuir uma resposta apropriada ao problema, agregando as necessidades imediatas dos usuários com o serviço ofertados. Destarte, os resultados positivos decorrentes do atendimento realizado dependem tanto da qualidade técnica com que ele é feito quanto da qualidade das interações entre os envolvidos que o fazem, que nesse caso consiste do enfermeiro e o paciente.

Segundo Lima Neto et al. (2013), o enfermeiro, é considerado um profissional importante nas unidades de saúde e, conseqüentemente, um potencial utilizador e implementador da prática de atendimento humanizado, nesse pressuposto, esse profissional deve ter competências e aptidões para atuar em instituições de urgência e emergência. Visto, que esse serviço demanda habilitação específica e a necessidade de o profissional ter raciocínio crítico e reflexivo e ser capaz de tomar decisões imediatas.

Em complemento ao exposto anteriormente, Sousa et al. (2019), articulam que na unidade de urgência e emergência, o enfermeiro pode adotar o protagonismo na execução da Política Nacional de Humanização, através do gerenciamento de casos, responsabilizando-se pela classificação, direcionamento e integração de todos os setores da instituição, sendo este um potencial qualificador do cuidado com o paciente.

Além disso, Freitas et al. (2015), citam que o trabalho do profissional de enfermagem na classificação de risco se fundamenta na tomada de decisão, em que a escuta qualificada e a avaliação clínica e crítica dos relatos levam a um raciocínio coerente, que evidenciará o risco. Nesse contexto, o processo decisório estabelecido pelo enfermeiro na classificação de risco, tem como foco abranger a informação clínica, a sequência em que a esta se processa e as vias pelas quais motivarão a categoria de classificação.

Portanto, no que se refere a atuação do enfermeiro, Acosta, Duro e Lima (2012), preconizam que em relação às práxis desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no decorrer da efetivação da classificação de risco, as bibliografias evidenciaram a avaliação do paciente e a tomada de decisão, determinam a classificação e a priorização do acolhimento no serviço de urgência conforme a gravidade. Esses fatores demonstram que o enfermeiro tem conhecimentos e aptidões específicas para determinar a prioridade no decorrer do atendimento, que compreendem desde o conhecimento administrativo e clínico e olhar usuário, até as habilidades de intuição e comunicação. De tal modo, esse profissional conduz o fluxo de oferta e de demanda dos pacientes, dos acompanhantes e das famílias nos serviços de urgência e emergência, colaborando para a redução da morbimortalidade. Por fim, é possível verificar que o enfermeiro tem a competência de organizar o atendimento de acordo com a prioridade do acolhimento e a prestação dos serviços, logo, pode-se enfatizar, que este é um profissional que tem o perfil de atuar com excelência na realização da classificação de risco nas unidades de urgência e emergência.

### 3. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo delinear o papel do enfermeiro frente a classificação de risco na unidade de urgência e emergência, através de pesquisa bibliográfica, sendo assim, verificou-se que essa ferramenta possibilita uma assistência célere para os pacientes conforme o estado clínico, nesse sentido, a classificação de risco é feita a partir da utilização de pulseiras nas cores: Vermelho (emergência); Amarelo (urgência); Verde (menor urgência) e; Azul (não urgência).

O Ministério da Saúde tem implementado essa prática nas unidades urgência e emergência, para que possa oferecer um atendimento humanizado aos pacientes, acompanhantes e familiares, contudo, ainda há muito que melhorar nas ações que vem sendo praticadas, principalmente no que tange ao aperfeiçoamento dos fluxos e no atendimento as necessidades biopsicossociais.

Para que essa prática funcione, as condutas do enfermeiro são fundamentais, visto, que os mesmos tem contato direto com o paciente e com a realidade vivenciada pelo mesmo no momento de maior fragilidade, que, portanto, precisa ser acolhido e avaliado para dar seguimento ao seu atendimento na unidade hospitalar.

Todas as ações propostas pelo protocolo de classificação de riscos no setor de urgência e emergência voltadas ao atendimento ao usuário, são preconizadas no HumanizaSus com o objetivo de aprimorar o atendimento dos pacientes em estado crítico, conforme preconiza o estatuto do SUS, tendo em vista, que prioriza e agiliza o acolhimento nas unidades hospitalares, contribuindo para a dinâmica da atuação profissional em todos os setores para os quais o paciente for encaminhado.

### 4. REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento Com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.



CAMARA, R. F. et al. O Papel do Enfermeiro no Processo de Classificação de Risco na Urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1.451/1995**. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe e equipamentos para prontos socorros. Diário Oficial da União, p. 3666, 17 de março de 1995.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em 02/06/2020.

FALK, M. L. R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev APS**, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010.

FREITAS, F. F. B. et al. O papel do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco no setor de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 2, p. 3, p. 314-333, 2015.

GATTI, M. F. Z.; LEÃO, E. R. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridade de atendimento. **Nursing**, v. 13, n. 7, p. 24-29, 2004.

GODOY, F. S. F. **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UMA URGÊNCIA**: percepção do enfermeiro a partir da implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. (Dissertação) Mestrado - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, 2010.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, L. G.; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev Enferm UFSM**, v. 13, n. 1, p. 116-124, 2012.

LIMA NETO, A. V. et al. ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM PRONTO-SOCORRO ADULTO: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, R. F.; SILVA, M. A.; COSTA, A. C. J. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELA ENFERMEIRA: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 409-422, 2012.

SOARES, A. C. L.; BRASILEIRO, M.; SOUZA, D. G. Acolhimento Com Classificação de Risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. **Revista Recien**, v. 8, n. 22, p. 22-33, 2018.

SOUZA, K. H. J. F. et al. HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, p. e20180263, 2019.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de Acolhimento no Serviço de Emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010.

## O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS A PACIENTES COM FERIDAS E LESÕES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE

Vitor Castro da Silva<sup>1</sup>

1. Centro Universitário FAMETRO, Manaus, Amazonas, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o conhecimento referente ao processo de avaliação de feridas, realizado por enfermeiros da assistência de uma unidade de saúde de alta complexidade. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva com uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada a partir da coleta de dados de um questionário, através do programa online Google Forms. **Resultados:** Ficou evidenciado que os enfermeiros necessitam de especialização e educação continuada, pois a inexperiência é um fator que contribui muito para um bom rendimento em sua área de atuação, a falta de treinamento específico para essa área é escassa, é isso implica muito na tomada de decisão de uma boa avaliação de feridas. **Conclusão:** O enfermeiro é responsável pelos cuidados e tratamentos do paciente portador de feridas e lesões, através disso deve buscar uma estratégia que lhe permitirá um melhor tratamento para esse tipo de caso. **Contribuições e implicações para a Enfermagem:** O estudo buscou entender um pouco da visão clínica dos enfermeiros, na abordagem desses procedimentos, visando compreender as dificuldades vivenciadas, e suas limitações. Portanto, os treinamentos e atualizações têm um papel importante nas tomadas e decisão de uma intervenção mais eficaz, mais rápida, garantindo assim mais humanização a essas pessoas portadoras de feridas e lesões.

**Palavras-chave:** Cicatrização de feridas, Ferimentos e lesões e Lesão por pressão.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the knowledge related to the wound assessment process, performed by nurses from the assistance of a high complexity health unit. **Method:** This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. The research was carried out by collecting data from a questionnaire, through the online program Google Forms. **Results:** It was evidenced that nurses need specialization and continuing education, because inexperience is a factor that contributes a lot to a good performance in their area of activity, the lack of specific training for this area is scarce, this implies a lot in taking decision-making for good wound assessment. **Conclusion:** The nurse is responsible for the care and treatment of the patient with wounds and injuries, so he must seek a strategy that will allow him to better treat this type of case.

Contributions and implications for Nursing: The study sought to understand a little of the nurses' clinical view, in the approach of these procedures, aiming to understand the difficulties experienced, and their limitations. Therefore, training and updates play an important role in making and deciding on a more effective, faster intervention, thus ensuring more humanization for these people with wounds and injuries.

**Keywords:** Wound healing, Wounds and injuries and Pressure injury.

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo assunto abordado surgiu na graduação, de uma curiosidade de qual é o critério de avaliação e recuperação que o enfermeiro utiliza em relação a ferida, seja ela necessitando de um serviço de atenção primária, secundária ou terciária. Sabemos que há um anexo da resolução COFEN 0567/2018 que regulamenta a atuação dos enfermeiros mediando ao cuidado de pacientes portadores de feridas e lesões (COFEN, 2018).

Atualmente, os clientes acamados que se encontram nas enfermarias possuem uma ferida, devido ao estado em que se encontram alguns por possuírem uma patologia que adere ao surgimento da ferida, outros por possuírem incapacidade de locomoção, ou até mesmo pela falta de orientações de técnicas e métodos terapêuticos que alguns enfermeiros desconhecem. Em vista que o profissional de enfermagem convive diariamente com as feridas e lesões da pele (MORAIS et al., 2008).

A ferida é uma ruptura na continuidade e nos processos reguladores das células teciduais; a cicatrização de feridas é a restauração dessa continuidade. Todavia, a cicatrização de feridas pode não restaurar a função celular normal (MOREIRA et al., 2009). É importante conhecer a etiologia de uma ferida porque o tratamento para ela varia, dependendo do processo patológico subjacente (SILVA et al., 2007).

Há muitos modos de classificar as feridas, como o mecanismo da lesão: feridas por incisão, feridas contusas, laceradas, por objetos perfurantes. Através dessa classificação possibilita ao enfermeiro compreender os riscos associados a ferida e as implicações para a recuperação, tendo assim uma assistência de qualidade. Também a avaliação pelo grau de contaminação como: limpa, limpo-contaminada, contaminada e infectada, a limpeza da ferida ou as qualidades descritivas do tecido da ferida, como cor, odor e o estado em que ela se apresenta com presença de exsudato ou não (SILVA et al., 2007; MORAIS et al., 2008).

A cicatrização das feridas envolve processos fisiológicos integrados, como as fases da cicatrização das feridas – inflamação, reconstrução (proliferação) e maturação

(remodelagem) – envolvem processos contínuos e superpostos. As camadas de tecido envolvidas e sua capacidade de regeneração determinam o mecanismo de reparo para qualquer ferida (NETTINA, 2014).

Dessa forma será possível estabelecer um cuidado satisfatório para os procedimentos, e observar os recursos materiais que o enfermeiro utiliza para proceder à avaliação da ferida, tendo em vista que esse tratamento constitui-se de um processo complexo, que depende da sistematização e intervenções de acordo com cada momento do processo de cicatrização. Diante disso surgiu a problemática: De que forma o enfermeiro realiza o cuidado em pacientes com feridas e lesões?

Observando e identificando o nível de conhecimento dos enfermeiros da assistência de uma unidade de saúde de alta complexidade em relação a avaliação e ao cuidado de feridas em pacientes portadores de feridas e lesões no âmbito hospitalar, mediante à Norma Técnica que regulamenta a competência da equipe de Enfermagem no cuidado às feridas.

Diante da importância da avaliação para a abordagem do tratamento de feridas, surgiu a necessidade de realizar um estudo que pudesse investigar a conduta tomada pelos enfermeiros assistenciais para o tratamento adequado de feridas e lesões, em vista que o tratamento constitui-se de um processo complexo, que requer uma avaliação sistematizada e cuidados de acordo com cada momento do processo de cicatrização e suas evoluções por etapas.

Para cada etapa requer uma avaliação diferenciada; identificando os materiais que os enfermeiros utilizam para proceder com os tratamentos de recuperação tecidual.

A avaliação atuará como recurso para elaborar um plano de cuidado e estratégias de tratamento, priorizando o estado atual que o cliente portador de feridas e lesões se encontra, utilizando também uma conduta terapêutica ampla, com variações de métodos propícios, com o intuito de proporcionar uma cicatrização eficaz com conforto para o cliente.

O profissional enfermeiro possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do cliente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas (MORAIS et al., 2008).

O presente estudo teve como objetivo geral: Averiguar o conhecimento referente ao processo de avaliação de feridas, realizado por Enfermeiros da assistência de uma unidade de saúde de alta complexidade em relação à Norma Técnica que regulamenta a competência da equipe de Enfermagem no cuidado de feridas. Os objetivos específicos foram: Analisar o conhecimento dos enfermeiros em relação à Normas Técnicas no cuidado às feridas; Identificar o conhecimento sobre recursos materiais que os enfermeiros devem utilizar para

proceder à avaliação de feridas; Identificar as dificuldades vivenciadas pelos Enfermeiros em relação à Norma Técnica que regulamenta a competência da equipe de Enfermagem no cuidado de feridas.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O Anexo da Resolução COFEN n. 0567/2018, nos vem mostrando como deverá ser a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com feridas. Desde a avaliação geral: avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas; como os cuidados específicos: abrir clínica/consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas, de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais (COFEN, 2018).

No que refere a ferida Nogueira Moreira e Almeida subjugou que as feridas são injúrias dermatológicas que quando não tratadas adequadamente são responsáveis por lesões maiores ou perda da função da região acometida. O desenvolvimento de feridas é um grande problema de saúde que envolve vários fatores relacionados ao paciente e ao seu meio externo (MOREIRA et al., 2009).

Ambos os autores atribuíram as mesmas necessidades no paciente acamado, as dificuldades de físicas, como a questão que a maioria dos pacientes possuem mais de uma patologia ligada a férias referida nos artigos como patologias de base (hipertensão, diabetes mellitus), também a questão nutricional e o uso de algumas medicações como: hipotensores, corticoides, sedativos e catecolaminas quem impedem o processo de cicatrização (MORAIS 2008; MOREIRA et al., 2009).

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter sua formação de componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (MORAIS 2008).

Mediante esse panorama, os enfermeiros já perceberam a importância da avaliação de feridas e curativos, de maneira que eles buscam, continuamente, o desenvolvimento de protocolos para o registro e tratamento adequado, permitindo um cuidado diário pela equipe

de enfermagem. Em boa parte dos casos, é critério do enfermeiro desenvolver e adotar rotinas de cuidados e de prevenção no manejo dessas feridas, quando contrariamente, toda equipe de saúde deveria sensibilizar com esse problema, procurando conhecer fatores de risco, tratamentos e prevenção (MOREIRA et al., 2009).

## 2. MATERIAS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva com uma abordagem qualitativa, com o intuito de investigar o cuidado da ferida em pacientes acamados pelo enfermeiro no âmbito hospitalar.

A pesquisa foi realizada a partir da coleta de dados de um questionário, através do programa online Google Forms, com os Enfermeiros que atuam nos setores (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica Feminino e Masculino, Unidade de Emergência, Unidades Intermediárias de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e Centro de Terapia Intensiva), pesquisa foi realizada com os enfermeiros de todos os turnos (matutino, vespertino e noturno) de uma unidade de alta complexidade; serão usados critérios de elegibilidade: enfermeiros da assistência há mais de um ano; masculino/feminino e que trabalham nas dependências da unidade, e que atuam nos setores citados, e que atuam na sala de curativo e drenagem, critérios de inelegibilidade: enfermeiros que não atuam no setor de clínica médica, e sala de curativos e de drenagem, enfermeiros voluntários, enfermeiros que trabalham menos de 3 meses na unidade de saúde, preenchimento incompleto de formulário de coleta de dados, enfermeiros com licença médica e licença maternidade.

Para coleta de dados, será aplicado um questionário de múltipla escolha, onde os participantes da pesquisa responderam as questões através do programa online Google Forms, será enviado um convite para responder as perguntas via e-mail com o tempo estimado de 30 dias para responderem as questões, a partir daí será realizado a análise dos dados.

As questões éticas deste estudo estão sustentadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, Art. 1º, item VII – onde, a pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situação que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelam dados que possam identificar o sujeito, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 3 enfermeiros participantes do estudo, a idade variou de 26 a 32 anos. O tempo de serviço prestado nos campos de clínica médica e cirúrgica, variou de um ano há 20 anos; atuando com curativos relativos, mediante ao tratamento de feridas e lesões.

Os resultados das questões foram analisados através de um questionário contendo 10 perguntas, sendo que 9 são de múltipla escolha, e uma discursiva, para se ter uma melhor compreensão da visão dos enfermeiros; na avaliação das feridas e lesões, que são de suma importância para um tratamento mais eficaz, e se os enfermeiros são aptos a avaliarem e ter um cuidado mais satisfatório, dentro das normas técnicas que regulamenta a competência da equipe de Enfermagem no cuidado de feridas. Assim são apresentados dados:

**Tabela 1.** Nome dos participantes, idade, ano de formação, e tempo de serviço.

Participantes	Idade	Ano de Formação	Tempo de Serviço
Enfermeiro 1	38 anos	2012	7 anos e meio
Enfermeiro 2	32 anos	2015	4 anos e meio
Enfermeiro 3	37 anos	2014	5 anos
Enfermeiro 4	26 anos	2017	1 ano e meio

**Tabela 2.** Resultado do questionário aplicado, contendo as respostas assertivas e erradas.

	Enfermeiro 1	Enfermeiro 2	Enfermeiro 3	Enfermeiro 4
Questão 1	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 2	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 3	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 4	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 5	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 6	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 7	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 8	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 9	Acertou	Errou	Errou	Errou
Questão 10	Não respondeu	Sim, sem justificativa	Não tem dificuldade	Nenhuma dificuldade

O enfermeiro especialista em estomaterapia é o profissional com conhecimento, treinamento e habilidade para o cuidado com qualquer tipo de estomizado e de portadores de fístulas, feridas agudas e crônicas e incontinência anal e urinária, e deve, para tanto, assumir todas as funções destinadas a garantir e melhorar o nível de saúde individual e coletiva dessa ampla clientela, embasando-se em um trabalho especializado (MOREIRA MOREIRA; ALCÂNTARA, 2009).

É possível concluir que, para o enfermeiro prestar uma assistência autônoma, é preciso objetivar, otimizar e padronizar os procedimentos de prevenção e tratamento de feridas. Isso deve ser feito perante protocolos técnicos que garantam respaldo legal, técnico e científico ao profissional, a fim de melhorar a assistência ao portador de feridas (FERREIRA, 2010).

O acesso dos profissionais a recursos materiais adequados, a treinamentos específicos e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são fatores indispensáveis pra que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes neste processo (MORAIS et al., 2008).

O enfermeiro tem papel crucial tanto no tratamento das lesões por pressão, onde depende da correta avaliação e classificação, quanto para a escolha do tratamento mais adequado, e na aplicação de medidas de prevenção dessas lesões. O avanço da tecnologia do cuidar, a padronização de um método e sua aplicabilidade correta garantem a melhoria mais rápida do paciente e o reconhecimento do trabalho prestado pelo enfermeiro (FERREIRA, 2010).

Com a existência de novos produtos no mercado, surge a necessidade da qualificação dos profissionais para ser possível assegurar a qualidade do atendimento ao cliente com assistência adequada, sendo indispensável os cursos de aperfeiçoamento, capacitação em serviço e supervisão direta do profissional enfermeiro com objetivos de suprir as falhas na hora da realização do procedimento (CARNEIRO et al., 2010).

A necessidade de uma capacitação para os enfermeiros ficou evidenciada nesse trabalho, pois a falta de conhecimento teórico e científico é escasso, além de um investimento na demanda de trabalho, pois a falta de treinamento específicos para essa área, influencia muito na tomada de decisão de uma boa avaliação de feridas.

A falta de experiência também é um ponto a ser ressaltado, pois alguns enfermeiros recém formados, muitas vezes por não ter um pouco de experiência, acabam não sabendo avaliar as feridas, levando ao uso de coberturas inadequadas, retardando o processo de cicatrização, tendo assim um problemática ainda maior, um custo maior, e um tratamento



mais longo. A proposta deve ter como eixo a formação no trabalho, visando à transformação pela reconstrução da identidade dos profissionais e articulação de seus saberes e práticas (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Devido a todas essas limitações que os enfermeiros vivenciam, torna-se necessário implantar recursos que visam a forma de atuação que esses profissionais possa ter, como elaborar estratégia que desenvolvam a forma de atuação, pois com um conhecimento teórico e científico o enfermeiro terá mais clareza, e mais confiança do que irá avaliar, e tratar; também a implantação de palestras, direcionadas à pesquisa, que cuja o intuito é abordar mais sobre essa área de atuação. “Cabe aos enfermeiros, reconhecer a importância de procurar formas de articulação entre diferentes áreas do conhecimento, o diálogo com os envolvidos e com os que decidem para reorientar a prática das ações educativas da equipe de enfermagem nas instituições de saúde” (SILVA; SEIFFERT, 2009). O conhecimento e de suma importância e relevância, assim também como os recursos materiais que os enfermeiros utilizam, para desenvolver as suas atividades com maior qualidade.

Diante disso, há a necessidade de promover oportunidades de ensino, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de crescimento dos enfermeiros, bem como também o reconhecimento e a conscientização deles pela função educativa, no exercício de seu processo de trabalho. “Já esse processo deve estar inserido no desenvolvimento de todas as ações gerenciais, assistenciais e docentes, tornando-os profissionais mais críticos, mais envolvidos com a comunidade em que atuam, mais capacitados para transformar a realidade e conscientes de sua verdadeira função de educador” (PASCHOAL et al., 2007).

Entre as estratégias de ensino-aprendizagem há predominância de exposição dialogada e problematização de casos. Os temas englobam desde habilidades técnicas a comportamentais e a avaliação é por meio de auditoria dos cuidados (BEZERRA et al., 2012).

## 4. CONCLUSÃO

O enfermeiro é responsável pelos cuidados e tratamentos do paciente portador de feridas e lesões, através disso deve buscar uma estratégia que lhe permitirá um melhor tratamento para esse tipo de caso, ele também deve-se instruir a equipe para que tenham uma melhor abordagem que permitirá que essa ferida tenha uma cicatrização eficaz, e sem interrupções, para que não haja comprometimento do tecido.

O estudo buscou uma visão dos enfermeiros, e entender um pouco a visão clínica de cada um desses profissionais; na abordagem desses procedimentos, visando compreender as dificuldades vivenciadas, e suas limitações.

O acesso dos profissionais quanto aos recursos materiais, que se adequam para cada tratamento, e a treinamentos direcionados para as suas atuações no cuidado e avaliação de feridas e lesões, é um pouco escasso, pois se não buscar uma abordagem teórica-científica para esse tipo de conduta, não será satisfatória, ou a demora da cicatrização tecidual.

Mediante a realização do estudo, foi visto que há poucas literaturas de estudos que abordam a visão/percepção dos enfermeiros na sua atuação clínica, na abordagem do paciente portador de feridas. Tendo assim um pouco de dificuldade no modo de se avaliar e tratar esses clientes, visando que o Enfermeiro é fundamental no desenvolvimento de ações educacionais, para contribuir na melhoria da qualidade de atuação no ato de cuidar, garantido um profissional mais qualificado e mais seguro, para ajudar os clientes.

O Enfermeiro também deve-se assumir a responsabilidade pelo ato de educar e instruir sua equipe, buscando melhorar a qualidade assistencial prestada a comunidade no atendimento hospitalar. Um dos fatores mais importantes no processo de aprendizagem é a prática frequente e o conhecimento das atualizações dos estudos abordados sobre as reorganizações e adaptações nas atividades desenvolvidas. E por fim as educações continuadas devem ser presentes nas instituições hospitalares, devem acompanhar os profissionais enfermeiros desde a sua admissão, fazendo com que esse profissional se adapte na assistência, e que tenha mais segurança na prática e no conhecimento técnico e científico.

## 5. REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. L. Q.; QUEIROZ, É. S.; WEBER, J.; MUNARI D. B. O processo de educação continuada na visão dos enfermeiros de um hospital universitário. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 618-625, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

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. Brasília, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 07 de abr. 2016.

CARNEIRO, C.M.; SOUSA, F.B.; GAMA, F.N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Rev Enferm Integrada**, v. 3, n. 2, p. 494-505, 2010.

COFEN. Conselho Federal De Enfermagem. **Anexo da Resolução COFEN n. 567, de 2018**. Regulamenta a atuação da equipe de Enfermagem no Cuidados aos pacientes com Feridas. COFEN, 2018.

FAVRETO, F.J.L. et al. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017.

FERREIRA, A. M. O cuidado de pacientes com feridas e a Construção da Autonomia do Enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem: Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 656-660, 2010.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos Enfermeiros de instituições Hospitalares da Rede Pública. **Sistema de Informação Científica Redalyc Rede de Revista Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal**, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.

MOREIRA, R. A. N.; QUEIROZ, T. A.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; CAETANO, J. A. Condutas de Enfermagem no Tratamento de feridas numa unidade de Terapia Intensiva. **Sistema de Informação Científica Redalyc Rede de Revista Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal**, v. 10, n. 2, p. 45-51, 2009.

MOREIRA, T.M.M.; ALCÂNTARA, M.C.M. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 889, 2009.

NETTINA, S. M. B. **Práticas de Enfermagem**, vol. 1. 4ª ed. Rio de Janeiro - RJ: Guanabara Koogan; 2014.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

SILVA, C. L. R.; MEIRELLES, N. M.; BARBOSA, I. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2ª ed. São Caetano do Sul – SP: YENDIS Editora Ltda, 2007.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em Enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

## O CUIDAR DE ENFERMAGEM NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Waleria do Socorro Rodrigues Oliveira<sup>1</sup>, Karina Borges da Silva<sup>1</sup>, Rosane do Nascimento Rodrigues<sup>1</sup>, Milena Farah Damous Castanho Ferreira<sup>1</sup>, Erivelton do Carmo Baia<sup>1</sup> e João Paulo Duarte Pereira<sup>1</sup>**

1. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

A população ribeirinha da Amazônia representa uma mistura de diferentes grupos sociais indígenas. Essas populações vivem em áreas rurais as margens de rios e lagos na Amazônia. Dessa forma, considerando as peculiaridades da região amazônica e da herança do autocuidado de saúde da população ribeirinha e as necessidades de informações. Logo, a pesquisa irá se tratar de conhecer as condições de vida das populações ribeirinhas com o passar dos séculos apresentando as condições das práticas de saúde dos ribeirinhos na Amazônia. Dessa forma, o estudo teve o intuito de reflexão através da teoria transculturalidade de Madeleine Leninger, e da teoria ambientalista de Florence Nightingale. Respectivamente consiste na análise dos elementos característicos de variadas culturas e ambientes, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado geral em saúde tomada por essas populações. Atualmente as práticas de atenção à saúde dessa população é dada mediante a política nacional de atenção básica implementada no país pelas portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490 ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição de valores de financiamento para Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeios das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) sobre tudo nas regiões amazônica. O presente trabalho tem por objetivo discorrer sobre o contexto histórico e atual das práticas de saúde nas comunidades ribeirinhas da Amazônia, por meio de uma revisão literária.

**Palavras-chave:** Comunidades Ribeirinhas, Práticas de Saúde de Enfermagem e Estratégia Saúde da Família I (ESFR).

### ABSTRACT

The riverside population of the Amazon represents a mixture of different indigenous social groups. These populations live in rural areas on the banks of rivers and lakes in the Amazon. Thus, considering the peculiarities of the Amazon region and the heritage of self-care of the riverside population and the information needs. Therefore, the research will deal with knowing the living conditions of the riverside populations over the centuries, presenting the conditions of the health practices of the riverside residents in the Amazon. Thus, the study was intended to reflect through the transculturality theory of Madeleine Leninger, and the environmental

theory of Florence Nightingale. Respectively, it consists of the analysis of the characteristic elements of different cultures and environments, with regard to the behavior related to general health care taken by these populations. Currently, the health care practices of this population are given through the national policy of primary care implemented in the country by ordinances MS / GM nº 2,488 and 2,490 both of 2011, aimed at the implementation and operationalization of health activities, as well as the definition values of financing for Health Teams of Riverside Families (ESFR) and costs of Basic Fluvial Health Units (UBSF) above all in the Amazon regions. This paper aims to discuss the historical and current context of health practices in riverside communities in the Amazon, through a literary review.

**Keywords:** Riverside Communities, Nursing Health Practices and Riverside Family Health Strategy (ESFR).

## 1. INTRODUÇÃO

A população ribeirinha da Amazônia representa uma mistura de diferentes grupos sociais indígenas. Essas populações vivem em áreas rurais as margens de rios e lagos na Amazônia, distribuindo-se em uma área geográfica com cerca de 5.020 Km<sup>2</sup>. A população estimada no ano de 2010 foi de 3.183.985 habitantes e 728, 495 (20,1) vivem em áreas rurais. Os ribeirinhos vivem às margens dos rios e vazantes a economia encontra-se elencada nas atividades de pesca e extrativismo vegetal, a culturas traz forte herança dos povos indígenas com hábitos alimentares diferenciados no uso das plantas medicinais, pois são destituídos de infra-estrutura, saneamento básico, energia elétrica e os serviços de saúde (GAMA et al., 2018).

Dessa forma, considerando as peculiaridades da região amazônica e da herança do autocuidado de saúde da população ribeirinha e as necessidades de informações. Logo, a pesquisa irá se tratar de conhecer as condições de vida das populações ribeirinhas com o passar dos séculos apresentando as condições das práticas de saúde dos ribeirinhos na Amazônia (GAMA et al., 2018).

### 1.1 ORIGENS DOS POVOS RIBEIRINHOS

Na segunda metade do século XIX, muitos nordestinos deixaram sua terra natal e seguiram para Amazônia atrás de empregos oferecidos nas empresas que atuavam no ciclo da extração do látex da árvore conhecido como seringueira. Devido ao período da crise da borracha, os seringueiros ficaram sem alternativa de trabalho (MORIN, 2014).

A ausência de Políticas Públicas que trata da desmobilização desse contingente de trabalhadores fez com que eles se espalhassem ao longo dos rios e da floresta amazônica, a exemplo do Rio Negro e Rio Amazonas, onde construíram suas moradias (MORIN, 2014).

Por residirem em um ambiente onde a força da natureza se faz presente, os ribeirinhos aprenderam a viver em um meio repleto de limitações e desafios impostos pelos rios e florestas. A relação desse povo com as mudanças naturais fez com eles, se adaptassem ao seu cotidiano, seu modo de morar e de buscar meios para sua subsistência (MORIN, 2014).

### **1.1.1 Os povos Tradicionais São Reconhecidos a Partir de um Decreto em 2007**

O Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, reconheceu a existência dos povos e comunidades tradicionais, dentre os quais estão os ribeirinhos, instituindo uma política nacional voltada para as necessidades específicas desses povos, a Política Nacional de Desenvolvimento dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT). BRASIL. Decreto 6.040 de 7 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007).

### **1.1.2 Situação de Vida e Moradia desses Povos**

Suas moradias são constituídas utilizando a madeira como a principal alternativa de construção. A grande parte dessas casas são palafitas, não possuem energia elétrica, saneamento básico e água encanada, e estão localizadas a margem do rio construída a alguns metros acima do rio, as palafitas ainda possuem tecnologia do uso tábuas para subir o piso no período de cheia (MORIN, 2014).

O rio possui um papel fundamental na vida dos ribeirinhos, como o único transporte e de sobrevivência: a pesca é outra fonte de renda que advém do extrativismo. A relação diferenciada com a natureza faz dos ribeirinhos grandes detentores do conhecimento sobre aspectos da fauna e da flora da floresta: o uso de plantas medicinais o ritmo e o caminho das águas, esse convívio alimenta cultura e os saberes transmitidos de pai para filho (MORIN, 2014).

Desse modo, convivem com o isolamento econômico e social, fica na margem de uma série de Políticas Públicas e mecanismos de controle de qualidade de vida. A situação geográfica de muitas dessas comunidades é um dos principais fatores limitantes do acesso aos serviços básicos e educação (MORIN, 2014).

### 1.1.3 Sob Olhar das Teóricas Para Estas Comunidades Tradicionais

De acordo com Santos et al. (2015) sobre o estudo de reflexão através da teoria transculturalidade de Madeleine Leninger, e da teoria ambientalista de Florence Nightingale. Respectivamente consiste na análise dos elementos característicos de variadas culturas e ambientes, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado geral em saúde tomada por essas populações.

No cuidado transcultural, cuidar da saúde do ser humano não se restringe aos conceitos de prevenção, diagnósticos, tratamento e reabilitação tornam-se importante conhecer o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, em uma perspectiva de construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença (SANTOS et al., 2015).

No cuidado ambientalista, as condições do ambiente influenciam positivamente ou não, sobre a saúde. Na saúde ribeirinha o ambiente pode ser um fator determinante para ocorrência e prevalência de certas doenças, podendo influenciar diretamente pelo uso de águas retirada do próprio rio para o consumo, no qual também fazem seu despejo relacionados a suas necessidades pessoais e restos de alimentos (TANURE; PINHEIRO, 2010).

Nessa conjuntura os cuidados das equipes de saúde emergem como primordiais quando prestados a essa população, haja vista que esses profissionais devem conhecer e reconhecer as práticas tradicionais dessas populações, com o objetivo de conhecer os fatores sócios culturais inerentes ao modo de vida da população ribeirinha.

## 1.2 A SAÚDE DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS A PARTIR DO SÉCULO XX

No final do século XX para o início do século XXI, a fim de obter uma melhor qualidade de vida para a população ribeirinha, a definição promoção de saúde tem sido contemplada em diversos contextos aos longos dos anos, ao discutir questões referentes ao setor de saúde, em termos inter-relacionais atua como constritor de fonte de contato e ponte ambiental (FRANCO et al., 2015).

Tendo um sentido mais amplo que de prevenção, dado que as medidas adotadas não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas auxiliam na melhoria da saúde e do bem-estar, enfatizando a transformação das condições de vida e trabalho de uma população. O termo Promoção de Saúde (PS) tem sido contemplado, em diversos contextos

ao longo dos anos, ao discutir questões referentes ao setor saúde a fim de se obter uma melhor qualidade de vida (FRANCO et al., 2015).

Portanto, a PS tem como sustentação os fatores relacionados aos aspectos que permeiam a qualidade de vida como: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Dessa forma, as ações se voltam à coletividade tendo o empowerment da população como um de seus pilares, permitindo a expansão da personalidade tanto do sujeito individualmente, quanto de sua condição de organizar-se politicamente e participar de mudanças sociais em meio (FRANCO et al., 2015).

Sob o enfoque das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o impacto da saúde da população ribeirinha apresenta o elevado índice de pessoas hipertensas, diabéticas e saúde bucal. Com relação ao índice de hipertensão de acordo com o Rocha (2014), mostrou prevalência de 25% de hipertensão em ribeirinhos de Porto Velho (RO). Nota-se que a hipertensão diminui com a idade independente do gênero, fator esse atribuído com a dieta com peixes. Cita “apud Feio et al. (2003) fez um trabalho comparativo da população urbana de Belém (PA) e ribeirinho de Vigia (PA) no qual se mostrou baixo risco para doenças coronarianas.” Esse estudo teve como objetivo a comparação do índice de hipertensão entre esses municípios, onde a população ribeirinha apresentou melhor perfil lipídico, pelo fato de consumo maior de peixes e a atividade com remo e canoa (ROCHA et al., 2014).

Enquanto em Belém a população apresenta maior índice ou prevalência de sedentarismo ou obesidade. O arquipélago do Combú faz parte da área de Belém, vivem do extrativismo e alguns poucos de prestação de serviços, por fim dos estudos obteve-se o resultado da prevalência de diabetes, foi inferior à frequência encontrada em Belém e superior a de hipertensão e inferior a de ribeirinhos de Porto Velho (ROCHA et al., 2014).

De acordo com o estudo realizado em 2005-2006 nas populações ribeirinhas em Porto Velho-RO (região amazônica), as condições de saúde bucal a nível individual e coletivo são observadas, pela análise de ocorrências de carie dentária. Entre as populações economicamente desfavorecidas à prevalência de doenças preveníveis é mais frequente, quando comparada a população economicamente favorecidas. A carie dentária também segue esse padrão de distribuição, seja por falta de informação quanto a higiene bucal ou pela falta do acesso no tratamento odontológico (SILVA et al., 2008).

Portanto a carie é possivelmente a doença bucal de maior prevalência (dados epidemiológicos). No entanto a carie naquela comunidade ribeirinha estava associado com



a dieta e estilo de vida, foi observado que a dieta naquele local é baseada na pesca, na caça entre outros, por estarem longe dos centros urbanos, juntamente com o desconhecimento elevado sobre saúde bucal e consumo de água não fluoretada (SILVA et al., 2008).

### 1.3 IMPLEMENTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO AOS POVOS RIBEIRINHOS

Atualmente as práticas de atenção à saúde dessa população é dada mediante a política nacional de atenção básica implementada no país pelas portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490 ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição de valores de financiamento para Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeios das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) sobre tudo nas regiões amazônica (FRANCO et al., 2015).

Mediante as pesquisas dos estudos realizados, pôde-se observa que há uma grande dificuldade com relação ao acesso nas comunidades ribeirinhas, tendo que se adaptar com embarcações para assim atuarem como unidades básicas de saúde, ou seja, deslocamentos fluviais e nas quais as equipes de saúde necessitam pernoitar para desempenhar suas funções, através da UBSF (SILVA et al., 2013).

As UBSF são embarcações que comportam equipes de saúde da família fluvial, provida de um ambiente com mobiliário e equipamentos necessários para atender as populações ribeirinhas da Amazônia. Elas buscam responder às especialidades dessas regiões garantindo o cuidado as populações como previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (SILVA et al., 2013).

#### 1.3.1 Práticas de Saúde em Algumas Comunidades Ribeirinhas

##### 1.3.1.1 Município de Coari

Entretanto no município de Coari localizado as margens do Rio Solimões no Estado do Amazonas, o sistema de saúde local dos ribeirinhos é composto, atualmente de um hospital de média complexidade com 105 leitos, 12 unidades básicas (UBS), sendo um para atendimento das comunidades ribeirinhas, um laboratório central de análises clínicas, um serviço de urgência e emergência, um núcleo de vigilância sanitária, um centro de atenção psicossocial (CAPS) (GAMA et al., 2018).

### 1.3.1.2 Nos Rios Negros e Amazonas

Já nas comunidades dos Rios Negros e Amazonas, localizados também no Estado do Amazonas, tem como objetivo ampliar o acesso do serviço de saúde para essas populações e desenvolver ações de prevenção, promoção, assistência, e reabilitação, e possibilitar a fixação de profissionais de saúde. No qual de modo geral os ribeirinhos utilizam de uma questão cultural passados de geração em geração o seu autocuidado, baseado em credences populares, ou seja, seu próprio diagnóstico (quebranto, mau-olhado, susto, rasgadura, etc.), o que dizem justificar tais doenças (SILVA et al., 2013).

O presente trabalho tem por objetivo discorrer sobre o contexto histórico e atual das práticas de saúde nas comunidades ribeirinhas da Amazônia, por meio de uma revisão literária.

## 2.MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma estudo literário, do tipo relato de experiência no período de fevereiro à outubro de 2019, pelos acadêmicos de Enfermagem do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), que refere-se ao Trabalho de Conclusão de Disciplina (TCD) do 4º período do curso. Foi utilizada como método estudos referentes as práticas históricas e, a situação atual das práticas de saúde ribeirinha, desenvolvido através de um portfólio.

O método desenvolvido seguiu as regras aplicadas a um portfólio, buscamos em primeiro lugar pesquisas nas bases online (Scientific Electronic Library Online-Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde- BVS, portarias, decretos, e bibliografias), suscitando a sistematização do tema e a busca histórica da saúde ribeirinha; assim como a base da teoria transcultural, no qual estavam posto os temas de práticas de saúde na Amazônia, delimitando o embasamento do estudo no que tange as questões de cultura, ambiente, crenças, e saberes dessa comunidade ou povo.

Em segundo momento optamos por formalizar a apresentação do portfólio através de um banner para a apresentação final e oral. Contendo o tema citado de forma histórica e hodierno.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Após a defesa do tema na jornada científica, elaborou-se um resumo com finalidade para submissão ao 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem (71º CBEEn), 12ª Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica e 5º Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem, realizados no Centro de Convenções do Amazonas Vasco Vasques & Arena da Amazônia, no período de 11 a 14 de novembro de 2019, após aprovado o resumo foi apresentado em formato de Ê-poster.

A apresentação ocorreu no dia 12 de novembro de 2019, escolheu-se o eixo 3 “Desafios para a produção equânime e sustentável do cuidado a pessoas, família e comunidades em situação de vulnerabilidade. Propor-se a apresentação deste resumo no 71º CBEEn, pois este seguiu a mesma temática da pesquisa em relação a saúde dos povos tradicionais, os ribeirinhos.

Sabe-se que esta população sofre pela precariedade de acesso aos cuidados de prevenção e promoção da saúde, e discutir este tema tão importante leva a Enfermagem a refletir sobre os processos de cuidados com finalidade da melhor atenção, adequando um acesso de qualidade de acordo com a realidade vivida.

Este estudo dos ribeirinhos nos proporcionou refletir sobre a situação em que vivem e viveram momentos históricos, de uma repercussão desde as dificuldades de acesso até a melhoria hoje das qualidades de serviços através das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), do acesso mais facilitador à saúde. Enquanto Enfermeiros em formação, aprendemos uns com os outros que essa população é de grande importância, com finalidade da melhor Sistematização da Assistência de Enfermagem.

### 4. CONCLUSÃO

Por fim, apenas algumas comunidades ribeirinhas possuem uma estrutura adaptada para servir de unidade básica de saúde; porém, em sua maioria, tal estrutura encontra-se em estado precário e/ou sem condições de atendimento, seja por falta de recursos humanos, políticas públicas, ou por falta de estrutura física, insumos e medicamentos. Perante essa realidade o ato mais utilizado nessas comunidades diante de problemas habituais, tem-se o uso de terapia tradicional, por exemplo, consultas com benzedeiras e pajelança.

Entender e respeitar as práticas milenares dos povos ribeirinhos é necessário, pois estes são detentores dos saberes místicos e populares. Os profissionais de saúde das UBSF e ESFR tem um papel, de não influenciar e/ou não negligenciar tais práticas, mas adequá-las nas práticas de saúde, pois há várias limitações que impedem com que estas comunidades tenham acesso aos serviços nas redes de saúde, a enfermagem é protagonista e facilitadora do atendimento holístico, atendendo cada um conforme suas diferenças e necessidades.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. 3ª ed. Rev. e Atual, 2009.

FRANCO, E. C. et al. Promoção da Saúde da População Ribeirinha da Região Amazônica: Relato de Experiência. **Rev CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1521-1530, 2015.

GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. e00002817, 2018.

MORIM, J. **Ribeirinhos. Pesquisa Escolar Online**, Fundação Joaquim Nabuco. Recife, 2014. Disponível em: <[http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1053:ribeirinhos&catid=52:letra-r](http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=1053:ribeirinhos&catid=52:letra-r)>. Acesso em: 10/03/2019.

SANTOS, M. M. et al. Saúde das populações ribeirinhas do Arquipélago do Combú Sob a Ótica da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger: Relato de Experiência. **Universidade do Estado do Pará (UEPA)**, 2015.

SILVA, P. C. C. et al. **Organização do Cuidado à Saúde em Populações Ribeirinhas: experiência de uma Unidade de Básica de Saúde Fluvial**. Secretária Municipal de Manaus, 2013.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª ed, editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010.

## SÍNDROME DE BURNOUT NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATUAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Jucilene Silva da Silva<sup>1</sup>, Suzyanne Raissa Alves do Nascimento<sup>1</sup>, Everson Vando Melo Matos<sup>1</sup>

1. Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA), Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** descrever a qualidade de vida da equipe de enfermagem que atuam em centro cirúrgico segundo a Síndrome de Burnout. **Método:** estudo descritivo, exploratório, prospectivo e de natureza qualitativa. Os dados foram produzidos por meio de entrevista com 18 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), analisados de acordo com a técnica de análise de Bardin **Resultados:** Exteriorizam-se três categorias temáticas: Estressores no serviço, Processo saúde doença e Síndrome de Burnout e As dificuldades no serviço>> onde foi possível observar as maiores dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, podendo levar assim a Síndrome de Burnout. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos a síndrome de Burnout pode comprometer a saúde e qualidade de vida, bem como, ter repercussões negativas no desempenho profissional.

**Palavras-chave:** Centro cirúrgico, Burnout e Estresse ocupacional.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the quality of life of the nursing team who work in a surgical center according to the Burnout Syndrome. **Method:** descriptive, exploratory, prospective and qualitative study. The data were produced through interviews with 18 members of the nursing team (nurses and nursing technicians), analyzed according to Bardin's analysis technique. **Burnout Syndrome and Difficulties in the Service >>** where it was possible to observe the greatest difficulties found in the work environment, thus leading to Burnout Syndrome. **Conclusion:** According to the results obtained, Burnout syndrome can compromise health and quality of life, as well as having negative repercussions on professional performance.

**Keyword:** Operating room, Burnout and Occupational stress.

## 1. INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde têm sido destacados como muito vulneráveis ao Burnout. O contato muito próximo estabelecido com os pacientes pode mobilizar emoções e conflitos,

tornando esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico, conduzindo a um adoecimento relacionado ao trabalho. Muitas vezes têm de lidar com dor, pacientes em estado grave e compartilhar da angústia deles e de seus familiares. Ao lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos e com o sentimento de impotência quando a realidade se impõe, sentimentos de angústia, de dor e de medo são estressores potenciais (CARVALHO et al., 2016).

Sabe-se que o enfermeiro atua em uma situação de crise, com paciente e equipe cirúrgica instáveis, tendo, ainda a família e os amigos compartilhando dessa situação. Dependendo da demanda dessa atuação, isto é, das condições de trabalho e da avaliação que o enfermeiro faz dessa situação, algumas vezes, o que pode ser considerado estressante para uns, em uma avaliação de desafio, motivadora, poderá ser avaliado como uma ameaça e um confronto com sua capacidade (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Síndrome de Burnout (SB) pode ser definida como um estado de exaustão causado pela atividade profissional (TORRES et al., 2015; LEE et al., 2015).

De modo geral, “pode-se definir o Burnout como um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional” (MOREIRA et al., 2009).

Trabalhos relacionando a síndrome de Burnout com o trabalho da saúde são mais comuns em países da América do Norte, Europa e parte da América Latina, mas, ainda assim, não estudam especificamente os trabalhadores da área da enfermagem. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por serem os profissionais da saúde que mais tempo passam em contato com o paciente e com seus familiares dentro do ambiente de trabalho, constituem um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da síndrome. As implicações para a área da saúde devido a esse fato são relevantes, já que a alta frequência de faltas ao trabalho, pedidos de licença, abandono do emprego e deterioração da qualidade dos serviços têm impacto negativo sobre a efetividade da atenção oferecida aos pacientes (MOREIRA et al., 2009).

Essas circunstâncias estressantes do trabalho da enfermagem podem estar ligadas ao ambiente laboral do Centro Cirúrgico por se apresentar como um setor fechado com sobrecarga de trabalho em proporção inadequada ao número de trabalhadores de enfermagem qualificados, turnos rotativos, baixa remuneração, risco biológico inerente à manipulação de pacientes em período perioperatório, o risco físico determinado pelo uso de

Raios-X nas salas cirúrgicas, o trabalho em postura inadequada em pé e o uso de novas tecnologias sem o devido preparo (JACQUES et al., 2015).

O estresse tem sido abordado nas diversas fases da vida, sob diferentes formas. Sabe-se que o estresse profissional está em destaque entre os estudos realizados sobre o tema. Estresse deve ser entendido como qualquer evento que demande um consumo do organismo, seja ele de ordem orgânica, psíquica e invariavelmente, de ambas as partes, e que não seja compensado por mecanismo de adaptação (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

O Centro Cirúrgico (CC) apresenta-se como um setor com características de trabalho diferenciadas dos demais, o que pode contribuir para o estresse entre os trabalhadores da área da saúde em especial os da enfermagem, que são aqueles que realizam a assistência ao paciente cirúrgico, além do suporte aos demais membros da equipe cirúrgica (JACQUES et al., 2015).

O estresse relacionado ao trabalho, no Centro Cirúrgico coloca em risco não só a saúde dos membros da organização como também a dos pacientes/clientes e tem como consequências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho. Assim, em relação à enfermagem do bloco cirúrgico, o estresse está presente no seu cotidiano, resultante de inúmeros fatores relacionados ao tipo de ambiente, complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, alta responsabilidade, jornada de trabalho elevada, planejamento adequado de recursos humanos e materiais, entre outros (SCHMIDT et al., 2009).

Diante destes expostos, a abordagem desta pesquisa foi analisar as condições da equipe de enfermagem diante da síndrome de Burnout em sua atuação em centro cirúrgico e sua significância para o profissional, a organização e a sociedade.

## **2. MATERIAIS E MÉTODO**

Estudo descritivo, exploratório, prospectivo e de natureza qualitativa realizado no período de agosto de 2018 à maio de 2019. Em um hospital localizado na região metropolitana de Belém, PA.

O hospital é de grande porte e presta assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui estrutura de grande porte, disponibilizando pronto-atendimento e internações.

A jornada de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico é no período matutino, vespertino, ambas com carga horária diária de seis horas e noturno com jornada de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

Mensalmente, são realizadas cerca de mil cirurgias. O hospital é administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar sob contrato de gestão com a Secretaria de Estado (SESPA). Participaram da pesquisa 26 profissionais mantendo-se apenas 18. Baseado no quantitativo da equipe de enfermagem contratados pelo Departamento de Recursos Humanos para desempenhar suas atividades no turno da manhã, tarde e noite. Consideramos integrantes da equipe: enfermeiros, técnicos.

Critérios de inclusão: Ser membro da equipe de enfermagem lotado no centro cirúrgico, que aceite participar do estudo com no mínimo 1 ano de experiência.

Critérios de exclusão: Equipe de enfermagem atuante no Centro Cirúrgico com experiência menor que 1 ano; Equipe de enfermagem atuante no Centro Cirúrgico a mais de 1 ano que estejam de férias ou licença médica no período do estudo.

### 3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 26 entrevistados, mantendo-se apenas 18 de acordo com o critério de inclusão anteriormente estabelecido. É importante ressaltar que a Síndrome Burnout é pouco divulgada perante a sociedade visto que os trabalhadores em questão pouco sabiam ou tinha escutado sobre, uma vez que os sintomas iniciais se confundem com estresse elevado e depressão.

Em relação à idade, observou-se que a maior parte dos profissionais incluía-se na faixa etária de 24 a 50 anos. Há equipe de enfermagem que foram entrevistados (77,8%) foi do gênero feminino e (22,2%) são do gênero masculino. Conforme observado, salientamos que a equipe em questão em sua maioria é do gênero feminino. Conforme o perfil da enfermagem brasileira, traçado pelo COFEN (2015), afirma que a equipe de enfermagem é composta predominantemente por mulheres, cerca de 84,6%, enquanto apenas 15% corresponde aos profissionais do sexo masculino.

Com relação à formação da equipe (22,2%) são enfermeiros e (77,8%) são técnicos de enfermagem com tempo de formação em torno de 5 a 10 anos (33,3%). Atuante no centro cirúrgico se deu em torno de 2 a 5 anos (44,4%). Em relação à divisão na escala e horário



de trabalho é, em sua maioria em regime de plantão: (33,3%) no turno matutino, (38,9%) trabalham no turno vespertino, ambas com carga horária diária de seis horas e (27,8%) trabalham no noturno com jornada de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso. Área de especialização predominante é a de Instrumentação cirúrgica. A maioria afirma trabalhar apenas no hospital em questão, (38,9%) possui outro vínculo empregatício.

Após levantamento do conteúdo das falas dos participantes do estudo, exteriorizaram-se as seguintes categorias: Estressores no serviço; Processo saúde doença; Síndrome de Burnout e Dificuldade no Serviço.

### 3.1 ESTRESSORES NO SERVIÇO

Os estressores no trabalho representam um estímulo, e o estresse é uma resposta negativa a esse estímulo. As dificuldades no relacionamento interpessoal podem influenciar negativamente na qualidade das atividades assistenciais, bem com causar desconforto ao profissional e, indiretamente, e refletir no paciente que recebe atendimento (CARDOSO et al., 2015).

Os relatos mostram, que durante a análise dos dados se tem dificuldades de relacionamento interpessoal, gerando conflitos entre a equipe médica, a equipe de enfermagem e por vezes anestesistas, sendo um deste a falta de materiais.

[...] muito profissional: cirurgião com a equipe técnica de enfermagem, as vezes anestesista, as vezes até cirurgião com enfermeiro ou estresse por questão de material... (p14)

[...] os conflitos acontecem muito entre o médico e a equipe de enfermagem que cobra da gente e a falta de material. (p4)

A sobrecarga de trabalho, associado a longa jornada de trabalho, gera efeito negativos na capacidade funcional e moral entre os profissionais de enfermagem ocasionando: insatisfação, menor intenção de permanecer no trabalho, aumento da depressão e sofrimento, além de sintomas físicos (CARDOSO et al., 2015).

O desvio de função pode ser tanto positivo quanto negativo ocasionando um tipo de estressor, dependendo da forma como é conduzido. A seguir, percebe-se o quanto esse fator interfere na atuação e na relação entre os profissionais:

[...] outra coisa que é muito estressante, somos circulante; auxiliar de anestesia; instrumentador. Só não entra na cirurgia porque não dá... (p15)

No relato a seguir nota-se a percepção do técnico de enfermagem em relação à quantidade insuficiente de funcionários para desenvolver seu trabalho com eficiência.

[...] e a parte do remanejamento, que somos remanejados para outro setor. (p7)

[...] a redução do quadro de funcionários no turno da noite e nosso sono sendo prejudicado...(p10)

Foi destacado pelos profissionais que colaboraram com este estudo, a deficiência no quantitativo de membros da equipe de enfermagem como um fator incentivador de estresse. Contudo, quando há carência desses profissionais, acontece uma sobrecarga de trabalho aos que estão em prosseguimento da assistência.

Esta sobrecarga de trabalho provoca um estado de superestímulo no indivíduo, pois as exigências excedem a capacidade do trabalhador de processar ou cumpri-las, inviabilizando o melhor desempenho no trabalho, além de ser um preceptor de estresse, levando a danos à sua saúde física e mental (JACQUES et al., 2015).

Um fato importante para o funcionamento da equipe, bem como para o progresso do cuidado de forma íntegra e segura é o total de profissionais da equipe de enfermagem que realiza a assistência ao paciente.

É evidente que a equipe de enfermagem em questão convive com uma rotina de cuidados e acúmulo de tarefas, que os conduzem para o convívio em situações estressantes diariamente, repercutindo negativamente na saúde desses trabalhadores.

### 3.2 PROCESSO SAÚDE DOENÇA E SÍNDROME DE BURNOUT

O estresse ocupacional tornou-se uma importante fonte de preocupação e é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. O estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros das organizações e tem como consequências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (CARVALHO et al., 2016).

Nas narrações a seguir observa-se os motivos de afastamento e consequências para a saúde adquirida no local de trabalho:

Por motivos familiares que no caso é o meu filho e problema de saúde (coluna) que no caso eu já tinha desvio de coluna e o grau aumentou e acabou me deixando um pouco debilitada durante 10 dias e foi descoberto que esse agravamento foi por estresse no trabalho. (p3)

Olha os motivos seria as dores lombares, por carregar muitos pacientes e hipertensão arterial. (p1)

A jornada de trabalho pode ser torna elemento que propicia desgaste e sofrimento ao trabalhador. A busca incessante pela realização de diferentes atividades provoca no homem o aumento das cargas laborais, levando ao aparecimento de doença físicas, psíquicas e emocionais (SIMÕES; BIANCHI, 2016).

O processo saúde doença pode interferir diretamente no desenvolvimento de suas atribuições no local de trabalho.

Psicológico e limitações de movimentos de membros e coluna (p12)

Dores lombares, pois carrega muito pacientes pra lá e pra cá. (p14)

Problemas de coluna devido ao trabalho no centro cirúrgico, carregar paciente sozinho. (p10)

Nas instituições hospitalares, especialmente na produção de serviços de enfermagem, o processo de trabalho em saúde possui peculiaridades próprias. Estas particularidades decorrem do modo como o trabalho é organizado e desenvolvido, o que pode gerar nos trabalhadores cargas de trabalho específicas, que repercutem significativamente na qualidade de vida no trabalho (VARGAS et al., 2017).

A síndrome e resultando de inúmeros fatores, observando assim nos profissionais entrevistados pouco se sabe sobre o assunto e suas consequências.

Fatores adquiridos por acumulo de tarefas [...] insônia, estresses que levam ao adoecimento psicológico. (p12)

A síndrome de Burnout pelo que li na época, acho que é sobre o estresse dentro do local de trabalho, o excesso de trabalho, não ter descanso necessário, pressão recebida pelos cirurgiões acho que pode levar. (p14)

Oque eu conheço que é muita pressão na cabeça por conta do estresse, tendo pressão alta[...] várias coisas que ela causa. (p6)

A Síndrome de Burnout no século XXI ainda é pouco conhecida, de acordo com os relatos obtidos dos entrevistados. Conforme suas rotinas diárias de trabalho desencadeia fatores prejudiciais ao seu bem estar físico e psicológico. Com o aumento do absenteísmo profissional por doenças por exemplo, acarretando um elevado nível de estresse é uma sobrecarga de trabalho exaustivo.

### 3.3 DIFICULDADE NO SERVIÇO

No cotidiano de trabalho da enfermagem, a carga de trabalho, a pressão dos companheiros, as atitudes ofensivas, o fato de lidar com novas tecnologias, seu

comprometimento e, por vezes, a falta de reconhecimento com o trabalho são fatores estressantes comuns no cotidiano desses profissionais (UENO et al., 2017).

Na fala a seguir obtida na entrevista diz:

...porque aqui é assim, a gente faz tudo, o planejamento do paciente, se tiver alguma intercorrência a gente atua, aqui a gente é multiuso, se tiver problema com régua, com qualquer outra coisa a gente que tem que resolver, aqui tudo é o enfermeiro (p12).

Constantemente durante o levantamento da pesquisa, foi relatado a falta de material como fator estressantes, visto que o hospital possui uma grande demanda, ocasionando um fluxo intenso. Onde a carência de materiais interfere na qualidade da assistência prestada ao paciente, como evidenciado nas falas de P9 e P12.

Nas falas a seguir foi exposto obstáculo no suprimento de insumos, conforme os trechos:

...Falta de material, a sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções (p9)

Devido à alta demanda, muitas vezes ficamos com pendência de matérias restrito para realizar a cirurgia (p12)

Inseridos no contexto institucional, os profissionais do CC tornam-se dependentes da adequada provisão e disponibilidade de insumos necessários para a realização de uma assistência livre de riscos aos pacientes (MARTINSA; DALL'AGNOLB, 2016).

A dificuldade no serviço foi evidenciado pela falta de material para atender à demanda da instituição, onde fomos informados que a CME do hospital em questão, faz distribuição pra outros locais, acontecendo assim muitas das vezes a ausência de insumo para uma cirurgia de urgência, devido os aparelhos de esterilização está sendo usado para processar os instrumentos dos outros lugares. Acarretando conflitos no ambiente, entre a equipe de enfermagem e médicos, principalmente com cirurgiões e em menor número com anestesistas, tendo como principais motivos: A ausência de insumos.

## 4. CONCLUSÃO

O centro cirúrgico é um dos locais mais complexos no ambiente hospitalar, logo o adoecimentos em profissionais na área da saúde que trabalham nesse setor é grande, por ter uma sobrecarga muito elevada, as dificuldades que são encontradas como conflitos entre a equipe médica/enfermagem, falta de materiais, desgaste físico e as responsabilidades que

eles carregam por lidar diretamente. A Síndrome de Burnout ainda é muito confundida com estresse elevado pelos seus sintomas e foi constatado que a carga de estresse entre os profissionais é grande, podendo afetar diretamente na sua qualidade de vida repercutindo de forma negativa e afetando diretamente também o desempenho no local de trabalho.

Foi proposto pelo estudo descrever a qualidade de vida da equipe de enfermagem que atuam em Centro Cirúrgico segundo à Síndrome de Burnout, onde foi possível alcançar os objetivos apresentados neste estudo, tendo assim como resultados ainda a falta de conhecimento sobre o assunto.

Espera-se que esse estudo, possa contribuir para a construção de novas pesquisas, promovendo reflexões e discussões com pauta na vivencia do profissional acometido pela Síndrome de Burnout, no intuito de promover adequada intervenção para a melhora da qualidade de vida, amenizando as dificuldades vivenciadas. Contudo, espera-se que esse conhecimento possa servir de norteio para um possível aprimoramento na condição de trabalho dos profissionais da enfermagem, com o objetivo de abranger conhecimentos, promover saúde física e psicológica e uma visão mais humanizada voltada para equipe de enfermagem.

## 5. REFERÊNCIAS

CARDOSO, M.R.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, D.S.; VIANA, P.T.; MERCES, M.C.; ANDRADE, L.M. Fatores Estressores: Interferência na Qualidade da Assistência dos Profissionais Enfermeiros. **Prática Hospitalar**, v. 17, n. 97, p. 23, 2015.

CARVALHO, D.; SILVA, N.; BACHUR, J.A.; MESQUITA, J.L.F.; BOTELHO, A.C.F. Síndrome de burnout em profissionais da área da saúde atuantes em dois municípios do interior de minas gerais – Brasil, **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 141-142, 2016.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2ª ed. – Barueri, SP: Manoele, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **O perfil da enfermagem no Brasil**. Brasília: COFEN; 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-no-distrito-federal\\_32642.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-no-distrito-federal_32642.html)>. Acessado em 20/04/2019.

JACQUES, J.P.B.; RIBEIRO, R.P.; MARTINS, J.T.; RIZZI, D.S.; SCHMIDT, D.R.C. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, supl, p. 26-28, 2015.

LEE, Y.Y.; MEDFORD, A.R.; HALIM, A.S. Burnout in physicians. **J R Coll Physicians Edinb**, v. 45, p. 104–107, 2015.

- MARTINSA, F.Z.; DALL'AGNOLB, C.M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 4, p. e56945, 2016
- MOREIRA, D.S.; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p1560, 2009.
- SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S.; MARZIALE, M.H.P.; LAUS, A.M. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 331, 2009.
- SIMÕES, J.; BIANCHI, L.R.O. Prevalência da síndrome de burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 473-481, 2016.
- TORRES, O.Y.; ARESTÉ, M.E.; MORA, J.R.; GONZÁLEZ, J.S. Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy Oriol. **PLoS One**, v. 10, n. 7, p. e0133379, 2015.
- UENO, L.G.S.; BOBROFF, M.C.C.; MARTINS, J.T.; MACHADO, R.C.B.R.; LINARES, P.G.; GASPAR, S.G. Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFPE**, v. 11, n. 4, p. 1633, 2017.
- VARGAS, E.; AZAMBUJA, E.P.; KERBER, N.P.C.; SANTOS, C.P.; SILVA, I. Qualidade de vida no trabalho da enfermagem: influência de cargas físicas no trabalho em centro cirúrgico. **Revista da jornada da Pós-Graduação e pesquisa – CONGREGA – URCAMP** 2017.

## TECNOLOGIA LEVE COMO PROPOSTA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO

**Valdir Soares da Costa Neto<sup>1</sup>, Elielza Guerreiro Menezes<sup>2</sup>, Mariana Jacob  
D’Albuquerque Silva<sup>1</sup>, Mayara Soares Gonzaga<sup>1</sup>, Rogely Ferreira Sangel Patrocínio<sup>1</sup>,  
Tito Marcos Mendonça Reis<sup>1</sup>, Evelin Gonçalves de Vasconcelos<sup>1</sup> e Tamires Sheyenne  
Pereira da Silva<sup>3</sup>**

1. Universidade do Estado do Amazonas, Parintins, Amazonas, Brasil;
2. Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil;
3. Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, Brasil.

### RESUMO

O desafio de utilizar a tecnologia nos cuidados de enfermagem contribui na prática clínica como importante fonte para o conhecimento específico da profissão, facilitando o ensino, a pesquisa e a emancipação do cliente no plano terapêutico, principalmente no desenvolvimento do Processo de Enfermagem que oportuniza um guia para planejamento, seleção e implementação dos cuidados. Nesse contexto, o estudo tem o objetivo de desenvolver uma tecnologia leve para a implementação do Processo de enfermagem na prática assistencial do enfermeiro e que esteja ao alcance dos profissionais. Trata-se de um estudo exploratório-metodológico, de abordagem qualitativa. Realizado em três fases: exploração da realidade, revisão da literatura e construção da tecnologia, desenvolvido por meio da aplicação de um formulário semiestruturado com 14 enfermeiros do Hospital Jofre Cohen em Parintins, Brasil. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin no tratamento dos dados. Constatou-se, entre impactos positivos, a construção de uma tecnologia-leve com 40 diagnósticos de enfermagem propostos pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e 200 intervenções de enfermagem conforme a *Nursing Interventions Classification* (NIC). Como aspectos negativos, sinalizaram o desconhecimento dos enfermeiros em relação a aplicação do Processo de Enfermagem na prática clínica. Torna-se necessário operacionalizar o Processo de Enfermagem, embora a tecnologia-leve seja um instrumento facilitador, a sua efetividade dependerá da responsabilidade profissional, da gestão de qualidade e de cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens pelo enfermeiro.

**Palavras-chave:** Cuidado de Enfermagem, Tecnologia e Processo de Enfermagem

### ABSTRACT

The challenge of using technology in nursing care contributes to clinical practice as an important source for the specific knowledge of the profession, facilitating the teaching,

research and emancipation of the client in the therapeutic plan, mainly in the development of the Nursing Process that provides a guide for planning, selection and implementation of care. In this context, the study aims to develop a light technology for the implementation of the Nursing Process in the nurse's care practice and that is available to professionals. This is an exploratory-methodological study, with a qualitative approach. It was carried out in three phases: exploration of reality, literature review and construction of the technology, developed through the application of a semistructured form with 14 nurses of the Jofre Cohen Hospital in Parintins, Brazil. Bardin content analysis was used in the data treatment. Among the positive impacts were the construction of a light technology with 40 nursing diagnoses proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and 200 nursing interventions according to the Nursing Interventions Classification (NIC). As negative aspects, they indicated the lack of knowledge of nurses regarding the application of the nursing process in clinical practice. It becomes necessary to operationalize the nursing process, although light technology is a facilitating tool, its effectiveness will depend directly on professional responsibility, quality management and care, and the development of learning by nurse.

**Keywords:** Nursing Care, Technology and Nursing Process

## 1. INTRODUÇÃO

Tecnologia, no entendimento mais comum, remete ao avanço das máquinas ou equipamentos, até mesmo quando se fala em saúde. Quando falamos em tecnologias em saúde, temos a classificação de tecnologia leve, leve-dura e dura. A tecnologia dura é representada por equipamentos tecnológicos, máquinas, normas e estruturas organizadas, um saber-fazer sistematizado. Leve-dura pelo conhecimento dos saberes estruturados como o saber sobre o cuidado do enfermeiro, a clínica do médico. Por fim, a tecnologia leve, sendo a tecnologia das relações, o processo de comunicação, um saber o modo de pensar e como atuar de forma organizada sobre os casos de saúde (MERHY; ONOKO, 1997; MERHY, 2004)

A utilização da tecnologia-leve pelo enfermeiro na prática assistencial para o cuidado de enfermagem, obtém resultados significativos, uma vez que haverá inter-relação no encontro paciente-profissional por meio da comunicação, escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança (MERHY; FEUERWERKER, 2009), sendo as esferas vínculo e acolhimento as atividades mais executadas pelos enfermeiros (MARINHO et al., 2007).

O cuidado de enfermagem realizado por meio do Processo de Enfermagem (PE) direciona-se para a recuperação e o bem-estar do indivíduo e encontra-se fundamentado em conhecimentos científicos e na autonomia profissional, sendo possível a sua execução por uma tecnologia que possa qualificar o cuidado prestado ao paciente (COFEN, 2009).



Ainda, o PE é definido como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano” (HORTA, 2005) e é caracterizado pela relação entre suas etapas, as quais são distribuídas em cinco, sendo, respectivamente, a investigação, o diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação (JUNIOR et al., 2010).

Urge, nesses aspectos, as exigências das instituições que visam utilizar ao máximo seus recursos, reduzir custos como tempo necessário para a realização do Processo de Enfermagem, gastos aleatórios de materiais e elevar a qualidade da assistência prestada, tornando-se cada vez mais indispensável sistematizar a prática clínica e para que ocorra isso ocorre é necessário a elaboração de um instrumento, seja em forma de impresso ou de *software*, que favoreça a realização do cuidado, abrangendo as cinco etapas do Processo de Enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2014).

Ao aplicar o PE na prática profissional se faz necessária sua fundamentação alinhada a teoria específica e do conhecimento de todos os membros da equipe, uma vez que os modelos teóricos têm uma contribuição importantíssima na prática assistencial de enfermagem (AMANTE et al., 2009).

Assim, a enfermagem requer uma busca científica para avaliação crítica de evidências encontradas por meio das habilidades técnicas do enfermeiro durante a execução do PE culminando na utilização de Práticas Baseadas em Evidências, onde se busca a aplicação de pesquisas científicas baseadas em evidências relevantes para então, serem tomadas decisões na prática clínica (DELL’ACQUA, 2015).

Atualmente, a enfermagem tem se firmado cada vez mais como ciência, principalmente na busca para aprimorar a prática do cuidado nos atendimentos prestados. Essa necessidade de representação e classificação da base do conhecimento continua sendo uma questão associada a profissão. Pensando em facilitar o serviço, surgiram as Classificações de Enfermagem em três importantes ligações que são os diagnósticos de enfermagem desenvolvidos pelo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), as intervenções de enfermagem encontradas através do Nursing Interventions Classification (NIC) e os resultados de enfermagem através do Nursing Outcomes Classification (NOC), mais utilizadas a nível nacional (KAUTZ et al., 2006).

O uso de termos de classificações padronizadas para os registros de enfermagem na prática hospitalar nos domínios de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem permite a comunicação simplificada e a continuidade da assistência unificando conhecimentos teórico-científicos e práticos da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Nesse contexto, o desafio de utilizar a tecnologia nos cuidados de enfermagem tem o objetivo de contribuir na prática clínica como importante fonte para o conhecimento específico da profissão, facilitando o ensino, a pesquisa e a emancipação do cliente no plano terapêutico, principalmente no desenvolvimento do Processo de Enfermagem que oportuniza um guia para planejamento, seleção e implementação dos cuidados.

A relevância desta pesquisa está em revelar os benefícios a serem alcançados por meio do Processo de Enfermagem, principalmente a qualidade do cuidado ao cliente, a família e a comunidade. Além disso, o estudo poderá contribuir para que seja implantado e implementado na prática assistencial.

Portanto, a problemática tem como enfoque principal estes questionamentos: O uso de uma tecnologia-leve pode contribuir com o PE na prática assistencial? Esta pergunta abre um leque de possíveis respostas, havendo, assim, a necessidade de delimitar algumas inquietações a serem respondidos pelos profissionais durante a pesquisa: Qual o motivo para que a implementação do PE não ocorra na prática assistencial? Qual a percepção do enfermeiro em relação à aplicabilidade do PE na prática assistencial?

Diante das considerações expostas, o estudo teve por objetivo desenvolver uma tecnologia-leve para a prática assistencial do enfermeiro, justificando-se pela facilidade em prestar uma assistência segura para o paciente e que esteja ao alcance dos profissionais que atuam na prática hospitalar.

## **2. MATERIAIS E MÉTODO**

### **2.1 TIPO DE PESQUISA**

Estudo exploratório-metodológico, de abordagem qualitativa, a qual se preocupa com foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas (POLIT et al., 2011). Já a abordagem qualitativa tem como atribuição a qualidade da alta validade dos dados coletados, trata de procedimentos ajustáveis, buscando propositalmente intencional os indivíduos que vivenciam o problema em questão para amostragem e trata de um número pequeno de sujeitos da pesquisa, ou seja, poucos são os sujeitos da amostra do estudo (TURATO, 2005).

## 2.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de referência ambulatorial e emergencial no município de Parintins, o Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen e dispõe de 81 (oitenta e um) leitos, responsável em atender a cidade local, comunidades ribeirinhas assim como populações indígenas e cidades adjacentes, o que justifica a escolha como cenário do estudo.

## 2.3 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário semiestruturado durante o período de abril a julho de 2017. Utilizou-se um roteiro com perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas intencionavam a caracterização dos enfermeiros, e as abertas, atenderam aos objetivos da pesquisa.

## 2.4 FASES DO ESTUDO

Realizado em três fases: exploração da realidade, revisão de literatura e construção da tecnologia.

A primeira fase foi um estudo exploratório com 14 enfermeiros, que trabalhavam nas clínicas médicas e cirúrgicas, selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros efetivos e que aceitavam participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que estivessem em regime de voluntariado e licença médica. Utilizou-se os seguintes questionamentos: O Processo de Enfermagem é praticado na assistência aos pacientes internados nesta Instituição? Quais são as etapas do Processo de Enfermagem que mais você utiliza? Qual sua maior dificuldade em aplicar o Processo de Enfermagem? O Processo de Enfermagem contribui para a assistência ao paciente. Por quê? Se tivesse um instrumento para realizar o Processo de Enfermagem durante a prática assistencial, você utilizaria?

A segunda fase, foi a busca em literatura, livros, revistas e artigos, em idiomas português, espanhol e inglês, e anais eletrônicos de congressos e fóruns de enfermagem, que discorressem sobre as evidências clínicas que poderiam emergir no contexto de internação hospitalar e a partir desses elementos, constituir o escopo da tecnologia proposta.

Os diagnósticos de enfermagem e as intervenções, foram interpretados a partir de características definidoras e situações iminentes de vulnerabilidade pautados na taxonomia NANDA-I e NIC. A taxonomia NOC não fez parte da tecnologia por exceder o limite de espaços proposto no projeto. É uma etapa que será explorada no próximo estudo.

Na terceira fase, os materiais pesquisados foram desenvolvidos e organizados a partir das Necessidades Humanas Básicas afetadas pautados na teoria de Wanda Horta, levando-se em conta o perfil da clientela e a realidade regional.

## 2.5 ANÁLISE DE DADOS

Posteriormente, iniciou-se a leitura do material para exploração do conteúdo, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, procedeu-se à análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), cujo conteúdo final foi agrupado por similaridade temática, resultando na identificação de três categorias. I) “Conhecimento e percepção sobre Sistematização da Assistência e Processo de Enfermagem”; II) “Fatores relacionados que implicam na implementação do Processo de Enfermagem”; III) “Proposta de uma tecnologia para o Processo de Enfermagem”.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Protocolo 65319717.5.0000.5016 e parecer 1.970.872. Os enfermeiros participantes do estudo receberam o codinome “ENF” (ENF 01, ENF 02) como garantia do sigilo das respostas.

# 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO DA PESQUISA

Participaram do estudo 14 enfermeiros, 12 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, 36% são especialistas e 64% possuem somente a graduação, sendo a especialização a

maior titulação entre os enfermeiros e 64% são formados há menos de 6 anos. Desses, apenas 2 desenvolvem o Processo de Enfermagem de forma aleatória.

A análise descritiva permitiu a identificação de três categorias temáticas descritas a seguir.

### 3.2 CATEGORIA 1: CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sobre ter conhecimento sobre os temas Sistematização e Processo de Enfermagem, a maior parte dos participantes, respondeu que conhece ambos os temas, quanto a menor, somente o Processo. Pode-se entender sobre a implementação do PE e suas etapas na instituição e a contribuição da implantação da SAE para assistir os pacientes:

“O PE é o principal instrumento para a equipe de enfermagem se embasar a respeito do paciente [...]” (ENF 06). “A SAE é muito importante [...] a falta da evolução de Enfermagem nos prontuários do profissional enfermeiro, é gritante [...]” (ENF 08).

A SAE e seus resultados para a prática do enfermeiro são percebidos como melhorias:

“SAE é importantíssima: agiliza, organiza, respalda o enfermeiro; qualidade à assistência; melhoria em tudo p/ uma unidade hospitalar” (ENF 10).

A maior parte dos enfermeiros não implementa o Processo de Enfermagem na assistência aos pacientes internos na instituição, entretanto, outros o executam ao assistir o paciente, mas não em consonância com a teoria, deixando de trabalhar suas cinco etapas. A etapa mais realizada do PE no hospital é a avaliação de enfermagem, escolhida pela maioria dos participantes. Histórico, diagnóstico, prescrição de enfermagem e planejamento dos resultados esperados são pouco utilizados quando há a realização do processo.

Alguns enfermeiros optaram pela descrição da contribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem como a melhora do cuidado aos clientes, família e comunidade, sendo a sistematização um método de planejamento e intervenção:

“A SAE que veio para a melhoria do plano de trabalho [...] para melhoria do plano de cuidados com pacientes” (ENF 07).

### 3.3 CATEGORIA 2: FATORES RELACIONADOS QUE IMPLICAM NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros falaram sobre a realização do Processo de Enfermagem na prática assistencial, dificuldades na sua implementação e existência de formulários para os registros de enfermagem no setor. A ausência da realização do Processo de Enfermagem na prática advém da escassez da mão de obra:

“Atualmente estou fora da assistência direta [...], mas a falta de recursos humanos na unidade inviabiliza a aplicação da SAE, uma vez que 1 enfermeiro fica responsável por 3 clínicas” (ENF 08).

Alguns enfermeiros consideram que não há realização do Processo de Enfermagem por falta de apoio da gestão:

“Como não é instituído, falta toda uma logística [...] e apoio da gestão para garantir a continuidade e eficiência do processo” (ENF 01). “[...] falta de interesse dos administradores [...] pelo fato de não ser protocolo da instituição” (ENF 07).

Quando questionados sobre a maior dificuldade em sistematizar a assistência de enfermagem foram elencadas as seguintes: ausência da implantação da Sistematização e do Processo de Enfermagem, ausência de instrumento, ausência de logística, tempo, falha na comunicação, mão de obra reduzida, iniciativa do enfermeiro e da gestão.

“As dificuldades são poucas, o processo que não é implementado dentro da unidade” (ENF 03). “Falta de instrumento e profissionais suficientes” (ENF 05). “Tempo disponível e continuidade da sistematização por parte dos demais colegas” (ENF 04).

Destaca-se a falta de formulários sistematizados para a implementação do Processo de Enfermagem na instituição. Isso se dá em consequência da falta de interesse da gestão em implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade:

“Não existe protocolos de sistematização da Ass. de enfermagem em vigor nesta unidade” (ENF 04). “Falta de instrumento [...] não disponibilizado pela gestão” (ENF 05).

Por outro lado, outra causa da não realização do Processo na prática é a mão de obra reduzida e falta de tempo:

“A SAE não é aplicada, uma vez que o número de enfermeiros é insuficiente para isso” (ENF 08).

### 3.4 CATEGORIA 3: PROPOSTA DE UMA TECNOLOGIA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros foram unânimes em relatar a importância da criação de uma tecnologia ou instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação de suas etapas. A maioria dos participantes disse sim, quando questionados se realizariam o Processo de Enfermagem se existisse um instrumento na unidade, entretanto, a prática só será realizada se houver mão de obra suficiente para a demanda dos pacientes:

“Depende, se eu fosse enfermeira de só 1 clínica, sim. Mas com 3 clínicas, não” (ENF 08).

A percepção dos enfermeiros quanto a importância de sistematizar a assistência torna imprescindível o uso de um instrumento para a execução do PE na prática:

“A elaboração de um instrumento seria altamente benéfica para os cuidados prestados ao paciente” (ENF 05). “A implantação da SAE seria de suma importância para a unidade, visto que até o presente momento não é executada por falta de instrumento” (ENF 02).

Há também a necessidade de educar continuamente os enfermeiros para o manuseio do instrumento:

“Que implemente essa prática na unidade [...] com capacitações e supervisão” (ENF 09).

Para o modelo de tecnologia a ser desenvolvido para a prática assistencial dos enfermeiros foram listadas as seguintes opções: instrumento para escrever, digitar, *check-list*, *check-list* com espaço para escrever e *check-list* com espaço para digitar. O interesse por um *check-list* com espaço para escrever foi o mais aceito pelos enfermeiros, seguido de *check-list* com espaço para digitação:

“[...] continuo com o mesmo pensamento, *check-list* com espaço para escrever pela demanda ser extensa” (ENF 11).

Se eles pudessem construir um instrumento para a implementação na prática, o fariam com todas as etapas do Processo de Enfermagem, todavia, a implementação da sistematização não depende somente de uso de um instrumento:

“[...] enquanto os recursos humanos forem escassos, fica inviável p/ apenas 1 enfermeiro aplicar a 20 ou mais pacientes, como tem ocorrido” (ENF 08).

A implementação da SAE, não depende apenas da existência de um formulário, *check-list*, existe toda uma logística que vai desde a demanda de mão de obra, até a iniciativa do enfermeiro e apoio da gestão p/ garantir a continuidade e eficiência do processo (ENF 01).

Após a análise dos dados, foi finalizada etapa da criação da tecnologia-leve proposta pelo estudo, gerando um total de 40 Diagnósticos de Enfermagem levantados na taxonomia NANDA-I e 200 Intervenções de Enfermagem baseados na NIC que faz a nomeação e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem. Para cada diagnóstico foram selecionadas cinco intervenções a critério de prioridade das Necessidades Humanas Básicas pautado na Teoria de Wanda Aguiar Horta, o que possibilitou identificar os diagnósticos relacionados a prática clínica hospitalar.

O conhecimento que os participantes da pesquisa têm em relação ao Processo de Enfermagem é unânime, porém ainda se desconhece a Sistematização da Assistência de Enfermagem por uma pequena parte dos enfermeiros da unidade. Entretanto, Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem são tratados como métodos importantes para a assistência, imprescindíveis para a organização da prática do enfermeiro (BOAVENTURA et al., 2017).

A autonomia do enfermeiro na prática é adquirida por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois a sua operacionalização possibilita planejar e direcionar as ações da equipe, organizar e registrar dados, permitindo avaliar e documentar o atendimento realizado (NETO et al., 2013; ANDRADE et al., 2016; SILVEIRA et al., 2016). Outro estudo revela que, mesmo o COFEN (2009) preconizando a implantação e implementação da Sistematização da Assistência, a prática não é desenvolvida pelos enfermeiros (MASSAROLI et al., 2015).

No cotidiano da prática da enfermagem, não ocorre a operacionalização do Processo de Enfermagem, mesmo os profissionais percebendo sua importância para a assistência ou, quando é aplicado, não se obedece suas cinco etapas, realizado de forma incompleta, dificultando a organização do trabalho e a assistência ao paciente (NASCIMENTO et al., 2012). Eles percebem que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um método de aprofundar os conhecimentos trazendo a autonomia e visibilidade do trabalho do enfermeiro (GIEHL et al., 2016).

Existem dificuldades que impedem a implantação e implementação da SAE na unidade hospitalar, entre elas estão os fatores tempo e sobrecarga de trabalho por uma demanda alta do número de paciente assistidos por um número reduzido de enfermeiros (GIEHL et al., 2016), além da falta de apoio da instituição prejudica o desempenho dos enfermeiros durante suas atividades, propiciando ao trabalho fundamentado no modelo biomédico (MARIA et al., 2012).



A mensuração da contribuição do Processo de Enfermagem para o trabalho da equipe torna-se difícil, isso se dá pela sua baixa adesão da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições. A operacionalização do Processo de Enfermagem é possível por meio da sistematização de suas etapas, a fim de torná-las sucintas reduzindo-se assim seu tempo de aplicação, tendo em vista uma melhor qualidade na assistência prestada ao paciente (GIEHL et al., 2016).

Para a garantia integral da implantação do Processo de Enfermagem na prática do enfermeiro é necessária a utilização de “instrumentos”, sejam eles formulários impressos ou do tipo *softwares*, pois eles auxiliam na coleta e nos registros de informações do paciente, abrangendo família e comunidade (TANNURE; PINHEIRO, 2014). Porém, a elaboração de instrumentos impressos específicos para a operacionalização do Processo de Enfermagem é considerada um dos desafios quando se fala em implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (BOAVENTURA et al., 2017).

A construção de instrumentos que viabilizem as etapas do Processo de Enfermagem como a coleta de dados, diagnósticos de enfermagem e intervenções que visem resolver os problemas diagnósticos, permite que o enfermeiro faça o uso do raciocínio clínico durante a prática assistencial (FIALHO et al., 2014).

A manifestação de desejos em ver o profissional enfermeiro mais ativo, realizando uma assistência humanizada e de forma holística em sua prática cotidiana, acaba sendo velada em muitos hospitais que ainda praticam a assistência fundamentada no modelo biomédico, propiciando a desvalorização dos conhecimentos teóricos e científicos que o enfermeiro traz consigo (MARIA et al., 2012). Contudo, há vontade nos profissionais em mudar isso, porém a falta de mão de obra e a grande demanda de pacientes não permite a aplicação da SAE na prática, sendo necessário o dimensionamento de pessoal, adequando a quantidade de leitos ao número de enfermeiros (SOARES et al., 2015).

A opção por um instrumento sistematizado em forma de *check-list* para aplicabilidade na assistência, orienta o trabalho do enfermeiro frente a realização do Processo de Enfermagem facilitando seu manuseio e implementação, permitindo a documentação de registros bem como o plano de cuidados propostos para o paciente (TOLEDO et al., 2015). Além do mais, o instrumento impresso que contém espaços para o preenchimento manual de informações adicionais permeia o cuidado individualizado, de modo a atender o paciente de forma integral (FIALHO et al., 2014).

Se faz necessário a capacitação da equipe de enfermagem por meio a metodologia proposta pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, além de supervisionar, rever

e planejar recursos humanos e materiais para que a prática seja implantada nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2015; MARINELLI et al., 2015). A participação da equipe de enfermagem na construção de protocolos é tomada como medida para o fim de hábitos rotineiros na atividade do enfermeiro, garantindo confiança ao cuidado prestado ao indivíduo. O enfermeiro deve tomar frente da capacitação da sua equipe, o que melhora a qualidade técnico-científico e a assistência ao paciente (MANGILLI et al., 2017).

As respostas obtidas revelam o conhecimento e percepção sobre os temas SAE e PE, assim como as dificuldades que os enfermeiros têm frente realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, dentre elas sobrecarga de trabalho, ausência de instrumento e apoio da gestão da unidade.

Foi demonstrado o interesse dos profissionais em implantar o Processo de Enfermagem na prática assistencial por meio de um instrumento estruturado, assim como a necessidade de capacitação para sua utilização e aplicabilidade.

A limitação da pesquisa foi a validação da tecnologia que será executada em um próximo estudo, com a participação de juizes-especialistas que irão contribuir na validação de conteúdo e estrutura, a fim de atender as necessidades do Processo de Enfermagem.

### PROCESSO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
NOME: _____	IDADE: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	REGISTRO: _____
D. MÉDICO: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	DIH: ____/____/____ DATA: ____/____/____

SINAIS VITAIS			
TAX: _____ °C	PA: _____ x _____ mmHg	P: _____ bat/min	FC: _____ bpm
FR: _____ rpm	Spo2: _____	kg	Peso: _____ cm
Sensibilidade à dor: <input type="checkbox"/> Ausência de dor <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Expressão verbal de dor <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Expressão comportamental de dor.			
Intensidade da dor: <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10		Local: _____	Frequência: _____

Figura 1. Identificação e triagem do paciente na tecnologia.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
Motivo da internação atual: _____	Doenças pré-existentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____
Fatores de risco: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Neoplasia
Medicamentos em uso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____
Hábitos alimentares: <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Carne vermelha <input type="checkbox"/> Aves/peixes.	Sono/repouso: _____ h/noite.
Atividade física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atividade sexual: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Não satisfatória
Comunicação: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Dificuldade na comunicação	Interação social/ambiente: <input type="checkbox"/> Adequada
Contato visual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sentimentos/comportamento: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Angústia
Conhece seu problema de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.	Religião: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Desorientado	Percepção dos órgãos dos sentidos – Sensibilidade térmica: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sedado	Auditiva: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Surdez
Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Não-Fotorreagentes	Uso de aparelho auditivo: <input type="checkbox"/> Otorreia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Míose <input type="checkbox"/> Midriase	Gustativa: Capacidade de distinguir sabores: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tátil: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Ausente
	Visual: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Miopia <input type="checkbox"/> Hipermetropia <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Exoftalmia
	Olfativa: <input type="checkbox"/> Sem anormalidades <input type="checkbox"/> Presença de sonda
	Epistaxe: <input type="checkbox"/> Secreções: <input type="checkbox"/> Desvio de septo
OXIGENAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Hiperpneia	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocoradas <input type="checkbox"/> Hipocoradas
<input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise	Enchimento capilar: <input type="checkbox"/> Regular até 2 segundos <input type="checkbox"/> Irregular > de 2 seg
<input type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> Suporte Ventilatório <input type="checkbox"/> Traqueostomia	Ausculta: <input type="checkbox"/> BNCNF2T <input type="checkbox"/> Sons anormais: <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Arritmias: <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> FV
<input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Roncos	Tórax: Deformidade torácica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Expansibilidade: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Aumentada	Características: _____
	REGULAÇÃO VASCULAR

Figura 2. Organização do histórico de enfermagem: anamnese e exame físico orientados pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.



Acredita-se que os fatores que dificultam a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e realização do Processo de Enfermagem são maiores àqueles que facilitam, entre eles estão ausência de instrumentos ou formulários para os registros de enfermagem, gerando informações ausentes no prontuário do paciente, a mão de obra reduzida e a falta de tempo que gera a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio ou interesse da gestão da unidade.

Contudo, embora a tecnologia leve seja um instrumento facilitador, a efetividade do Processo de Enfermagem dependerá da responsabilidade profissional, da gestão de qualidade e de cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens pelo enfermeiro.

Diante disso, percebeu-se o interesse dos enfermeiros em desenvolver e aplicar o Processo de Enfermagem e todas as etapas na prática por meio da criação da tecnologia-leve, gerando a visibilidade da qualidade da assistência com qualidade e segurança para o enfermeiro, o cliente, a família e a comunidade.

## 5. REFERÊNCIAS

AMANTE, L.N.; ROSSETO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

ANDRADE, Y.N.L.; MENEZES, E.G.; JARDIM, M.J.A.; RIBEIRO, J.S.S.T.; CHAVES, R.G.R.; ROLIM, I.L.T.P. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre o ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p. 602-609, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011.

BOAVENTURA, A.P.; SANTOS, P.A.; DURAN, E.C.M. Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería. **Enfermería Global**, v. 46, p. 182-193, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília, 2009.

DELL'ACQUA, M.C.Q. In: BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015.

FIALHO, F.A.; DIAS, I.M.Á.V.; ARREGUY-SENA, C.; ALVES, M.S. Instrumentos para o processo de enfermagem do neonato pré-termo à luz da teoria de Dorothy Johnson. **Rev Cuid**, v. 5, n. 1, p. 652-660, 2014.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GIEHL, C.T.; COSTA, A.E.K.; PISSAIA, L.F.; MORESCHI, C. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 5, n. 2, p. 87-95, 2016.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU Editora Pedagógica Universitária; 2005.

JUNIOR, M.G.S.; GONÇALVES, L.H.T.; OLIVEIRA, M.F.V. TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2010.

KAUTZ, M.L.G. et al. Using NANDA, NIC and NOC (NNN). Language for clinical reasoning with the outcome-present State-Test (OPT) model. **Internation Journal Nursing Terminologies Classification**, v. 17, n. 3, p. 129-138, 2006.

MANGILLI, D.C.; ASSUNÇÃO, M.T.; ZANINI, M.T.B.; DAGOSTIN, V.S.; SORATTO, M.T. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. **Enferm Foco**, v. 8, n. 1, p. 62-66, 2017.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 97-303, 2012.

MARINELLI, N.P.; SILVA, A.R.A.; SILVA, D.N.O. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 254-263, 2015.

MARINHO, P.M.L.; CARVALHO, T.A.; MATTOS, M.C.T.; LLAPA-RODRÍGUEZ, E.O.; CAMPOS, M.P.A. Prevalence of the use of light technologies by the nursing staff of a state hospital. **Rev Rene**, v. 18, n. 4, p. 445-452, 2017.

MASSAROLI, R.; MARTINI, J.G.; MASSAROLI, A.; LAZZARI, D.D.; OLIVEIRA, S.N.; CANEVER, B.P. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 251-258, 2015.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília. Ministério da Saúde; 2004.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2009.

MERHY, E.E.; ONOKO, H.T. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997.

NASCIMENTO, L.K.A.S.; MEDEIROS, A.T.N.; SALDANHA, E.A.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E.P.; LIRA, A.L.B.C. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes

oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 1, p. 177-185, 2012.

NETO, J.M.R.; FONTES, W.D.; NÓBREGA, M.M.L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 535-542, 2013

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SANTOS, J.Á.; PRADO, P.R.; DOMINGUES, T.A.M.; MATHEUS, M.C.C.; BETTENCOURT, A.R.C. Sistematização da assistência de enfermagem na visão de enfermeiros. **CuidArte Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 117-121, 2015.

SILVEIRA, V.; SILVA, K.C.; HERTEL, V.L. Sistematização da assistência de enfermagem na saúde da família: percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 11, p. 3892-3900, 2016.

SOARES, M.I.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S.; CAMELO, S.H.H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

TOLEDO, V.P.; MOTOBU, S.N.; GARCIA, A.P.R.F. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 172-179, 2015.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos em saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

## USO DE EQUIPAMENTOS DE BIOSSEGURANÇA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO

Eliene Mendes<sup>1,2</sup>, Joseneide Viana de Almeida<sup>1,3</sup>, Márvyta Hellen Nobre de Almeida<sup>1</sup> e  
Raquel Maria Castilho de Mendonça<sup>1</sup>

1. Faculdade Roraimense de Ensino Superior (FARES), Boa Vista, Roraima, Brasil;

2. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, Roraima, Brasil;

Universidade Estadual de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil;

### RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar a importância da biossegurança na visão dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. A ocorrência de acidentes ocupacionais que constitui uma constante preocupação para as instituições e profissionais de enfermagem, principalmente em Centros Cirúrgicos devido à elevada frequência de procedimentos invasivos. Tratou-se de um estudo de campo de abordagem qualitativa e exploratória, através de entrevistas de forma aleatória com os 20 profissionais do setor dentre os quais enfermeiros e técnicos de enfermagem. O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Roraimense de Ensino Superior – FARES e APROVADO PELO CAAE: 98784718.4.0000.5705. Os resultados comprovaram diferentes relatos e opiniões para a análise do conhecimento da equipe, das necessidades e dos desafios enfrentados. Portanto foi possível concluir que a Biossegurança, nas atividades hospitalares do Centro Cirúrgico, garante a segurança e o bem-estar para o profissional e a equipe de enfermagem e no caso da Maternidade ela não é bem aplicada devido à falta de estrutura e gestão.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Biossegurança and Centro Cirúrgico.

### ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the importance of biosafety for the nursing professional of the Surgical Center of the Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. This was a field study of a qualitative and exploratory approach, through a random interview with the professionals of the sector. Focusing on the occurrence of occupational accidents that is a constant concern for nursing institutions and professionals, especially in Surgical Centers due to the high frequency of invasive procedures. The results were satisfactory because there were different reports and opinions for the analysis of team knowledge, needs and challenges. Therefore, it was possible to conclude that Biosafety, in the hospital activities

of the Surgical Center, guarantees safety and well-being for the professional and the nursing team and in the case of Maternity it is not well applied due to lack of structure and management.

**Keywords:** Nursing, Biosafety and Surgery Center.

## 1. INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar oferece riscos de diversas formas, os profissionais de saúde que atuam neste cenário estão expostos a uma diversidade de fatores que contribuem para o adoecimento dos mesmos. Especialmente quando se trata de agentes biológicos, tendo em vista, que a exposição ao material biológico na área da saúde torna-se cada vez mais comum. As atividades exercidas em setores críticos de uma unidade hospitalar, aqui em questão o Centro Cirúrgico, são fontes de riscos ocupacionais devido ao alto número de procedimentos realizados e a exposição dos profissionais envolvidos no setor.

Segundo estudos é possível notar um aumento na preocupação com acidentes causados por material biológico, devido ao risco de o trabalhador contrair algumas doenças transmissíveis, como por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o vírus da Hepatite B e C, contato com agentes causadores de tais problemas exige momentos de atenção máxima na execução das tarefas, assim como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivos (EPC).

O centro cirúrgico, o foco desta busca, é um dos setores mais complexos, e de maior importância em uma unidade hospitalar. Segundo Canedo (2009) os riscos nas unidades hospitalares são decorrentes do contato e da forma como são prestados os serviços de assistência. Portanto se dá devido ao manuseio de equipamentos pesados e materiais perfurantes e/ou cortantes muitas vezes contaminados com sangue e outros fluidos.

Nota-se uma maior vulnerabilidade ao profissional de enfermagem, devido os mesmos estarem mais susceptíveis a acidentes, principalmente os que trabalham em Centros Cirúrgicos, pois são setores com um alto nível de procedimentos invasivos e que utiliza-se materiais que são contaminados e submetidos a procedimentos esterilizantes e isso envolve o manuseio, o fluxo do setor de execução das atividades e vários outros fatores que serão abordados.

O interesse da pesquisa surgiu da necessidade acadêmica de abordar a importância da Biossegurança para os profissionais, devido ao aumento de casos de acidentes



ocupacionais. No entanto a ideia partiu da disciplina de Biossegurança aplicada ao longo da graduação.

Em razão disso foi necessário verificar junto aos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, da cidade de Boa Vista-Roraima, no intuito de analisar as práticas desenvolvidas, em favor da biossegurança, no ambiente e durante os procedimentos realizados no setor e ainda abordar algumas legislações e conteúdos bibliográficos para assim complementar o entendimento e concluir a pesquisa.

O presente estudo teve como objetivo geral: Analisar a importância da biossegurança para o profissional de enfermagem em um Centro Cirúrgico do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. Os objetivos específicos foram: Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do CC no H.M.N.S.N sobre a biossegurança; Verificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção dos acidentes com materiais perfuro cortantes; Apontar medidas preventivas para o controle de infecções hospitalares que podem ocasionar danos à saúde do profissional de enfermagem.

Esta pesquisa justifica-se, da importância da biossegurança na área da saúde, sobretudo, na equipe de enfermagem, onde a assistência é contínua. Levando em consideração a existência de uma variedade de riscos ocupacionais presentes nos ambientes de trabalho. É indispensável abordar a importância da prevenção de acidentes em unidades hospitalares, principalmente em áreas que há maior fluxo de pacientes críticos com risco de infecções, como o Centro Cirúrgico. Levando em consideração que os profissionais de enfermagem estão expostos a esses riscos devido a demanda de serviços no setor e ao contato direto com os pacientes e com os materiais contaminados.

A problemática está baseada em enfatizar os riscos que os profissionais de enfermagem do setor, no exercício de suas atividades, estão expostos e a relevância do uso de EPI's E EPC's.

## 1.1 BIOSSEGURANÇA

A biossegurança é uma área de conhecimento definida pela Anvisa como: “Condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente” (ANVISA, 2014).

O termo está ligado a segurança no trabalho, relacionada aos riscos em que o

empregado está exposto em seu ambiente de trabalho. Portanto a Fiocruz (2014) fala que o importante é garantir que qualquer procedimento científico seja seguro, tanto para os profissionais que o realizam, para os pacientes a quem são destinados (quando houver) e para o ambiente e assim gerar resultados de qualidade.

Sendo assim, a Biossegurança é um conjunto de medidas que buscam minimizar os riscos a qualquer profissional. Porém, os riscos não são apenas aqueles que afetam o trabalhador que desempenha uma função, e sim todos aqueles que podem causar danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas.

A biossegurança, originou-se em meados da década de 70 em um evento chamado de reunião de Asilomar na Califórnia, onde o grupo científico iniciou a discussão sobre os impactos da engenharia genética na sociedade. Esta reunião, Goldim (1997) fala que: “é um marco na história da ética aplicada a pesquisa, pois foi a primeira vez que se discutiu os aspectos de proteção aos pesquisadores e demais profissionais envolvidos nas áreas onde se realiza o projeto de pesquisa”.

A partir daí o termo biossegurança, vem, ao longo dos anos, sofrendo alterações tendo vários conceitos de diversos autores. As ações de biossegurança em saúde são fundamentais para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida do trabalhador. A segurança ao executar as atividades na função do trabalhador. A evolução cada vez mais rápida do conhecimento científico e tecnológico em volta do assunto se ampliou para diversos ramos.

A OMS estabeleceu métodos de ação que objetivaram incorporar a essa definição, os chamados riscos periféricos presentes em ambientes laboratoriais que trabalham com agentes patogênicos para o homem, como os riscos químicos, físicos, radioativos e ergonômicos. Essas ações foram essenciais para diminuição de acidentes ocupacionais, que sempre estiveram relacionados às atividades econômicas, passando a oferecer uma maior segurança ao trabalhador.

A partir daí a Biossegurança foi regulamentada no Brasil através da Lei 11.105 de 24 de março de 2005, que estabelece normas de segurança e um sistema de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente.

Para esclarecer melhor a linha de funcionamento da Biossegurança, ela está organizada da seguinte forma:

A Biossegurança é tratada pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.683, de 28 de agosto de 2003, e coordenada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Essa Comissão é composta por representantes desta Secretaria, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (Aisa), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (SAÚDE, 2010).

O principal objetivo da CBS “é definir estratégias de atuação, avaliação e acompanhamento das ações ligadas à Biossegurança de forma a ter o melhor entendimento entre o Ministério da Saúde com órgãos e entidades relacionadas ao tema” (SAÚDE, 2010).

## 1.2 BIOSSEGURANÇA NA ENFERMAGEM

De acordo com a REBen (2016). Os profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro e a equipe de técnicos ou auxiliares, estão expostos a diversos riscos de acidentes ocupacionais, seja em ambiente hospitalar, ambulatoriais, postos de saúde e no domicílio. A revista fala ainda que os profissionais de enfermagem executam procedimentos rotineiros que envolvem risco de contaminação com material biológico, como a utilização de objetos perfurocortantes (agulha, cateteres agulhados e sob agulha, e lâmina de bisturi), gases contaminadas com sangue e ou secreções, instrumentais cirúrgicos, roupas de cama e demais materiais hospitalares que também possuem contato. Por isso, é necessária a aplicação de normas de biossegurança, para prevenir a ocorrência de acidentes de trabalho.

É diante do exposto que a preocupação com as normas de biossegurança se torna cada vez mais constantes no contexto da saúde do trabalhador de enfermagem e da saúde como um todo. As ações de biossegurança funcionam como um conjunto, conforme foi definida no tópico anterior, a realização incorreta de algum deles compromete a segurança do trabalhador. É possível notar que essas aplicações são chamadas de Normas Regulamentadoras, que regulamentam várias medidas acerca da Biossegurança e a saúde do profissional.

De acordo com o Ministério do Trabalho do Brasil, são as seguintes Normas que falam a respeito do tema:

NR – 5, fala sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) “tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar

compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador”.

Como todo profissional deve saber, os equipamentos de proteção individual (EPIs) são imprescindíveis para a execução das atividades da equipe de enfermagem em qualquer que seja sua área de atuação, em ambiente hospitalar. Portanto eles são regulamentados através da NR-6:

EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Será especificado, quais os que são de uso na área de enfermagem.

Percebe-se que essa norma se aplica para todas as funções, mas nesse caso para a enfermagem é fundamental que a equipe passe por treinamentos que o ensinem o manuseio correto de materiais que estão disponíveis em seus ambientes de trabalho e sobre o uso de EPIs.

NR – 7, Esta Norma Regulamentadora estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

NR – 9, Determina a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

NR – 15, “Dispõe sobre as atividades e operações insalubres”. Ou seja, os limites, a tolerância no ambiente de trabalho sobre as condições insalubres que podem ser motivos para adicional ao salário do trabalhador exposto até ser eliminado ou neutralizado o fator da insalubridade.

NR – 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Esta Norma tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Sendo assim conforme a ideia de Pinheiro e Zeitouné (2008), gradativamente, a

Legislação vem proporcionando medidas que passam por cima dos receios que existem acerca dos acidentes e do tratamento dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, na tentativa de dar subsídios para que os trabalhadores tenham um ambiente de trabalho que comprometam menos sua saúde. Por outro lado, o profissional que detém o conhecimento de como agir diante dos acidentes é capaz de tomar as providências necessárias até mesmo diante das situações estressantes, uma vez que este tem conhecimento dos riscos à sua própria saúde, inerentes à profissão, e sabe que, ao mesmo tempo em que se propõe a cuidar da saúde dos outros, ele deve cuidar e se preocupar com a própria saúde.

### 1.3 RISCOS DE ACIDENTES NA ENFERMAGEM

Segundo Carvalho e Magalhães (2013), o enfermeiro é o profissional que mais se expõe aos riscos relacionados ao trabalho na área da saúde, uma vez que a enfermagem representa o maior grupo individualizado de trabalhadores, responsável pela prestação de assistência ininterrupta, atuando muitas vezes 24 horas por dia, executora de cerca de 60% das ações de saúde, sendo portanto, a classe de profissionais que mais entra em contato físico com os doentes.

Os riscos no ambiente hospitalar podem ser classificados em cinco tipos, de acordo com a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil, de 1978. A classificação dos riscos está normatizada na Norma Regulamentadora Nº 5 (NR-5):

Riscos de acidentes – Qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, e seu bem-estar físico e psíquico. São exemplos de risco de acidente: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, etc.

Riscos ergonômicos – Qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, etc.

Riscos físicos – Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração, etc.

Riscos químicos – Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja,

pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Riscos biológicos – Consideram-se como agentes de risco biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros.

A NR-32 preconiza que o todo que possibilita de exposição ao agente biológico (que geralmente é uma unidade hospitalar) dever ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual. E que os trabalhadores com essa exposição, devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto, além de não poder adornos. Determina também que o descarte de objetos perfurocortantes é de responsabilidade exclusiva do profissional que fez a sua utilização, sendo proibidos o reencape e desconexão manual de agulhas. Sobre a vacinação dos trabalhadores, é recomendado o fornecimento gratuito de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os preconizados no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

O outro método de prevenção, são as luvas, segundo a NR-32: “O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas”.

Além dessas medidas citadas, os EPI's específicos da equipe do centro Cirúrgico devem utilizar são: Gorros, Máscaras, Roupas Privativas, Pró-pé e Óculos.

Para isso que a NR 32 é fundamental pois ela estabelece condutas como diagnóstico, acompanhamento e prevenção de soroconversão e de doenças, descontaminação do ambiente de trabalho, tratamento médico e atendimento de emergência para os profissionais, além de informações sobre protocolos de atendimento, dispensação de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos, materiais e insumos especiais aos trabalhadores. Estas instruções devem estar divulgadas nas instituições e também distribuídas individualmente aos trabalhadores. É importante que a instituição conheça a normatização e a divulguem como forma de promover o maior envolvimento dos profissionais, visando estimular um pensamento crítico e participativo para a prevenção dos acidentes de trabalho (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010).

#### 1.4 ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

O ambiente único da sala de cirurgia afeta a natureza dos acidentes com perfurocortante. Dentro da sala, cirurgiões, enfermeiros e outros da equipe trabalham muito

próximos uns dos outros, manuseando os mesmos instrumentos em um espaço muito pequeno (SLAVISH, 2012).

O enfermeiro desempenha diversas atividades no setor de cirurgia, como o controle de entrada, saída de pacientes, controle de cirurgias, auxílio durante os procedimentos, além de manuseio de equipamentos cirúrgicos e muitas outras atividades. Principalmente em áreas consideradas críticas, que são aquelas que segundo o Manual de Biossegurança (2001) são: “áreas de procedimentos onde o risco de contato com sangue ou secreções humanas seja concreto”.

Entretanto o centro cirúrgico é considerado uma área crítica no âmbito hospitalar, o Manual de Biossegurança (2001) também esclarece em:

Área Crítica: a que oferece risco potencial para aquisição de infecção seja pelos procedimentos invasivos realizados, ou pela presença de pacientes susceptíveis às infecções. Ex.: Centro Cirúrgico e Obstétrico, Berçário, UTI, Hemodiálise, Laboratório, CME, Banco de Sangue, área suja de lavanderia etc.

Em hospitais como a Maternidade, que é o caso da pesquisa, há procedimentos diariamente a se fazer, pois todos os dias ocorre partos cesarianos e entre outras cirurgias necessárias e eletivas. Portanto o fluxo de profissionais e pacientes susceptíveis a infecções é grande e torna o ambiente restrito fazendo com que o enfermeiro e sua equipe tenha bastante cuidado em relação a manuseios, circulação, vestimenta e atenção a cada paciente. Assim se faz necessário cumprir corretamente as normas de biossegurança.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

### 2.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, onde teve uma abordagem qualitativa e exploratória, além de algumas adotar alguns conteúdos bibliográficos e legislações existentes acerca do assunto.

### 2.2 COLETA DE DADOS

A princípio foi realizada uma visita prévia no Centro Cirúrgico para conhecer o ambiente e marcar o dia apropriado para a entrevista. A pesquisa foi executada no Centro

Cirúrgico do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré em Boa Vista – Roraima, houve concordância da instituição com a ideia da pesquisa e sua importância para os acadêmicos. Logo após a autorização, foi marcado o dia para a entrevista com os profissionais do Centro Cirúrgico.

Foram selecionados 20 profissionais do setor que participaram da entrevista sendo eles enfermeiros e técnicos em enfermagem, no qual colaboraram de forma individual para que não houvesse eventuais discordâncias e que não atrapalhassem suas rotinas de trabalho. Foi realizada através de entrevista com perguntas específicas sobre o tema.

### 2.3 UNIVERSO E AMOSTRA

O H.M.I.N.S.N. é muito amplo contendo muitos setores. Portanto foi necessário utilizar uma amostra representativa escolhida de forma aleatória e concentrando-se em uma equipe específica de 20 (vinte) profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), sendo eles colaboradores do Centro Cirúrgico do H.M.I.N.S.N. que é um hospital especializado em cuidados à mulheres gestantes, puérperas e recém-nascidos. Situado no bairro São Pedro, na cidade de Boa Vista – Roraima.

### 2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Roraimense de Ensino Superior – FARES e APROVADO PELO CAAE: 98784718.4.0000.5705.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os acidentes com perfurocortantes são os principais responsáveis por expor os profissionais de saúde ao risco de adquirir infecções graves, como a AIDS e as hepatites B e C. É prioritária, portanto, a discussão a respeito do conhecimento dos profissionais, dos desafios enfrentados em relação aos meios de prevenção e controle dos riscos ocupacionais como medidas preventivas.



### 3.1 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO NO H.M.I.N.S.N SOBRE A BIOSSEGURANÇA

Quando perguntado em relação ao seguimento das Normas de Biossegurança, houve diferentes opiniões a respeito, uns relataram culpavam a estrutura da unidade, outros a gestão:

S.C.F. “Todos tem conhecimento das normas, mas nem todos aplicam, pois o hospital não tem estrutura”.

F.C.A.L. “Estamos cientes da importância da biossegurança, temos todos os equipamentos que precisamos, porém devido a rotina apressada, as vezes o pessoal não utiliza com tanta frequência ou até deixam de usar certos materiais importantes.”

E.M.D. “Mesmo conhecendo as normas, a estrutura e a gestão não ajudam na prática da Biossegurança aqui na Maternidade, pois não tem como praticá-la corretamente se a gestão não fornece adequadamente uma estrutura e os materiais que faltam muito”.

Alves e Pacheco (2015) esclarecem que as normas de biossegurança que são negligenciadas quase em todos os locais onde os cuidados de enfermagem são prestados e, que, os equipamentos de proteção individual (EPI's) são mais utilizados na assistência ao paciente cujo diagnóstico é conhecido, sem levar em consideração a vulnerabilidade do organismo humano a infecções. O que se recomenda é que todo trabalhador esteja protegido sempre que for entrar em contato com material biológico e, também, durante o processo de cuidar rotineiro aos pacientes, independente de conhecer o diagnóstico do mesmo ou não, sempre utilizando das precauções universais padrão.

“F.J.G. “Apesar de muitos saberem o que deve ser feito diante de um acidente. Só nos preocupamos se soubermos que o paciente tem HIV”.

Os que afirmaram conhecer as normas de biossegurança colocaram em questão a estrutura e gestão da unidade. Portanto não aderem às medidas e possuem uma percepção fraca de riscos, pois fazem uso de barreiras apenas mediante o diagnóstico de soropositividade para HIV. Este é um dos aspectos mais preocupantes, uma vez que esta falsa segurança aumenta significativamente o risco da transmissão do HIV.

### 3.2 AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES COM MATERIAIS PERFURO CORTANTES

Além da falta de EPI's, estrutura e gestão, há outras dificuldades enfrentadas na rotina desses profissionais. Muitos afirmaram que não tem um controle específico sobre as entradas e saídas dessa repartição, pois não há um vigilante para efetuar esse controle. Há muita circulação de pessoas sem a roupa específica e presença de portas e janelas em locais que não são indicados. Inclusive foi apontado que houvesse o funcionamento de setores como a farmácia, dentro do próprio Centro Cirúrgico, porque muitas vezes eles saem do setor com a roupa privativa para ir em outro ambiente contaminado para resolver tais coisas.

C.V.N. "Aqui entra qualquer um, acompanhante, profissionais de outros setores, sem colocar a roupa cirúrgica e também já aconteceu de estarmos na sala de cirurgia e entrar acompanhante perguntando sobre a localização da UTI".

C.S.B. "Deveria ter setores adaptados ao Centro Cirúrgico, para que não precisássemos sair com a roupa ou ter que troca-la só para ir à farmácia".

N.C.M. "Não dá tempo, entre um procedimento e outro, para trocar de roupa e ir em certos locais, como ir até a farmácia. Então temos que ir com a roupa privativa mesmo".

Silva e Alvim (2010) argumentam que a entrada no Centro Cirúrgico deve ser permitida somente diante da identificação do funcionário e a circulação em seu interior deve ser feita mediante o uso de roupas específicas para esta unidade (como a roupa privativa, também chamada de Roupa cirúrgica). Existem algumas normas que devem ser cumpridas como, por exemplo, lavagem das mãos para a prevenção de infecções hospitalares, devendo ser realizada antes e após o contato direto com o cliente.

Foi observado que só tem a CME e Berçário adeptos ao Centro Cirúrgico, mas poderia haver alguma forma de adapta-lo aos demais setores de uma forma mais segura para os profissionais, pois no caso atual, eles saem com a maca pelos corredores entre os blocos em que há muitos acompanhantes e pessoas circulando.

O fornecimento de EPI's também é um desafio, pois a maioria afirma que o hospital deixa de fornecer alguns equipamentos, mas muitos discordam e explicam que é devido à variedade, pois as vezes faltam apenas um tamanho. E sobre os óculos de proteção todos disseram que não há disponibilidade.

R.S.A. "Já tivemos que comprar luvas tamanho P, pois só havia tamanho G e isso gera um desconforto na hora fazer os procedimentos".

G.S.O. "Aqui falta materiais, como luva estéril que muitas vezes temos que improvisar usando as de procedimento ou as vezes orientamos o acompanhante a ir comprar para não comprometer o paciente".

I.C.P.S. "A falta de óculos de proteção durante cirurgias, já ocasionou acidentes de trabalho".

As barreiras que dificultam a adesão dos profissionais ao uso dos equipamentos de proteção individual, destacam-se a ausência dos EPI's ou o tamanho é inadequado, falta de recursos financeiros, estrutura organizacional e a pressa (TIPPLE et al, 2004). O risco muitas vezes está em algo que nem imaginamos, como por exemplo, a forma de pegar a maca do paciente, que pode ser um sério risco. Como relata:

P.J.O.P. "Eu fui pegar a maca da paciente e peguei de mal jeito, até que caiu em minha mão e quebrei a mão, mas dei entrada em tudo do procedimento após acidente".

### 3.3 MEDIDAS PREVENTIVAS RELATADAS PARA O CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Considerando os riscos de exposição a material biológico contaminado, os acidentes com pérfuro-cortantes são os mais frequentes e justificando assim a importância da implementação de medidas mais eficazes para a diminuição dos riscos, como os cursos de atualizações, programas educativos, seguimento clínico após exposição, vacinação e utilização de dispositivos de segurança para realização de procedimentos invasivos.

J.F.N.G. "Os materiais primordiais são: Luvas, Roupa Cirúrgica, máscara, Gorro e Pró pé, mas não temos aqui e o óculos não temos ele também."

M.F.S.N. "Muitos aqui não usam o gorro, é arriscado a presença de cabelos no ambiente, além de tocar no paciente sem luvas e máscaras, também é um fator de risco e tudo isso pesa".

Um dos entrevistados ressaltou que além dos EPI's do Centro Cirúrgico, deveria haver calçados específicos e disponíveis para o setor, pois não adianta trocar só a roupa:

P.R.C.B. "Deveria ter sapatos privativos, pois não adianta nada a gente só trocar de roupa, se os sapatos estão contaminados, não vale de nada. O ideal seria o Pró pé, mas não temos".

Foi relatado que não há palestras e cursos de capacitações relacionados ao tema. Inclusive muitos sugeriram que a CCIH da maternidade, fosse mais ativa quanto a esses eventos.

J.F.R. "Nunca vi nenhuma palestra dessas aqui na maternidade".

M.A.S.A. "A CCIH poderia cuidar desses assuntos, há muito tempo que não temos nenhum tipo de eventos assim. Já no berçário tem reuniões frequentes e aqui não tem".

Teixeira e Valle (2010, p.75) abordam que:

É fundamental que o profissional receba orientação adequada quanto ao uso do equipamento e tenha um prazo para se adaptar a esta rotina, caso contrário, ao invés de proteger, estes equipamentos se tornarão elementos geradores de acidentes. Devemos levar em consideração também o conforto proporcionado por estes equipamentos e a qualidade do produto e ainda exigir o Certificado de Aprovação (CA) junto ao Ministério do Trabalho.

Em relação a isso, a NR-32 propõe no item 32.2.4.9 que o empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes de iniciar as atividades (ou seja, no ato da admissão) e também de forma continuada, devendo ser ministrada quando ocorrer uma mudança das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos, durante a jornada de trabalho e por profissionais de saúde familiarizados com os riscos inerentes aos agentes biológicos.

A maioria afirma não ter sofrido acidentes ocupacionais, mas os que sofreram foi o total de 4 pessoas geralmente com material perfurocortantes e dessas 4 pessoas, 2 seguiram com todo o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde:

Primeiramente já estar vacinado contra hepatite B e tétano. Deve-se tratar o local atingido de acordo com a exposição. Cutânea: lavar imediatamente o local com água e sabão ou degermante. Mucosa: lavar imediatamente e de maneira exaustiva o local com soro fisiológico.

Orientar o profissional a registrar o acontecido no setor de medicina do trabalho da sua instituição, deverá ser solicitado para o paciente-fonte os mesmos exames orientados para o funcionário exposto. Caso o paciente se negue a fazer os exames, registrar o fato na ficha de notificação do acidente e tratar o caso como fonte desconhecida. Assim mesmo para o funcionário. Encaminha-lo para avaliação sorológica, devendo ser submetido à testagem para HIV, HBV e HCV.

A solicitação dos exames será feita pela Unidade de Referência de acordo com a origem do profissional. Os exames serão de interesse do funcionário, sendo garantido o compromisso ético com o sigilo dos resultados. Hepatite B: sorologia no momento do acidente, três meses e seis meses após o acidente. Hepatite C: sorologia no momento do acidente, três meses e seis meses após o acidente. HIV: sorologia no momento do acidente,

um mês, três meses e seis meses após o acidente.

O trabalhador acidentado será encaminhado para avaliação ou para início da quimioprofilaxia na Unidade de Referência para o primeiro atendimento, com a ficha do SINAN preenchida (2 vias). No local onde ocorreu o acidente deve preencher também a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

L.M.D. “Não procedi devido a demora do processo”.

E.L.S. “Não dei entrada em nada, apenas fui atrás de saber se o paciente tinha HIV, HBV, HCV e Sífilis”.

P.A.S.L. “Em 3 meses resolvi toda a questão burocrática e passei 2 meses afastada”.

Sobre os procedimentos após acidentes, verifica-se que muitos profissionais acabam negligenciando a etapas, em razão da burocracia imposta, ou desinteresse da categoria. Vale salientar que sem notificação os dados deixam de ser gerados.

## 4. CONCLUSÃO

A pesquisa trouxe um resultado no qual já era previsto nos objetivos do trabalho, por possibilitar a análise da importância da aplicação das normas de Biossegurança no Centro Cirúrgico do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora De Nazaré. Além disso foi possível observar o conhecimento dos profissionais acerca do assunto, verificar a abordagem das medidas utilizadas e dos desafios enfrentados pelos profissionais.

De um modo geral foi verificado que a biossegurança não é bem praticada no Centro Cirúrgico. Apesar de a equipe ter um conhecimento geral e saber da importância do tema para eles e para o paciente, houve relatos de que não existe educação continuada desenvolvida através de palestras e cursos.

Além disso, tem a questão da falta materiais de rotina, como luvas de procedimento e até mesmo as roupas cirúrgicas por exemplo. A falta de estrutura também contribui nessa questão, pois dificulta os esforços da equipe para manter o ambiente seguro de infecções.

Também foi afirmado que há muitos riscos em muitas partes do setor que eles estão expostos, desde a porta até os descartes de materiais, pois isso ocasiona acidentes conforme verificado. Foi percebido que todos utilizam adequadamente os trajés privativos

recomendados pela unidade, porém acreditam que ainda poderia melhorar ao incluir novos dispositivos mais seguros.

Percebe-se de acordo com os relatos que não adianta ter equipamentos e os profissionais não adotarem as medidas de prevenção e cuidados específicos por conta da pressa ou falta de interesse. Há muitas sugestões diante dessa situação que os próprios funcionários sugeriram durante a entrevista, porém a gestão também é um fator que não colabora para que seja colocada em prática.

Conforme a análise, o próprio profissional negligencia as normas biossegurança, devido à falta de materiais, a pressa em realizar uma determinada atividade e a intensidade do trabalho. Dessa forma torna-se costume na sua rotina de trabalho, deixar de usar certos materiais em certas ocasiões. Portanto conclui-se que o conteúdo coletado na pesquisa foi um importante colaborador para a complementação do conhecimento acadêmico.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVES, L. S; PACHECO, J. S. Biossegurança – Fator determinante nas unidades de atendimento à saúde. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 3, n. 1, p. 33-40, 2015.

BRASIL. **Lei Nº 11.105, de 24 de Março de 2005**. Brasília - DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biossegurança em saúde: Prioridades e Estratégias de Ação**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Exposição a Materiais Biológicos. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978**. Brasília – DF, 1978.

CANEDO, R. C. R. **Acidentes de Trabalho no Centro Cirúrgico do Hospital do Câncer II**. (Dissertação) Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CARVALHO, C. G; MAGALHÃES, S. R. Quem cuida do cuidador: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial. **Journal of Research: Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 3, p. 122-131, 2013

CONCEIÇÃO, S. D; TITONELL, A, N. A, Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 427-434, 2010.

FIOCRUZ. **Biossegurança o que é**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/biosseguranca-o-que-e>>. Acesso em 15/10/2018.

FIOCRUZ. **Biossegurança o que é.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/biosseguranca-o-que-e>>. Acesso em 12/08/2018.

FIOCRUZ. **Manual de Biossegurança.** 2001. Disponível: <[http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manual\\_biosseguranca.pdf](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manual_biosseguranca.pdf)>. Acesso: 10/10/2018.

GOLDIM, J. R. **Conferência de Asilomar,** 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/asilomar.htm>>. Acesso em 07/11/2020.

GUIA TRABALHISTA. **Norma regulamentadora NR 15.** Atividades e Operações Insalubres. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr15.htm>>. Acesso em: 20/10/2018.

GUIA TRABALHISTA. **Norma Regulamentadora NR 32.** Segurança e saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>>. Acesso em: 15/10/2018.

GUIA TRABALHISTA. **Norma Regulamentadora NR 6.** Equipamento de Proteção Individual. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr6.htm>>. Acesso em: 20/10/2018.

GUIA TRABALHISTA. **Norma regulamentadora NR 7.** Programa de Controle Médico Ocupacional. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr7.htm>>. Acesso em: 21/10/2018.

GUIA TRABALHISTA. **Norma Regulamentadora NR 9.** Programa de Prevenção de Riscos ambientais. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr9.htm>>. Acesso em: 16/10/2018.

MATTAR, F. N; OLIVEIRA. B; MOTTA, S. **Pesquisa de Marketing: Metodologia, Planejamento, Execução e Análise.** 7ª ed. Elsevier Brasil, 2014.

OLIVEIRA, A.C; GONÇALVES, J.A. Acidente Ocupacional por Material Perfurocortante entre Profissionais de Saúde de um Centro Cirúrgico. **Rev. esc. Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 482-477, 2010.

PÁDUA, E. M. **Metodologia de Pesquisa.** 13ª ed.. São Paulo: Papyrus Editora, 2007.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. **Protocolo de Atendimento de Acidentes de Trabalho com exposição a material biológico ( hepatites e HIV )** . Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=333>>. Acesso em: 13/11/2018.

PINHEIRO, J; ZEITOUNE, R.C.G. Hepatite B: Conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Escola Anna Nery (Rio de Janeiro)**, v. 12, n. 2, p. 258-261, 2008.

SLAVISH, S. M. **Manual de prevenção e controle de infecções para hospitais.** Joint Commission Resources: Artmed Editora, 2012.

SOUSA, A.F.L; QUEIROZ ,A.A.F.L.N; OLIVEIRA, L.B ; MOURA, M.E.B; BATISTA, O.M.A ; ANDRADE, D. Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 810-817, 2016.

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa estudando como as coisas funcionam**. Penso, 2016.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S . **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. 2ª ed. rev. I. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

TIPPLE, A. F. V. et al. Acidente com material biológico entre trabalhadores da área de expurgo em centros de material e esterilização. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 2, p. 271-278, 2004.



## ORGANIZADORES

### Hémilly Caroline da Silva Paixão



Possui graduação em Bacharelado em Enfermagem (2015) pela Universidade Federal do Acre (UFAC). Mestre em Ciências, Inovação e Tecnologia para a Amazônia (2020), pela UFAC. Atua na assistência em Enfermagem no Hospital das Clínicas (FUNDHACRE). Desenvolve pesquisas na área de Enfermagem em Terapia Intensiva e Ciências da Saúde.

### Madson Huilber da Silva Moraes



Possui graduação em Bacharelado em Enfermagem (2016), pela Universidade Federal do Acre (UFAC), Especialização em Urgência e Emergência (2018) pela Faculdade de Educação da Serra (FASE) e Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental (PPGMECS) pela UFAC (2019). Atualmente é militar do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Acre, 4º Batalhão de Educação, Proteção e Combate aos Incêndios Florestais.

## Daniela da Silva Paixão



Possui graduação em Bacharelado em Enfermagem (2017) pela Universidade Federal do Acre (UFAC). Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental (PPGMECS) pela UFAC. Atua na assistência de Enfermagem no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB). Desenvolve pesquisas na área de Doenças Tropicais e Saúde da Família.

## Mariane Albuquerque Lima Ribeiro



Possui graduação em Bacharelado em Enfermagem (2007) especialista em Urgência e Emergência (2011) pela Universidade Federal do Acre (UFAC). Mestre em Ciência das Saúde na Amazônia Ocidental pela Universidade Federal do Acre (2018). Doutoranda no Programa em Ciência da Saúde no Centro Universitário Saúde ABC, Santo André, São Paulo. Docente da Universidade Federal do Acre pelo Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD). Desenvolve pesquisas na área em Doenças tropicais e Saúde da Criança.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidentes de Trabalho: 105, 107, 109, 114, 117, 207, 314, 316, 317 e 322.

Adolescentes: 70, 145, 146, 148, 149, 151, 152, 153, 155, 156, 157 e 158.

Alcoolismo: 145, 153, 156, 157 e 158.

Aprendizagem: 22, 25, 27, 45, 54, 142, 219, 221, 222, 223, 231, 232, 234, 242, 272 e 273.

Assistência de Enfermagem: 24, 44, 51, 65, 68, 79, 86, 87, 90, 128, 136, 137, 138, 139, 142, 174, 192, 221, 296 e 301.

Assistência de Enfermagem: 70, 85, 138, 142, 177 e 303.

Atenção Básica: 34, 37, 40, 58, 61, 62, 63, 96, 103, 107, 108, 115, 145, 180, 181, 182, 275, 280

Atenção Primária: 31, 58, 96, 114, 148, 174, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 208 e 266.

Atendimento de Enfermagem: 30 e 98.

Automedicação: 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 213, 214, 215 e 216.

Avaliação em Enfermagem: 239.

### B

Biossegurança: 106, 108, 109, 112, 113, 117, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 320, 324, 325.

Burnout: 284, 285, 286, 287, 288, 290, 292.

### C

Centro Cirúrgico: 49, 51, 284, 285, 286, 287, 290, 291, 292, 310, 311, 312, 318, 319, 321, 322 e 324.

Cicatrização de Feridas: 265 e 266.

Ciência da Saúde: 190 e 191.

Classificação de Risco: 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262 e 263.

Comunidades Ribeirinhas: 57, 59, 61, 63, 275, 280, 281, 282 e 298.

Criança Hospitalizada: 72, 74, 76, 187, 190, 192, 193, 194 e 195.

Cuidados de Enfermagem: 49, 51, 53, 69, 75, 81, 86, 92, 167, 193, 200, 260, 294, 297 e 320.

Cuidados Paliativos: 91, 161, 162, 163, 164, 170, 239, 240, 243, 244, 247 e 251.

### D

Diagnósticos de Enfermagem: 51, 52, 69, 72, 79, 82, 83, 85, 87, 93, 136, 141, 294, 296, 299, 303 e 304.

## **E**

Educação Continuada: 38, 39, 43, 45, 117, 265 e 324.

Educação em Enfermagem: 43 e 219.

Enfermagem Obstétrica: 14.

Enfermagem Pediátrica: 189, 187, 190, 193 e 195.

Equipe de Assistência ao Paciente: 14.

Esclerose Amiotrófica Lateral: 85.

Estratégia Saúde da Família I: 275.

Estresse Ocupacional: 284 e 289.

Evolução de Enfermagem: 75 e 136.

## **F**

Ferimentos e Lesões: 265.

## **I**

Idoso: 96, 97, 98, 102, 103, 128, 130, 132, 133, 134 e 178.

Instituição de Longa Permanência: 128 e 130.

## **L**

Lesão por Pressão: 189 e 265.

## **M**

Metodologia: 65, 68, 86, 136, 138, 140, 142, 145, 174, 203, 219, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 233 e 304.

## **O**

Oncologia: 33, 161 e 165.

## **P**

Pediatria: 33, 65, 69, 76, 79, 81, 192, 194, 196 e 198.

Pensamento Crítico: 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 133, 146, 157 e 317.

Pesquisa em Enfermagem: 14.

Pneumonia Comunitária: 65 e 70.

Práticas de Saúde de Enfermagem: 275.

Prescrições de Enfermagem: 136 e 141.

Prevenção e Controle: 121 e 319.

Processo de Enfermagem: 23, 37, 52, 65, 67, 69, 70, 72, 79, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 239, 241, 251, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306 e 307.

Profissionais de Enfermagem: 18, 19, 38, 48, 68, 77, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 138, 168, 201, 203, 206, 207, 208, 210, 215, 221, 241, 288, 310, 312, 314 e 319.

Promoção da Saúde: 38, 73, 105, 106, 113, 115, 117, 122, 124, 128, 130, 134, 145, 146, 147, 148, 158, 174, 176, 183, 282 e 315.

## **R**

Risco Ocupacional: 105.

## **S**

Saúde da Criança: 66, 69, 79, 81, 208.

Saúde do Homem, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184 e 185.

Saúde do Idoso: 96, 97 e 128.

Saúde Pública: 57, 66, 122, 123, 146, 180, 182 e 205.

Sedação Paliativa: 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170 e 171.

Segurança do Paciente: 38, 49, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 200, 201 e 233.

Serviços de Saúde: 30, 32, 33, 57, 58, 59, 62, 67, 97, 98, 103, 133, 174, 175, 176, 178, 180, 181, 182, 185, 188, 204, 215, 257, 258, 276, 279, 305 e 315.

Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber: 49.

Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos: 79 e 81.

Sistematização da Assistência de Enfermagem, 37, 51, 52, 55, 65, 68, 69, 70, 83, 85, 86, 136, 137, 138, 282, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306 e 307.

## **T**

Team Bases Learning: 219 e 220.

Tecnologia: 143, 271, 277, 294, 295, 297, 298, 299, 302, 303, 305, 306, 307 e 314.

## **U**

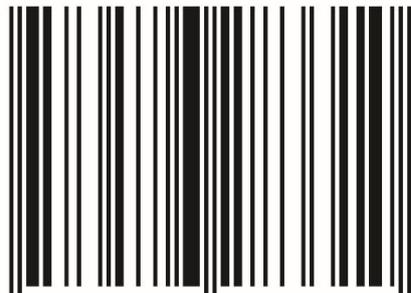
Unidade de Urgência e Emergência: 255, 256, 257, 261, 262 e 263.

## **V**

Vulnerabilidade em Saúde: 57.

ISBN: 978-65-86283-31-0

QR



9 786586 283310

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283310