

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E56	<p>A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-068-1 DOI 10.22533/at.ed.681200106</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 20 capítulos, o volume I aborda a atuação da Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Enfermagem em Urgência Emergência; Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem; Enfermagem em cuidados paliativos.

O volume I é dedicado principalmente ao público que necessita de assistência no âmbito hospitalar, bem como aos profissionais da área, abordando aspectos relacionados à qualidade da assistência e saúde ocupacional. Sendo assim, colabora com as mais diversas transformações no contexto da saúde, promovendo o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

As publicações tratam sobre ações gerenciais e assistenciais em enfermagem, bem como dificuldades assistências enfrentadas pela enfermagem, além de pesquisas que envolvem análise de fatores de risco para infecção, interação medicamentosa, dentre outras.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada e humanizada no que diz respeito, principalmente, ao paciente crítico, bem como um olhar reflexivo no que se refere à saúde ocupacional dos profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, além de fornecer ferramentas e estratégias de gestão e gerenciamento em saúde, disseminando o trabalho pautado no embasamento científico.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

AÇÕES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Luísa Virgília Batista Soares de Brito
Stefany Rodrigues Cardoso
Wilma Lemos Privado
Nanielle Silva Barbosa
Ericka Maria Cardoso Soares
Lais Cristina Noletto
Jéssica de Moura Caminha
Francisca Jáyra Duarte Morais
Joelma Lacerda de Sousa
Suelen Gonçalves Barroso
Vivianne Santana Galvão Pinheiro
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.6812001061

CAPÍTULO 2 11

ANÁLISE DA ACURÁCIA DO PENSAMENTO CRÍTICO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Ana Maria Pinheiro
Karina Lemos Guedes
Aline Patrícia Rodrigues Silva
Arthur Gonçalves Guimarães dos Santos
Jose Rodrigo da Silva
Eder Júlio Rocha de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.6812001062

CAPÍTULO 3 17

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PANCREATITE AGUDA NA UTI

Alice Medim
Joice Gossel
Júlia Castro Moreno
Larissa Cavalcante
Luísa Marillac Rocha Martins
Thiago Vieira de Souza
Ellen Priscila Nunes Gadelha
Nathalia Mendes Avelino
Serlandia da Silva de Sousa
Ana Claudia Garcia Marques
Paulo Henrique Alves Figueira
Naine dos Santos Linhares
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.6812001063

CAPÍTULO 4 24

ATIVIDADES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Linda Concita Nunes Araujo
Lidiane da Silva Campos

Italo Jairan Vieira da Silva
Caetano José Alves Júnior
Margarete Batista da Silva
Rosa Caroline Mata Verçosa
Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso
Camila Correia Firmino
Arly Karolyne Albert Alves Santos
Juliana de Moraes Calheiros
Larissa Bruno Ferreira de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6812001064

CAPÍTULO 5 41

CONDIÇÕES ASSOCIADAS A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO ASSISTENCIAL

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior
Ariane Galvão de Oliveira
Alciclei da Silva Souza
Ione Silva de Andrade
Miquele Soares Barbosa
Tatiane Silva de Araujo
Suzana Maria da Silva Ferreira
Lucas Luzeiro Nonato
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol
Antônio Victor Souza Cordeiro
Nelisnelson da Silva Oliveira
Eloisa Maria Oliveira Rêgo
Murilo Henrique Nascimento Araújo
Tatiane Alves de Jesus
Sheyla Alves Moreira
Letícia Batista Mendonça

DOI 10.22533/at.ed.6812001065

CAPÍTULO 6 53

CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E SEUS IMPACTOS NOS CUSTOS HOSPITALARES

Edivaldo Bezerra Mendes Filho
Liniker Scolfild Rodrigues da Silva
Rosimery Rodrigues de Almeida Mendes
Flavio Murilo Pinto Sivini

DOI 10.22533/at.ed.6812001066

CAPÍTULO 7 61

DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Catiane Raquel Sousa Fernandes
Dianny Alves dos Santos e Santos
Michelle Kerin Lopes
Erick Soares Rocha de Oliveira
Eurides Priscilla Lima Fraga
Ricardo Clayton Silva Jansen
Josué Alves da Silva
Joana Célia Ferreira Moura
Lívia Augusta César da Silva Pereira

Rebeca Silva de Castro
Maria Valquíria de Aguiar Campos Sena
DOI 10.22533/at.ed.6812001067

CAPÍTULO 8 75

EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Lívia Moreira Barros
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Maria Aline Moreira Ximenes
Cristina da Silva Fernandes
Natasha Marques Frota
Nelson Miguel Galindo Neto
Joselany Áfio Caetano

DOI 10.22533/at.ed.6812001068

CAPÍTULO 9 88

FATORES DE RISCO PREDISPOANTES DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA CARDÍACA

Monyque da Silva Barreto
Maria Iracema Alves Ribeiro
Karoline Galvão Pereira Paiva
Paula de Vasconcelos Pinheiro
Danielle Maria Rebouças Guimarães
Daniele Gonçalves Freitas
Iliana Maria de Almeida Araújo
Ana Lúcia dos Santos Lima
Izabelle Cristine Rodrigues Rocha
Francisco Ismael da Silva Frota
Renata Camurça Saboia

DOI 10.22533/at.ed.6812001069

CAPÍTULO 10 103

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA EM CIRURGIAS CARDÍACAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Linda Concita Nunes Araujo
Erika Priscila Porto de Lima
Vanessa da Silva Santos
Margarete Batista da Silva
Rosa Caroline Mata Verçosa
Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso
Arly Karolyne Albert Alves Santos
Arlyane Albert Alves Santos
Juliana de Moraes Calheiros
Camila Correia Firmino
Lidiane da Silva Campos

DOI 10.22533/at.ed.68120010610

CAPÍTULO 11 117

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Antonio Jose Lima de Araujo Junior
Priscila Nunes Costa Travassos

Jessica Karen de Oliveira Maia
Antonia Mayara Torres Costa
Italo Marques Magalhães Rodrigues Vidal
Francisca Josilany dos Santos Rodrigues
Miguel Eusébio Pereira Coutinho Junior
Nathaly Bianka Moraes Froes
Luis Pereira da Silva Neto
Ellys Rhaiera Nunes Rebouças
Livia Karoline Torres Brito
Tomaz Edson Henrique Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.68120010611

CAPÍTULO 12 126

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

Kelly Cristina Meller Sangoi
Silézia Santos Nogueira Barbosa
Dara Brunner Borchart
Jane Conceição Perim Lucca

DOI 10.22533/at.ed.68120010612

CAPÍTULO 13 156

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE URGÊNCIAS

Karina Andrade de Paula
Caroline Lourenço de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.68120010613

CAPÍTULO 14 164

LESÕES POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Thais Leôncio Araújo Fontes
Bianca Campos De Oliveira
Beatriz Guitton Renaud Baptista De Oliveira
Carla Teles de Carvalho Herdy Baptista
Virginia Ribeiro Lima e Andrade

DOI 10.22533/at.ed.68120010614

CAPÍTULO 15 172

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE CURATIVOS ESPECIAIS EM LESÃO POR PRESSÃO

Marli Aparecida Rocha de Souza
Nellydiê Taynara de Souza
Mayara Barros da Silveira
Altair Damas Rossato

DOI 10.22533/at.ed.68120010615

CAPÍTULO 16 192

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco José do Nascimento Júnior
Antonia Edilene Correia de Sousa

Antonielle Carneiro Gomes
Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro
Andrea Luiza Ferreira Matias
Cristianne Kércia da Silva Barro
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante
Ismênia Maria Marques Moreira
Raffaele Rocha de Sousa
Sâmia Karina Pereira Damasceno
Maria Jacinilda Rodrigues Pereira
Verilanda Sousa Lima

DOI 10.22533/at.ed.68120010616

CAPÍTULO 17 199

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA INTERNADOS EM UM CTI

Ana Maria Pinheiro
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos
Eder Júlio Rocha de Almeida
Jose Rodrigo da Silva
Daclé Vilma Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.68120010617

CAPÍTULO 18 213

PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA: CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA PREVENÇÃO

Jéssica Brenda Rafael Campos
Viviane de Oliveira Cunha
Anádia de Moura Oliveira
Vaneska Carla Soares Pereira
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Cícero Rafael Lopes da Silva
Maria Leni Alves Silva
Cristianne Samara Barbosa de Araújo -

DOI 10.22533/at.ed.68120010618

CAPÍTULO 19 222

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI

Cintia Regina Silva Pimentel
Karla Mota de Matos
Nisiane dos Santos
Willams Araujo da Costa
Adriana Valéria Neves Mendonça
Rafael Mondego Fontenele

DOI 10.22533/at.ed.68120010619

CAPÍTULO 20 231

QUALIDADE DE VIDA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa
Magnólia de Jesus Sousa Magalhães
Monyka Brito Lima dos Santos
Lea Sinimbu Macedo

Silvania Maria Cunha do Nascimento
Maria José Alves Vieira
Rosa Alves de Macêdo
Amanda Karoliny Meneses Resende
Rosalina Ribeiro Pinto
Maria de Jesus Alves de Melo
Telma Beatriz do Nascimento Sousa
Isabela Karyne Paz Pereira

DOI 10.22533/at.ed.68120010620

SOBRE A ORGANIZADORA.....	244
ÍNDICE REMISSIVO	245

CAPÍTULO 1

AÇÕES GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 04/03/2020

Luísa Virgília Batista Soares de Brito

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0104797253909611>

Stefany Rodrigues Cardoso

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6565069182413583>

Wilma Lemos Privado

UFMA. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6254316700786122>

Nanielle Silva Barbosa

UESPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1573380751471631>

Ericka Maria Cardoso Soares

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4738799991540469>

Lais Cristina Noletto

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2016259376469170>

Jéssica de Moura Caminha

FAESF. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0606344246967986>

Francisca Jáyra Duarte Morais

AESPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2680547356128179>

Joelma Lacerda de Sousa

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5476304127864182>

Suelen Gonçalves Barroso

UEPA. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3728620169965370>

Vivianne Santana Galvão Pinheiro

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8168997376272775>

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9329475476191746>

RESUMO: Esse trabalho objetiva analisar a atuação gerencial e assistencial do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva, com base na literatura. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. Utilizando a combinação de descritores: Intensive Care Units, nursing, Management e Nursing care. Esses termos foram combinados entre si afim de realizar as buscas. Nos resultados foi evidenciado que os estudos foram publicados em periódicos nacionais específicas na área da enfermagem, apenas dois países foram apontados no estudo, Brasil (90%) e Finlândia (10%) e a discussão foi estruturada por meio de duas categorias: relevância do enfermeiro na UTI; Funções assistenciais do enfermeiro;

Funções gerenciais do enfermeiro na UTI. Conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental tanto no desempenho das atividades assistenciais quanto gerenciais, ele constitui parte fundamental da estrutura organizacional hospitalar em especial na Unidade de Terapia Intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Gerência; Cuidados de Enfermagem.

NURSE'S MANAGEMENT AND ASSISTANCE ACTIONS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: This objective work analyzes the managerial and care performance of nurses in an Intensive Care Unit, based on the literature. It is an integrative literature review carried out in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and in the Online Medical Literature Analysis and Recovery System. Using a combination of descriptors: Intensive Care Units, nursing, Administration and Nursing Care. These terms were combined with each other to perform as searches. The results showed the studies published in specific national journals in the field of nursing, only two countries were mentioned in the study, Brazil (90%) and Finland (10%) and the discussion was structured through two categories: relative to the nurse in ITU; Nursing care functions; Managerial functions of nurses in the ICU. Conclude that nurses have a fundamental role both in the performance of care and management activities, as a fundamental part of the hospital organizational structure, especially in the Intensive Care Unit.

KEYWORDS: Intensive Care Units; Nursing; Management; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é distinta de outras unidades de internação. É um ambiente que possui muitos equipamentos, no qual os indivíduos que estão convivem em situações de emergências, risco e morte frequentemente, havendo, por vezes, isolamento social e falta de privacidade. O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações que ali ocorrem (SIMONI; SILVA, 2012).

Desse modo, o trabalho desenvolvido nesse setor é complexo e intenso, destacando-se, dentre a equipe, o profissional enfermeiro. Ele deve estar preparado para a qualquer período, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais necessitam de conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se afirmar quando a importante função que o enfermeiro desempenha em Unidade de Terapia

Intensiva (SILVA; MACHADO; CAMPONAGARA, 2011).

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido cada dia mais os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012). O enfermeiro tem familiaridade, desde a formação acadêmica, com questões gerenciais, de liderança, de auditoria clínica, sendo educador e pesquisador (MANZO et al., 2012).

Desde os primórdios da Enfermagem Moderna por Florence Nightingale é enfatizada a importância da função gerencial do enfermeiro e do conhecimento de administração para a profissão. No cenário hospitalar, a dimensão gerencial é predominante na atuação do enfermeiro, pois é ele o responsável pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de enfermagem, pelo planejamento e organização do trabalho, de forma a assegurar as condições adequadas à assistência prestada aos pacientes (FELLI, 2011; PERES, 2006).

No Brasil, as atividades gerenciais nos serviços de saúde foram legalmente atribuídas aos enfermeiros pela Lei do Exercício Profissional ao estabelecer que cabe privativamente ao enfermeiro a direção, a chefia, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem das instituições públicas e privadas em qualquer esfera (FELLI, 2011).

Assim, o trabalho do enfermeiro em uma UTI é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais complexas que exigem competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas (CAMELO, 2012). Dessa forma é fundamental identificar a atuação gerencial e assistencial do enfermeiro nesse campo tão restrito que é a UTI. Com base no exposto esse trabalho tem como objetivo analisar a atuação gerencial e assistencial do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva, com base na literatura científica.

2 | METODOLOGIA

O estudo fundamentou-se no método da revisão integrativa. Optou-se pela revisão integrativa devido a tratar-se de um instrumento válido na Prática Baseada em Evidências que contribui na conduta com base na avaliação crítica das publicações. A elaboração da revisão se estrutura por meio de seis fases, na primeira foi formulado o problema da pesquisa e sua relevância para a saúde e para a enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), resultando com a elaboração da seguinte pergunta norteadora: Qual o papel gerencial e assistencial do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva? Na segunda fase ocorreu o estabelecimento

de critérios para inclusão e exclusão dos estudos e definição da amostra, sendo procedida a busca nas bases de dados para identificação.

A busca se deu por meio do Portal da Capes, onde foram acessados os trabalhos indexados nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), selecionaram-se os termos para as buscas em português e inglês, a saber: Unidade de Terapia Intensiva/ Intensive Care Units, Enfermagem/ nursing, gerência/ Management e cuidados de enfermagem/ Nursing care. Esses termos foram combinados entre si a fim de realizar as buscas.

Os critérios de inclusão foram: estudos disponíveis nas bases escolhidas; trabalhos disponíveis integralmente; trabalhos publicados entre os anos de 2010 a 2014; artigos em português, espanhol ou inglês. Já os critérios de exclusão foram: estudos que não se relacionassem com a temática a ser pesquisada; artigos duplicados nas bases de dados, além disso foram excluídas teses, dissertações, monográficas e estudos secundários.

A terceira fase consistiu na definição das informações a serem extraídas dos estudos e sua classificação empregando-se a escala avaliar o nível de evidência (MELNIKI, 2011). Na quarta fase os estudos foram avaliados de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes, semelhantes e/ou conflitantes. A quinta fase correspondeu à discussão. Para realizá-la, os resultados obtidos nos estudos foram categorizados. Em seguida, realizou-se a análise das informações e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. A sexta fase compreendeu a apresentação do estudo.

Com a combinação dos descritores na MEDLINE e LILACS foram encontrados 9.851 artigos, sendo 9.706 artigos advindos da MEDLINE e 145 advindos da LILACS, para a seleção filtrou-se: artigo publicado na íntegra, em idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos: 2010 a 2014, assim restaram 453 artigos nos bancos de dados supracitados (401 – MEDLINE e 52 LILACS). Após foi feita a leitura dos resumos, avaliando assim a adequação a temática, apenas 12 estavam de acordo com o objetivo da pesquisa (5 – MEDLINE e 7 LILACS). Por fim, os trabalhos foram analisados integralmente e, então, a revisão integrativa foi estruturada por meio de 9 artigos. Para extração dos dados, utilizou-se instrumento de Nicolussi (2008), adaptado e validado, que identifica a publicação com título, periódico, volume, número, ano de publicação, autores, país, idioma e suas características metodológicas.

Feito isso, os dados foram extraídos por meio de uma tabela que descrevia de forma sucinta a amostra desta revisão, apresentando: ano de publicação, objetivos do estudo, local de pesquisa (país), o título do estudo e nome da revista de publicação. Esse banco de dados facilitou a análise e apresentação dos resultados, bem como

subsidiou a discussão, que foi apresentada de forma descritiva.

3 | RESULTADOS

De acordo com delineamento da pesquisa, observaram-se que os estudos são em sua maioria publicados em periódicos nacionais específicas na área da enfermagem. Percebeu-se, também, que boa parte das publicações são de origem nacional (país), evidenciando que muito tem se preocupado com essa temática.

A respeito do local das pesquisas, apenas dois países foram apontados no estudo, Brasil (90%) e Finlândia (10%). Os anos de publicação dos artigos se encontram distribuídos entre 2010 a 2014, como pode-se ver no quadro 1.

Nº	Ano	Objetivo	País	Título	Revista
1	2011	Analisar a organização do processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal através das relações estabelecidas entre os atores sociais presentes no espaço micro político	Brasil	O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Rev Esc Enferm USP
2	2014	Reconhecer a importância da prática em instituições públicas e privadas na formação de enfermeiros em programas de residência	Brasil	The formation of nurses in residency programs in public and private intensive care units	Rev Gaucha Enferm
3	2014	Identificar os níveis de estresse entre enfermeiros de cuidados intensivos OMS trabalhar no município do Oeste do Paraná, Brasil.	Brasil	Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil)	Invest. educ. enferm
4	2012	Identificar as funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva	Brasil	Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva	Rev. RENE
5	2012	Caracterizar as ações do enfermeiro, no âmbito da gerência da assistência e da unidade de terapia intensiva, em hospitais de um município do interior paulista	Brasil	Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva	Rev. eletrônica enferm
6	2011	Identificar as principais atividades de gerenciamento em uma UTI	Finlândia	Managing daily intensive care activities: an observational study concerning ad hoc decision making of charge nurses and intensivists	Crit Care
7	2014	Identificar o tempo de assistência de enfermagem direta e indireta na Unidade de Terapia Intensiva.	Brasil	Direct and indirect nursing care time in an intensive care unit.	Rev Lat Am Enfermagem
8	2013	Comparar os pacientes em unidades públicas e privadas de cuidados intensivos de acordo com a carga de trabalho de enfermagem e intervenções prestados	Brasil	Nursing workload in public and private intensive care units	Rev Bras Ter Intensiva

10	2010	Descrever as intervenções de enfermagem mais realizados na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva	Brasil	Nursing interventions in the clinical practice of an intensive care unit	Rev Lat Am Enfermagem
----	------	--	--------	--	-----------------------

Tabela 01. Disposição dos estudos utilizados na revisão integrativa, 2008-2014.

Os resultados dos achados foram categorizados de acordo com o eixo temático relacionada com a temática evidenciada em cada um dos resultados dos referidos artigos, dessa forma a discussão foi pautada em duas categorias, a saber: Funções assistenciais do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva e Funções gerenciais do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva.

4 | DISCUSSÃO

Por meio levantamento bibliográfico realizado, buscou-se identificar nas publicações selecionadas, através da leitura integral das mesmas, se os autores explicitavam a questão das funções do enfermeiro dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, tanto quando se refere as funções gerenciais como assistenciais, além das quais destacassem a relevância do enfermeiro neste ambiente.

4.1 Funções assistenciais do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva

Os enfermeiros desempenham diversas funções dentro de Unidades de Terapia intensiva (NOGUEIRA et al., 2013), considerando a sua importância na qualidade dos cuidados prestados na UTI (INOUE; VERSA; MATSUDA, 2014). O trabalho do enfermeiro dentro de uma UTI é uma diária prática assistencial e gerencial em todos os espaços em que atua (AGUIAR et al., 2014). É perceptível a abrangência de suas atividades e seu papel na organização do serviço, fundamental para que os pacientes recebam os cuidados necessários.

A compreensão das funções diversas do enfermeiro nas diferentes áreas permite o esclarecimento desse papel e, por conseguinte, das contribuições do enfermeiro para o cuidado de qualidade. Dentre as funções assistenciais desempenhadas, destaca-se a função educativa, que abrangem ações relacionadas à saúde, que devem ser vistas como um modo de praticar os cuidados de enfermagem e orientar as mudanças de comportamentos relacionadas tanto à prevenção de doenças e à promoção de saúde quanto aos cuidados diretos. Se trata de informação ao paciente e aos familiares acerca da evolução do tratamento, dos cuidados realizados durante o internamento e da alta hospitalar; orientação acerca dos cuidados posteriores à alta e sobre procedimentos a serem realizados frente ao óbito (CENEDESI et al., 2012).

As intervenções assistenciais de enfermagem mais realizadas durante as primeiras 24 horas de permanência na UTI eram “admissão e acompanhamento”, “exames laboratoriais”, “medicação”, “procedimentos de higiene”, “mobilização e posicionamento”, “apoio e cuidados de parentes e paciente”, “mensuração do débito urinário”, “tarefas administrativas e de gestão”, foram as intervenções mais prevalentes realizadas nos pacientes (NOGUEIRA et al., 2013).

Além de Sondagem nasoesférica, nasogástrica, vesical de alívio e de demora; instalação de nutrição parenteral; curativos especiais; instalação de bolsa de colostomia; montagem de ventilador mecânico; conferência e reposição do carro de emergência (CENEDESI et al., 2012). Um estudo realizado numa maternidade de alto risco localizada no Município do Rio de Janeiro, traz as principais funções assistenciais como sendo realização de curativos e alguns procedimentos invasivos e que os enfermeiros atribuem mais tempo a realização de atividades administrativas (MARQUES; MELO, 2011).

A Sistematização da assistência da enfermagem também foi citada como atividade realizada pelo enfermeiro, no qual as intervenções se relacionavam principalmente nos domínios fisiológicos básicos (funcionamento homeostático e físico), o que leva à conclusão de que a prática de enfermagem nesta unidade está estreitamente ligada à solução de problemas já instalados (NOGUEIRA et al., 2013).

O processo assistencial dentro de uma UTI é centrado muitas vezes na figura do médico e havendo uma participação restrita dos demais profissionais da equipe no projeto terapêutico. Verifica-se um compartilhamento interdisciplinar restrito e falta de integração e articulação entre profissionais. Isolado de um trabalho mais coletivo e interdisciplinar no interior da equipe, este desenho assistencial gera uma dimensão cuidadora pouco comprometida com seu sujeito/objeto de trabalho: o paciente (MARQUES; MELO, 2011).

4.2 Funções gerenciais do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva

As funções de supervisão e de coordenação são fortemente desempenhadas pelos enfermeiros, destacando-se em relação às outras. Este fato é consequente à maneira como o pessoal de enfermagem está distribuído, com um número maior de técnicos de enfermagem, que acabam por assumir o cuidado, e um número menor de enfermeiros, que acabam por assumir funções mais gerenciais devido às competências adquiridas na formação e por terem uma visão mais global do estado dos pacientes, da organização da unidade e do trabalho multiprofissional (CENEDESI et al., 2012).

As atividades gerenciais do cotidiano do enfermeiro dentro de uma UTI segundo os resultados de uma pesquisa realizada com 31 enfermeiros, concluiu

que as principais funções são: comandar a equipe de enfermagem, prever, prover, organizar e controlar os insumos necessários) limitariam suas ações a participação no projeto terapêutico (MARQUES; MELO, 2011). O estudo realizado em uma UTI de um hospital com participantes concluiu que O enfermeiro e o profissional que toma a maioria das decisões organizacionais, relacionadas principalmente aos recursos humanos e materiais (LUNDGRÉN-LAINE, 2011).

Muitas vezes o papel do enfermeiro como gestor da unidade e valorizado pelos demais profissionais de nível superior, pois eles tendem a valorizar apenas, a prática assistencial, à beira do leito, e as discussões de caso clínico (AGUIAR et al., 2014).

Porém o enfermeiro muitas vezes toma decisões administrativas sobre a admissão do paciente, reservas de leitos, transferências, documentação de alta, solicitação do lugar para o qual o paciente será transferido, além de decisões sobre os recursos materiais e os eventos adversos que possam ocorrer durante o plantão como “um colchão especial é necessário para o paciente de entrada” ou “acidente com material perfuro cortante”, sendo responsável pelo procedimento a ser tomado para evitar contaminação assim como a notificação (LUNDGRÉN-LAINE, 2011).

Outras atividades gerencias realizadas exclusivamente pelo enfermeiro são a elaboração da escala mensal dos funcionários de enfermagem; elaboração da escala diária de atividades; solicitação do serviço de conserto de materiais; providência de etiquetas de identificação do paciente; providência de materiais e medicações para assistência; devolução de materiais para a farmácia; liberação de materiais controlados pela farmácia; organização da unidade; reposição de materiais no posto de enfermagem; acesso aos serviços de central de materiais e radiologia; checagem dos leitos; entrada de pacientes no serviço; alta hospitalar; liberação de corpo em caso de óbito (CENEDESI et al., 2012).

Atualmente o profissional de enfermagem administra e coordena as atividades dentro de uma UTI, sendo também envolvidos ativamente no controle de custos e redução. É importante que os enfermeiros intensivistas sejam capazes de combinar planejamento de cuidados com as práticas de gestão de UTI, garantindo previsão, disposição e controle dos recursos humanos e materiais e educação profissional para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Articulando a busca pelo controle e pela redução de custos (AGUIAR et al., 2014; KAKUSHI; ÉVORA, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental tanto no desempenho das atividades assistenciais quanto gerenciais, ele constitui parte fundamental da estrutura organizacional hospitalar em especial na Unidade de Terapia Intensiva. O enfermeiro realiza o exame físico, executa tratamento, aconselha o familiar, ensina

sobre a manutenção da saúde e orienta os pacientes para uma continuidade do tratamento, assim como realiza atividades administrativas e gerenciais. Além de coordenar a equipe diante das diferentes situações críticas dentro da UTI. Em uma UTI, as possibilidades de atuação do enfermeiro são diversas e complexas, mostrando a necessidade desse profissional de se capacitar aumentando o seu conhecimento para assim aprimorar sua prática e tornar um profissional mais competente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I. L. et al. The formation of nurses in residency programs in public and private intensive care units. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.35, n.4, p.72-8, 2014.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, p.09 telas, 2012.

CENEDÉSI, M. G. et al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva **Rev Rene**, v.13, n.1, p.92-102, 2012.

FELLI, V. E. A. **Trabalho gerencial dos enfermeiros. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) – Gestão.** Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana. p.11-39, 2011.

INOUE, K. C.; VERSA, S. L. G. S.; MATSUDA, L. M. Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil). **Invest. educ.enferm.**, v.32, n.1, p.69-77, 2014.

KAKUSHI, L. E.; ÉVORA, Y. D. M. Direct and indirect nursing care time in an Intensive Care Unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, p.150-157, 2014.

LUCENA, A. F. et al. Nursing interventions in the clinical practice of an intensive care unit. *Terapia Intensiva*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.5, p.873-880, 2010.

LUNDGRÉN-LAINE, H. Managing daily intensive care activities: an observational study concerning ad hoc decision making of charge nurses and intensivists. **Crit Care**, v.15, n.4, p.188, 2011.

MANZO, B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, p.08 telas, 2012.

MARQUES, P. A.; MELO, E. C. P. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.2, p.374-380, 2011.

MELNIK, B. M. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice.** Philadelphia: 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: uma revisão integrativa [dissertation].** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008:209.

NOGUEIRA, L. S. et al. Nursing workload in public and private intensive care units. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.25, n.3, p.225-32, 2013.

PERES, A. M. **Competências gerenciais do enfermeiro**: relação entre as expectativas da instituição formadora e do mercado de trabalho [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. p.250, 2006.

SILVA, C. B.; MACHADO, C. F.; CAMPONOGARA, S. **A importância do papel do profissional enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva**: revisão de literatura. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. v.2, n.3, 2011.

SIMONI, R. C. M.; SILVA, M. J. P. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.esp., p.65-70, 2012.

ANÁLISE DA ACURÁCIA DO PENSAMENTO CRÍTICO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/05/2020

Ana Maria Pinheiro
Karina Lemos Guedes
Aline Patrícia Rodrigues Silva
Arthur Gonçalves Guimarães dos Santos
Jose Rodrigo da Silva
Eder Júlio Rocha de Almeida

RESUMO: O pensamento crítico é uma dimensão da inteligência em enfermagem necessária para o processo diagnóstico, sendo assim com a identificação dos seus diagnósticos, o Enfermeiro irá desenvolver e exercitar o pensamento crítico acerca das condições de saúde do paciente, fundamentando, desta forma, cientificamente, a prescrição das ações de enfermagem necessárias para alcançar os resultados que se deseja obter. O presente estudo teve como objetivo analisar a acurácia do pensamento crítico do Enfermeiro na identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE) dos pacientes de um CTI, através da inter-relação de seus componentes estruturais, segundo a NANDA-I. Trata-se de um estudo retrospectivo que utilizou como fonte de dados os Instrumentos para Investigação, Diagnóstico e Evolução de Enfermagem

dos pacientes assistidos através da SAE, no período de Junho de 2007, em um CTI de Belo Horizonte-MG. Foi identificado um total de 333 diagnósticos a partir dos 113 Instrumentos, sendo que 59% (197) eram de Diagnósticos reais e 41% (136) de Diagnósticos de risco. Não foram identificados Diagnósticos de bem-estar. Em 22% (76) dos Instrumentos analisados, constatou-se que as características definidoras (sinais, sintomas e evidências científicas) e os fatores relacionados não estavam em consonância com a definição do Título diagnóstico (TD) proposto pela NANDA-I. A utilização dos DE possibilita o planejamento adequado da assistência de enfermagem através da interpretação correta e tomada de decisão acerca das necessidades de saúde do paciente. Para uma formulação diagnóstica precisa, torna-se necessário ao Enfermeiro, o conhecimento apurado da fisiopatologia das doenças, bem como de Semiologia e Semiotécnica.

PALAVRAS-CHAVE: Pensamento Crítico; Sistematização da Assistência; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT: Critical thinking is a dimension of nursing intelligence necessary for the

diagnostic process, so with the identification of their diagnoses, the Nurse will develop and exercise critical thinking about the patient's health conditions, thereby scientifically grounding the prescription of nursing actions necessary to achieve the desired results. The present study aimed to analyze the accuracy of the critical thinking of the nurse in identifying the nursing diagnoses (ND) of patients in an ICU, through the interrelation of its structural components, according to NANDA-I. This is a retrospective study that used as instruments of data the Instruments for Investigation, Diagnosis and Evolution of Nursing of patients assisted through the SAE, in the period of June 2007, in a CTI of Belo Horizonte-MG. A total of 333 diagnoses were identified from the 113 instruments, 59% (197) of which were real diagnoses and 41% (136) of risk diagnoses. No well-being diagnoses have been identified. In 22% (76) of the Instruments analyzed, it was found that the defining characteristics (signs, symptoms and scientific evidence) and the related factors were not in line with the definition of the Diagnostic Title (TD) proposed by NANDA-I. The use of ND makes it possible to plan nursing care properly through the correct interpretation and decision making about the patient's health needs. For an accurate diagnostic formulation, it is necessary for the Nurse, accurate knowledge of the pathophysiology of diseases, as well as Semiology and Semiotics.

1 | INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo surgiu da inquietação dos Enfermeiros pertencentes a um CTI de um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte-MG quanto à precisão do pensamento crítico do Enfermeiro na identificação do diagnóstico de enfermagem.

A equipe de enfermeiros do referido serviço realizou um trabalho pioneiro em Minas Gerais, de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de Setembro de 2003 a Outubro de 2007.

Lunney (2004) diz que o pensamento crítico é uma dimensão da inteligência em enfermagem necessária para o processo diagnóstico. Sendo assim, com a identificação dos seus diagnósticos, o enfermeiro irá desenvolver e exercitar o pensamento crítico acerca das condições de saúde do paciente, fundamentando, desta forma, cientificamente, a prescrição das ações de enfermagem necessárias para alcançar os resultados que se deseja obter.

Para auxiliar a implementação das 5 fases do processo de enfermagem foram confeccionados Instrumentos para registros dos dados dos pacientes fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. A saber: Investigação, Diagnósticos, Resultados Esperados, Prescrição e Evolução de enfermagem.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Dra Wanda de Aguiar Horta

engloba as Leis do Equilíbrio, da Adaptação e do Holismo, e sofreu influências da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

Sendo assim, após realizar a anamnese e exame físico minucioso nos pacientes internados no CTI, os Enfermeiros coletam e agrupam os sinais, sintomas e suas evidências clínicas, ou seja, as características definidoras; identificam os diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia da NANDA; prescrevem e executam o cuidado (segundo a Taxonomia NIC), com posterior avaliação dos resultados esperados.

A SAE constitui um desafio para o profissional enfermeiro, uma vez que, torna-se necessário que o mesmo apresente conhecimentos fisiopatológicos e semiológicos profundos para identificar as reações humanas, bem como habilidades específicas para realizar a Semiotécnica, interpretar exames laboratoriais, imageologia e testes diagnósticos (GONÇALVES, 2004).

Exige ainda, a capacidade de pensar criticamente a fim de relacionar precisamente as evidências obtidas, inferir sobre as mesmas, e elaborar diagnósticos de enfermagem que verdadeiramente expressem os problemas e/ou necessidades humanas do paciente em questão, e constitui a base para a prescrição de enfermagem, para que se alcance os resultados que se espera obter.

Os Enfermeiros intensivistas do Hospital campo de estudo, de Setembro de 2003 a Outubro de 2007 utilizaram a SAE para sedimentar o cuidado proposto nesta unidade.

Considerando a importância da SAE como método científico do cuidar e o tempo decorrido desde a sua implementação neste CTI, o presente estudo teve como objetivo analisar a precisão do pensamento crítico/raciocínio clínico do Enfermeiro intensivista na identificação dos diagnósticos de enfermagem, através da inter-relação de seus componentes estruturais, segundo a Taxonomia II da NANDA-I.

2 | MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo que utilizou como fonte de dados os Instrumentos para Investigação (preenchido na admissão), Evolução e Diagnósticos de Enfermagem (preenchidos diariamente) dos pacientes internados e assistidos através da SAE no período de Junho/2007, no CTI campo de estudo.

O Hospital em questão situa-se em Belo Horizonte-MG, e é considerado Hospital-escola para os Cursos de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia. Caracteriza-se como uma Instituição filantrópica de médio porte, com 172 leitos distribuídos em clínica médica e cirúrgica, ambulatório, CTI e Centro Cirúrgico.

Fizeram parte do nosso estudo todos os Instrumentos para Investigação, Evolução e Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes internados e assistidos pela

SAE no CTI, no período de Junho de 2007, independente da patologia de base, idade ou sexo, compreendendo um total de 113 Instrumentos.

Após realizar a anamnese e o exame físico diário dos pacientes internados no CTI, os Enfermeiros registram seus achados clínicos nos Instrumentos para Investigação, Evolução e Diagnósticos de Enfermagem objetivando facilitar a coleta e o agrupamento dos sinais, sintomas e evidências, bem como o registro dos diagnósticos de enfermagem identificados.

Foi criada uma ficha para transferência dos dados contidos nos Instrumentos para Investigação, Evolução e Diagnósticos de Enfermagem, e após tabulados (percentuais e médias), estes foram analisados a luz da literatura específica, e da área. Em seguida, foram apresentados em gráficos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi levantado um total de 333 diagnósticos de enfermagem a partir dos 113 Instrumentos preenchidos pelos Enfermeiros intensivistas para registrar as fases de Investigação, Diagnósticos e Evolução de Enfermagem dos pacientes internados, sendo que 59% (197) eram de Diagnósticos reais e 41% (136) Diagnósticos de risco. Não foram identificados Diagnósticos de bem-estar.

Segundo Carpenito (2009), a validação para apoiar um diagnóstico de risco são os fatores de risco que representam as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente.

Podemos inferir que a importância do caráter preventivo no CTI campo de estudo não estava sendo muito enfatizada pela equipe, apesar da utilização de uma metodologia da assistência que remete à valorização de todos os níveis de atendimento, ou seja, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Para identificar Diagnósticos de risco é necessário que o enfermeiro tenha domínio sobre os problemas relacionados às origens das doenças, uma vez que não há, neste tipo de diagnóstico, sinais e sintomas evidentes.

Problemas colaborativos são as complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar o surgimento ou as modificações no estado de saúde do paciente, visando minimizar as complicações dos eventos (CARPENITO, 2009).

A identificação do Diagnóstico de bem-estar pressupõe a participação do paciente de forma ativa no planejamento de sua assistência, bem como a percepção acerca do seu próprio estado de saúde e disposição para enfrentamento dos problemas. Acreditamos que a ausência de identificação de diagnósticos de bem-estar nesta clientela decorra do caráter imediatista inerente aos Centros de Terapia Intensiva.

O GRAF. 1 apresenta os tipos de diagnósticos de enfermagem dos pacientes que foram identificados pela equipe de Enfermeiros.

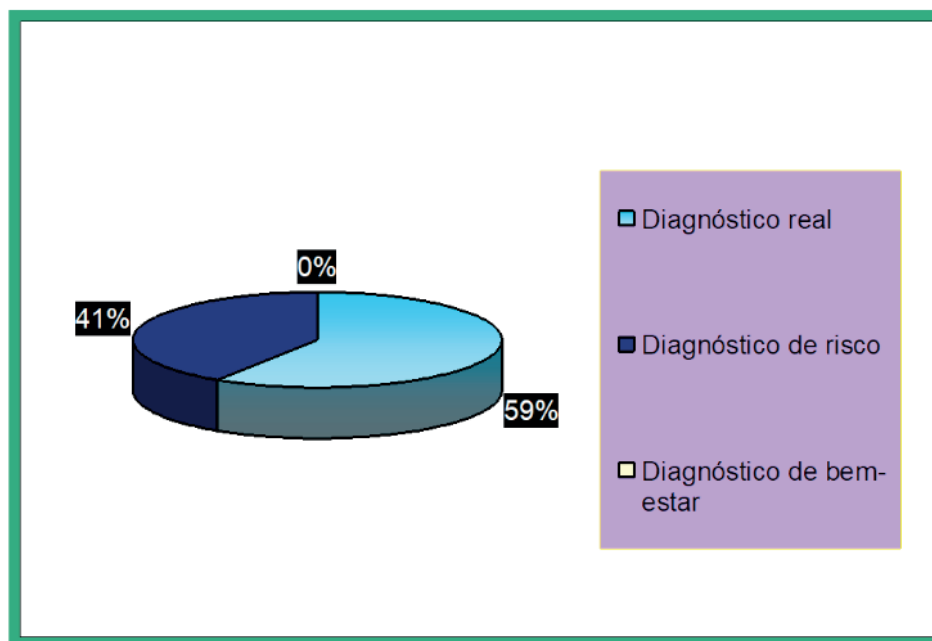


Gráfico 1 Distribuição dos tipos de diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes do Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte 2007.

Na elaboração de um diagnóstico de enfermagem, a definição do título diagnóstico fornecida pela NANDA-I deve estar em congruência com as características definidoras identificadas no exame físico do paciente, e com fatores que as desencadeiam (GONÇALVES, 2004).

O título diagnóstico de enfermagem é escolhido com base em duas variáveis. Primeiro, a definição do título diagnóstico deve refletir a combinação entre características definidoras e fatores relacionados. Segundo, o diagnóstico selecionado é o termo que, com as características definidoras e os fatores relacionados, deverá combinar com os dados coletados na Investigação. (NANDA, 2010).

Em 22% (76) dos Instrumentos analisados, constatou-se que as características definidoras (sinais, sintomas e evidências) e os fatores relacionados redigidos para a formulação dos diagnósticos não estavam em consonância com a definição do título diagnóstico proposta pela NANDA-I.

Lunney (2004), afirma que interpretações inexatas do que é o diagnóstico podem levar as intervenções impróprias e, conseqüentemente, a resultados indesejados. E, que os Enfermeiros que são pensadores críticos praticam habilidades cognitivas de análise de aplicação de padrões de discernimento, de busca de informação de raciocínio lógico, de predição e de transformação do conhecimento.

O Título Diagnóstico (TD) Risco de infecção foi identificado em 26% (29) dos Instrumentos analisados, e estavam em sua grande maioria relacionados à presença

dos procedimentos invasivos. Nestes Instrumentos (29), este TD foi listado como prioritário em 15% dos registros frente a diagnósticos reais, sugerindo assim, o hábito de formulá-lo (LUNNEY, 2004).

4 | DISCUSSÃO FINAL

Para uma formulação diagnóstica precisa faz-se necessária, por parte dos Enfermeiros, o profundo conhecimento de Semiologia e Semiotécnica e da fisiopatologia das doenças. Com estas habilidades, este profissional poderá aprimorar a acurácia do seu pensamento crítico, através da correlação das reações humanas com o título diagnóstico e os fatores etiológicos.

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa foi possível aprimorar o pensamento crítico dos Enfermeiros do setor, com vistas a evitar presunções ou suposições incorretas na identificação dos diagnósticos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. Aplicação do processo de enfermagem. Um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 281p.

CARPENITO, L.J. Manual de diagnósticos de enfermagem. 12 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, A. M. P. Perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. 2004. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

HORTA, W.de A. Processo de enfermagem. 1ºed. São Paulo: E.P.U, 1979. 99p

LUNNEY, M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. 384p.

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M. P. SAE: um guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan-LAB, 2010. 170p.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. NANDA Internacional 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PANCREATITE AGUDA NA UTI

Data de aceite: 20/05/2020

Luís, MA, Brasil.

Paulo Henrique Alves Figueira

Faculdade Pitágoras, São Luís, MA, Brasil.

Naine dos Santos Linhares

Universidade CEUMA, São Luís, MA, Brasil.

Leandro Silva Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Alice Medim

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Joice Gossel

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Júlia Castro Moreno

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Larissa Cavalcante

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Luísa Marillac Rocha Martins

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Thiago Vieira de Souza

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Ellen Priscila Nunes Gadelha

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM,
Brasil.

Nathalia Mendes Avelino

Faculdade Metropolitana de Fortaleza,
FAMETRO-CE

Serlandia da Silva de Sousa

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São
Luís, MA, Brasil.

Ana Claudia Garcia Marques

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São

RESUMO: A importância da assistência de enfermagem ao paciente com pancreatite aguda na Unidade de terapia intensiva (UTI), sendo uma doença inflamatória que agride o pâncreas a taxa de morbimortalidade pode chegar até 20% dos pacientes, diante do exposto, este estudo tem como **objetivo:** Analisar a realização do processo de enfermagem dos profissionais da saúde para os pacientes com pancreatite aguda.

Metodologia: Este trabalho utilizou a pesquisa bibliográfica, realizada através de informações encontradas em artigos. Este tipo de pesquisa é classificado como qualitativa documental, ou seja, embasada em estudo de livros, fundamentando ideias de autores. **Conclusão:** A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória do pâncreas por autodigestão tecidual que percorre frequentemente com dor abdominal (epigástrica ou quadrante superior

esquerdo), náuseas e vômitos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem. Pancreatite aguda. Paciente. Emergência.

NURSING CARE FOR ACUTE PANCREATITIS PATIENT IN THE ICU

ABSTRACT: The importance of nursing care to the patient with acute pancreatitis in the ICU, being an inflammatory disease that affects the pancreas, the morbidity and mortality rate can reach up to 20% of the patients, in view of the above, this study has as **objective:** To analyze the performance of the process of nursing professionals for patients with acute pancreatitis **Methodology:** This work used the bibliographic research, carried out through information found in articles. This type of research is classified as qualitative documentary, that is, based on a study of books, basing ideas of authors. **Conclusion:** Acute pancreatitis (AP) is an inflammatory condition of the pancreas due to tissue autodigestion, which frequently occurs with abdominal pain (epigastric or upper left quadrant), nausea and vomiting.

KEYWORDS: Nursing Care, Acute Pancreatitis, Patient, Emergencies.

1 | INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória aguda do pâncreas por autodigestão tecidual, podendo agredir organismos peripancreáticas bem como órgãos à distância. Por deparar com alta morbidade e mortalidade, tendo sua incidência aumentada anualmente, a PA é tema de grande relevância em emergência clínica (FORSMARK, 2007).

A incidência de PA, baseada em registros hospitalares, varia de 5,4 a 79,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, na Inglaterra e nos Estados Unidos da América. A estimativa da incidência da PA é molestada pela falta de aprovação histológica na maioria dos casos e, provavelmente, cogita a organização dos serviços de saúde (TOOLI, 2002).

É possível que muitos pacientes com PA na forma branda não busquem os serviços de saúde ou, quando o cometem, os casos não são diagnosticados ou notificados (CENEVIVA, 1995).

A mortalidade global, na PA, varia de 10 a 15%. Dentre os óbitos, cerca de 50% acontecem na fase precoce, isto é, nos primeiros 14 dias da admissão, e procedem, principalmente, da síndrome da resposta inflamatória sistêmica, secundária à necrose pancreática, enquanto os óbitos remanescentes acontecem na fase tardia, em função de complicações infecciosas, também da necrose pancreática (MUTINGA, 2000).

A pancreatite (PA) é uma doença associada ou determinada por problemas

congenitos, hereditários e adquiridos, ou por agentes de natureza química, traumática e infecto-parasitária e, mesmo que permita diversos mecanismos etiopatogênicos, o evento final é a ativação das enzimas pancreáticas no interior das células acinares (STEER, 1992).

Em cerca de 85% a 90% dos casos, a doença tem um elemento apenas de inflamação pancreática e apresenta-se com mínima disfunção orgânica, com taxas de mortalidade, em geral, inferiores a 2% (NIEUWENHUIJS, 2003).

Em aproximadamente 10% dos casos, além do elemento inflamatório, ocorre necrose no parênquima pancreático e nos tecidos adjacentes, o que pode evoluir com infecção e, mais raramente, com as complicações isquêmicas, obstrutivas, perfurativas e hemorrágicas das vísceras circunvizinhas. Essas alterações locais são seguidas de repercussões sistêmicas maiores, que podem evoluir com o colapso de órgãos e sistemas e a morte, cujas taxas, nessas circunstâncias, são muito elevadas e variam de 20 a 70% (NIEUWENHUIJS, 2003).

A intensidade das lesões pancreáticas, geralmente, correlaciona-se com o agravamento da doença, e é possível, nos dois primeiros dias da admissão, com base na apresentação clínica, na avaliação laboratorial de rotina e no exame tomográfico, classificar a doença em branda ou grave. Na forma branda, que inclui a grande maioria dos casos, os aparecimentos percorrem com mínima repercussão sistêmica, que melhora com a reposição de líquidos e eletrólitos (BRADLEY, 1993).

Segundo (FERREIRA, 2000) a PA é o quinto diagnóstico etiológico de abdômen agudo mais registrado nas salas de urgência de hospitais de referência e a quarta causa de internação por abdômen agudo, em tais serviços.

A verificação clínica, a estratificação da PA e as diretrizes terapêuticas a serem adotadas são orientadas, inicialmente, pela identificação das condições associadas à doença e pela avaliação das condições clínicas iniciais, considerando o impacto sobre as funções vitais e o metabolismo sistêmico. Na sequência, de forma seletiva, são indicadas as dosagens séricas dos marcadores da lesão Pancreática, da inclusão das vias biliares e da repercussão sistêmica da doença, assim como a avaliação por imagem do pâncreas, por meio da TC (Tomografia Computadorizada) e, mais recentemente, através da RM (Ressonância Magnética), para os casos de PA aguda, de origem biliar (ELIAS JÚNIOR, et al, 2002).

Diante do exposto buscamos explicar de forma sucinta como vem se dando a Assistência de Enfermagem em pacientes com pancreatite aguda na UTI, tendo como objetivo geral: Analisar a realização do processo de enfermagem dos profissionais da saúde para os pacientes com pancreatite aguda e objetivos específicos: Mostrar os aspectos e as necessidades dos pacientes com pancreatite aguda nas UTI'S ; Identificar fatores que facilitam uma assistência de enfermagem mais prestativa aos pacientes com pancreatite aguda.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva - exploratória, na modalidade revisão integrativa. Gil (2002) relata que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, e as pesquisas de caráter exploratório têm como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

A Revisão Integrativa é um método de pesquisa apontado como ferramenta de grande relevância no campo da saúde, por proporcionar a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências sobre um tema investigado. Esses aspectos facilitam a identificação dos resultados relevantes, de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas e auxiliam o profissional a escolher condutas e a tomar decisões, proporcionando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Visando atender ao objetivo especificado desse trabalho, foi utilizado o método de revisão de literatura sobre a temática definida. A revisão de literatura será utilizada no processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema proposto, permitindo um mapeamento do que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa. A análise dos dados foi realizada através da leitura dos textos selecionados com os critérios de inclusão e exclusão.

3 | RESULTADO

No primeiro momento da pesquisa, com os descritores específicos resultou em 160 periódicos que após filtragem totalizou em 17 publicações, que ao serem identificados como adequados ao propósito deste trabalho foram arquivados para posterior leitura e análise crítica.

Deu-se neste momento prosseguimento a leitura das publicações selecionadas, caracterizados por materiais que alcançaram os critérios de inclusão. Passou-se a buscar no acesso aos resumos de todos os exemplares, sendo cuidadosamente revisado em leituras disciplinares, avaliando os conteúdos pertinentes a temática. Após a análise criteriosa das publicações mais relevantes, com a amostra final definida em 04 artigos que atenderam aos critérios de seleção, sendo 1 em inglês e 3 em português, dos anos de 2010 até os dias atuais .

Autor/ano	Base de dados	Metodologia	Resultado	Conclusão
Anand Park, Wu 2013	Scielo	Qualitativa	A incidência anual de PA é de 18.000 para 100.000 habitantes	A PA é uma doença de curso variável. Atualmente, os avanços no diagnóstico.
Tenner 2013	Scielo	Qualitativo	A incidência da PA varia de 4.9 a 73.4 casos por 100.000 e tem mostrado um aumento na sua incidência anual	Tais pacientes desenvolvem extensa necrose com hemorragia retro peritoneal, em um tempo mais longo de evolução (3 a 6 semanas).
Matheus e Machado (2008)	Scielo	Qualitativo descritivo	A identificação precoce dos fatores de risco para o desenvolvimento de necrose pancreática, para isso a utilização do APACHE II no momento da admissão hospitalar, infectada.	Conclui-se que a infecção da necrose pancreática, embora presente em menos de 10% da pancreatite aguda, apresenta alto risco de mortalidade
Sermoneta, et al. (2010)	Scielo	Qualitativa	A infecção da necrose pancreática, embora presente em menos de 10% da pancreatite aguda, apresenta alto risco de mortalidade; o desbridamento e a drenagem da necrose é o tratamento de escolha, seguido do gerenciamento de abdome "aberto" ou "fechado".	E na terapia intensiva em muito contribuíram para a redução da morbidade e da mortalidade

Quadro 1. Característica dos estudos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

Segundo ANAND, 2013, relata que nos últimos anos, pode observar um aumento crescente na incidência da pancreatite aguda (PA), em muito justificada pela alta do consumo de álcool, aumento nos casos de pancreatites biliares numa população cada vez mais obesa e idosa e pela melhora dos métodos diagnósticos.

A incidência da PA varia de 4.9 a 73.4 casos por 100.000 e tem mostrado um aumento na sua incidência anual.(TENNER, et al; 2013). Ainda que cerca de 80 a 90% dos casos percorram apenas com edema, sem complicações locais ou necrose e curso auto limitado (3 a 7 dias), 10 a 20% dos casos evoluem com quadro sistêmico grave, com alta letalidade. Tais pacientes desenvolvem extensa necrose

com hemorragia retro peritoneal, em um tempo mais longo de evolução (3 a 6 semanas).(TENNER, et al; 2013).

Estudo realizado por Mateus e Machado (2012) identificou que precocemente os fatores de risco para o desenvolvimento de necrose pancreática, para isso a utilização do APACHE II no momento da admissão hospitalar, a dosagem de proteína C reativa e os níveis de hematócrito servem como parâmetro para tal identificação; o tratamento em terapia intensiva dos pacientes com PA grave; a utilização de antibioticoterapia profilática nos pacientes com necrose pancreática identificada, embora haja discussão a este respeito; a utilização de dieta enteral e principalmente o retardo de qualquer intervenção cirúrgica, estando a cirurgia no tratamento da PA grave restrita aos casos de necrose pancreática infectada

Segundo Sermoneta, et al (2010), nota que a infecção da necrose pancreática, embora presente em menos de 10% da pancreatite aguda, apresenta alto risco de mortalidade; o desbridamento e a drenagem da necrose é o tratamento de escolha, seguido do gerenciamento de abdome “aberto” ou “fechado”. Introduzimos recentemente o uso da vedação intra-abdominal ao vácuo após uma necrosectomia clássica e laparostomia. Dois pacientes admitidos na UTI para insuficiência respiratória e um diagnóstico de pancreatite aguda grave desenvolveram necrose pancreática e foram tratados por necrosectomia, menor marsupialização do saco e abertura lombotômica posterior. Ambos os pacientes recuperados da pancreatite e uma boa cura de feridas laparostomias foram obtidos com o uso do sistema VAC. As vantagens mais relevantes desta técnica parecem ser: a prevenção da síndrome do compartimento abdominal, a enfermagem simplificada dos pacientes e a redução do tempo até o fechamento abdominal definitivo.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pancreatite aguda(PA) é uma condição inflamatória do pâncreas por autodigestão tecidual que percorre frequentemente com dor abdominal (epigástrica ou quadrante superior esquerdo), náuseas e vômitos. O diagnóstico é clínico com suporte em exames laboratoriais e eventualmente exames de imagem. O tratamento se fundamenta na tríade jejum, analgesia e hidratação precoce e controlada.

Com a análise dos estudos foi possível observar r que pouco é estudado sobre Pancreatite, suas diversas causas e o atendimento emergencial associado à assistência de enfermagem em pacientes com crises de Pancreatite Aguda.

Esperamos que mais estudos possam ser feitos para que assim sejamos capazes de prestar um atendimento apropriado a esses pacientes e minimizar a ida desses pacientes nas emergências hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ANAND, N.; PARK, J. H.; WU, B. U. Modern Management of Acute Pancreatitis. **Gastroenterology clinics of North America**, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 1–8, 2012.
- BRADLEY, E. L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis: Summary of the International Symposium of Acute Pancreatitis. **Arch Surg**, v. 128, p. 586-590, 1993.
- CENEVIVA, R.; SANTOS, J. S.; ANDRADE, J.I.; SILVA Jr, O. C. Pancreatite aguda. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 28, p. 701-721, 1995.
- ELIAS JÚNIOR, J. Utilização da tomografia computadorizada sem contraste e da ressonância magnética no diagnóstico e estratificação da gravidade da pancreatite aguda. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto. p.1-117, 2002
- FERREIRA-SANTOS, R.; SANTOS, J. S. Pancreatite aguda 1940- 2000: Evolução de conceitos e condutas In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. A Gastroenterologia do Brasil. Ed. Revinter, Rio de Janeiro, p. 269-290, 2001.
- FORSMARK, C. E.; BAILLIE, J.; AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee et al. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. **Gastroenterology**. v. 5, n. 132, p. 2022-2044, 2007.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MATHEUS, A. S.; MACHADO, M. C. C. Tratamento da pancreatite aguda grave: ainda um desafio. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 45, n. 3, p. 179-80, 2008.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p. 758-764, 2008.
- MUTINGA, M.; ROSENBLUTH, A; TENNER, S.M.; ODZE, R.R.; SICA, G.T.; BANKS, P.A. Does mortality occur early or late in acute pancreatitis? **Int J Pancreatol**. v. 28, p. 91-95, 2000.
- NIEUWENHUIJS, V. B.; BESSILINK, M.G.; VAN MINNEM, L. P.; GOOSZEN, H. G. Surgical management of acute necrotizing pancreatitis: a 13-year experience and a systematic review. **Scand J Gastroenterol**, v. 239, p.111-116, 2003.
- SERMONETA, D.; DI MUGNO, M.; SPADA, P. L. et al. Intra-abdominal vacuum-assisted closure (VAC) after necrosectomy for acute necrotising pancreatitis: preliminary experience. **International Wound Journal**, v. 7, n. 6, p. 525-30, 2010.
- STEER, M. L. How and where does acute pancreatitis begin? **Arch Surg**, v.127, p. 1350-1353, 1992.
- TENNER, S.; BAILLIE, J.; DEWITT, J. et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. **Am J Gastroenterol**. v. 9, n. 108, p. 1400-1415, 2013.
- TOOLI, J. et al. Guidelines for management of acute pancreatitis. **J Gastroenterol Hepatol**, v. 17, p. 15-39, 2002.

ATIVIDADES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Data de aceite: 20/05/2020

Linda Concita Nunes Araujo

Faculdade Estácio de Alagoas

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7019829741652906>

Lidiane da Silva Campos

Centro Universitário Maurício de Nassau

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5439158553956251>

Italo Jairan Vieira da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8066389437483627>

Caetano José Alves Júnior

Centro Universitário Tiradentes-UNIT/AL

Maceió–Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4613212024019661>

Margarete Batista da Silva

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1148699811363181>

Rosa Caroline Mata Verçosa

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5707412783533780>

Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8974069923999190>

Camila Correia Firmino

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7758263791772290>

Arly Karolyne Albert Alves Santos

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6590836480406564>

Juliana de Moraes Calheiros

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9804302010828294>

Larissa Bruno Ferreira de Oliveira

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6474490860894469>

RESUMO: Introdução: os centros cirúrgicos são setores do âmbito hospitalar destinados a execuções de atividades de pequeno a

grande porte, com isso tornando-se passível a fragilidades e efeitos indesejados, como o óbito. O sistema de trabalho do enfermeiro está diretamente relacionado a assistência/cuidado, administração/gerência e ao ensino/pesquisa. O gerenciamento é essencial na prática diária do centro cirúrgico, e o enfermeiro é o ponto chave dessa gerência, pois, todo processo desde a entrada até a saída do paciente do centro cirúrgico o enfermeiro está ligado e presente em todos. O objetivo do estudo foi descrever, através de uma revisão integrativa, os desafios e estratégias dos enfermeiros nas atividades gerenciais no centro cirúrgico. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura. **Resultados:** após a utilização da estratégia de busca, foi analisado vinte e seis artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. **Conclusão:** É imprescindível que os enfermeiros de centro cirúrgico reflitam e coloquem em pauta visões como centralização, controle, liderança, idealizações e por vezes, visões fictícias e inatingíveis. É necessário debater sobre o trabalho em equipe e sobre a responsabilidade compartilhada no cotidiano da produção do cuidado nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Centro Cirúrgico. Gerência.

NURSE'S MANAGEMENT ACTIVITIES AT THE SURGICAL CENTER: CHALLENGES AND STRATEGIES

ABSTRACT: Introduction: Surgical centers are sectors of the hospital environment designed to carry out activities from small to large, thus making them susceptible to weaknesses and unwanted effects, such as death. The nurse's work system is directly related to assistance / care, administration / management and teaching / research. Management is essential in the daily practice of the operating room, and the nurse is the key point of this management, since the entire process from the entry to the departure of the patient from the operating room, the nurse is connected and present in everyone. The objective of the study was to describe, through an integrative review, the challenges and strategies of nurses in management activities in the operating room. Methodology: this is an integrative literature review. Results: after using the search strategy, twenty-six articles that met the previously established inclusion criteria were analyzed. Conclusion: It is essential that nurses in the operating room reflect and put on the agenda views such as centralization, control, leadership, idealizations and sometimes, fictitious and unattainable views. It is necessary to debate about teamwork and shared responsibility in the daily production of care in health services.

KEYWORDS: Nursing. Surgery Center. Management.

1 | INTRODUÇÃO

Os Centro Cirúrgicos (CC) são conceituados como setores do âmbito hospitalar destinados a execuções de atividades podendo ser classificados de pequeno a grande porte, com isso tornando-se passível a erros e efeitos indesejados podendo causar óbito ou complicações aos clientes (GUTIERRES et al., 2019) developed through an online survey via the Google Forms® platform. The study participants were 220 nurses from surgical centers in different regions of Brazil. The data were collected through a socio-professional characterization form and a questionnaire in which the participants indicated their level of agreement in relation to the fulfillment of the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative. Data analysis was performed using descriptive statistics. Results: objective 1, The team will operate on the correct patient at the correct site, presented the highest levels of total agreement (n = 144; 65.5%. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019), os países desenvolvidos listam que as complicações consideráveis aos pacientes em procedimentos cirúrgicos é de 3% a 16 % e a taxa de mortalidade é de 0,4% a 0,8 % por volta desses acontecimentos pode ser visto como evitável, já em países emergentes ,estimam-se taxas de mortalidade de 5% a 10% em cirurgias de grandes porte.

O sistema de trabalho do enfermeiro deve consistir com propriedade, as proporções de assistência/cuidado, da administração/gerência e do ensino/pesquisa. Ainda que o cuidado seja justamente a finalidade da existência da enfermagem, a proporção gerencial do enfermeiro é distinto no seu processo de trabalho (VASCONCELOS et al., 2016).

Para o gerenciamento da assistência o enfermeiro além do conhecimento teórico e prático, deve projetar o uso racional de meios e instrumentos presentes objetivando á eficiência e efetividade na organização dos efeitos alcançados, pois entende-se que os instrumentos gerenciais são ferramentas que constituem a organização das ocupações administrativas/estratégicas, tendo como objeto de trabalho a busca do alcance de metas na atividade gerencial (VASCONCELOS et al., 2016).

Segundo a OMS, um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos durante o período que precisa receber cuidados e tratamentos. Portanto, ao se falar de complicações, entendidas como incidentes que resultam em danos para o paciente, isso implica, obrigatoriamente, pensar e propor ações a serem implantadas para a melhoria da estrutura, do processo e do resultado nas organizações que prestam assistência à saúde, objetivando mitigar os danos ao paciente (BOHOMOL; DE ABREU TATARLI, 2017).

Dessa maneira, considerando que os enfermeiros de CC, são os gestores dessa unidade e tem posição fundamental no desenvolvimento de estratégias para

a segurança do paciente cirúrgico e gerenciar todos os desafios proposto, a presente pesquisa tem como objeto de estudo a atividade gerencial no CC, delineou-se como questão de pesquisa: Quais os desafios e estratégias dos enfermeiros nas atividades gerenciais no CC? O objetivo desta pesquisa foi descrever, através de uma revisão integrativa, os desafios e estratégias dos enfermeiros nas atividades gerenciais no CC.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura baseado em seis etapas: questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento, “a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental proporcionada uma compreensão mais completa do tema de interesse” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, p. 759, 2008).

Os métodos utilizados para realização das consultas foram por meio do Literatura Latino-Americana Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), aderindo à associação dos descritores com o operador booleano AND: Enfermagem de Centros Cirúrgico AND Enfermagem; Enfermagem Cirúrgica AND Enfermagem; Gerência de Serviços de Saúde AND Enfermagem; e Gerência AND Enfermagem.

Os critérios de inclusão das pesquisas foram artigos publicados na língua portuguesa e língua inglesa, no período de 2015 a 2019, disponíveis eletronicamente na íntegra, sendo indexados nas bases de dados descritas acima, foram estabelecidos como critério de exclusão: trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, livros e capítulos de livros e artigos de revisão.

A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro à agosto do ano de 2019. Foi utilizado instrumento de coleta de dados, contendo as seguintes informações: título do artigo, nome da revista, nomes do primeiro e segundo autor, coletando as questões de pesquisas, seus principais resultados, suas conclusões e o tipo de artigo escolhido. A estratégia de busca desta revisão possibilitou a obtenção de 950 artigos, mas apenas 26 respondiam à questão norteadora do presente estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão desta revisão integrativa, sem haver repetições (Quadro 1).

ESTRATÉGIA	BASE DE DADOS	TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS	APÓS A LEITURA DO TÍTULO	APÓS A LEITURA DO RESUMO	APÓS A LEITURA DO ARTIGO NA ÍNTEGRA	TOTAL
Enfermagem de Centros Cirúrgicos AND Enfermagem	LILACS	3	1	1	1	1
	BDEF	17	5	3	1	1
	SCIELO	37	12	5	2	2
Enfermagem Cirúrgica AND Enfermagem	LILACS	140	10	8	2	2
	BDEF	39	4	4	3	1
	SCIELO	81	3	1	1	1
Gerência de Serviços de Saúde AND Enfermagem	LILACS	37	5	2	2	2
	BDEF	35	4	3	2	1
	SCIELO	44	4	4	1	1
Gerência AND Enfermagem	LILACS	141	4	3	1	1
	BDEF	118	3	1	1	1
	SCIELO	258	5	2	1	1
TOTAL DE ARTIGOS REPETIDOS						0
TOTAL DE ARTIGOS INSERIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA (SEM REPETIÇÕES)						15

Quadro 01-Fluxo Relativo às etapas de seleção dos artigos – 2019

Fonte: Dados de Pesquisa (2019)

3 | RESULTADOS

A presente revisão integrativa analisou 26 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, tendo como principais autores profissionais enfermeiros. Após a aplicação dos critérios de seleção, segue o quadro síntese dos artigos pesquisados.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	OBJETIVO	METODO	RESULTADOS PRINCIPAIS
Adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas: perspectiva de enfermeiros	Larissa de Siqueira Gutierrez; José Luís Guedes dos Santos; Sayonara de Fátima Faria Barbosa; Ana Rosete Camargo Maia; Cintia Koerich; Natália Gonçalves.	2019	O objetivo do estudo foi mensurar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos a partir da perspectiva de enfermeiros.	Trata-se de um estudo transversal desenvolvido por meio de um survey on-line para enfermeiros de centro cirúrgico de diferentes regiões do Brasil.	Apreendeuse que a Enfermagem vivenciou uma dualidade de sentimentos: satisfação/ prazer representada pelas relações interpessoais estabelecidas no trabalho, pelo aprendizado constante e pelo conhecimento científico e sofrimento decorrente da organização do processo de trabalho e manifestado por sintomas físicos e psicossociais que repercutem na saúde.

<p>Percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico acerca da acreditação hospital de um hospital universitário.</p>	<p>Hellen Maria de Lima Graf Fernande; Aparecida de Cássia Giani Peniche</p>	<p>2015</p>	<p>O objetivo do estudo foi analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca do processo de acreditação hospitalar no centro cirúrgico em um hospital universitário.</p>	<p>Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tipo exploratório-descritivo.</p>	<p>A amostra que compôs este estudo caracterizou-se por participantes com idade entre 21 e 58 anos, sendo a média de 34,72 anos (dp +7,48) e a mediana de 34 anos; 76,8% pertenciam ao sexo feminino; 17% eram enfermeiros; 19% auxiliares de enfermagem, e 64% técnicos de enfermagem, sendo uma equipe predominantemente adulta.</p>
<p>Papel gerencial do enfermeiro de centro cirúrgico: percepções por meio de imagens</p>	<p>Camila Dalcól; Mara Lúcia Garanhani.</p>	<p>2016</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de enfermeiros de centro cirúrgico sobre seu ambiente de trabalho e seu papel gerencial.</p>	<p>Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com dez enfermeiros, atuantes em CC, de sete hospitais públicos e privados de duas cidades das regiões sul e sudeste do Brasil, de fevereiro a agosto de 2013.</p>	<p>Os resultados foram organizados em: percepções relacionadas ao ambiente de CC e ao papel de gerente do enfermeiro de CC.</p>
<p>Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico</p>	<p>Fernando Riegel; Nery José de Oliveira Junior</p>	<p>2017</p>	<p>O objetivo deste estudo foi refletir sobre o processo de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente no centro cirúrgico.</p>	<p>Este artigo de cunho teórico-reflexivo objetiva refletir sobre a contribuição do processo de enfermagem para a segurança do paciente no centro cirúrgico.</p>	<p>Acredita-se que esta reflexão possa despertar nos profissionais enfermeiros que atuam nos centros cirúrgicos, o desejo e a necessidade em implementar o PE no cotidiano do cuidado na busca de maior qualidade e segurança assistencial. Poderá contribuir para que os gestores e gerentes assistenciais repensem as práticas nos serviços de saúde, a partir de uma política de segurança associada à implementação do PE.</p>

<p>Auditoria concorrente no centro cirúrgico: concepções dos enfermeiros</p>	<p>Maíra Pereira de Souza; Luciane Bisognin Ceretta; Maria Tereza Soratto</p>	<p>2016</p>	<p>Analisar as concepções dos enfermeiros sobre a auditoria concorrente realizada no Centro Cirúrgico.</p>	<p>Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo.</p>	<p>O resultado da pesquisa denotou os benefícios que a auditoria de Enfermagem concorrente realizada no Centro Cirúrgico traz para a auditoria interna hospitalar, em relação ao faturamento da conta após a alta do cliente, sendo mais difícil realizar a auditoria no prontuário.</p>
<p>Relações interpessoais no centro Cirúrgico sob a ótica da enfermagem: Estudo exploratório</p>	<p>Maria de Fátima Cordeiro Trajano; Daniela Tavares Gontijo; Monique Wanderley da Silva; Jael Maria de Aquino; Estela Maria Leite Meirelles Monteiro</p>	<p>2017</p>	<p>Desvelar como os profissionais de enfermagem percebem as relações interpessoais, na equipe multiprofissional, no centro cirúrgico.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.</p>	<p>O processo de categorização resultou em três categorias temáticas compostas pelos conteúdos explicitados no diagrama a seguir. Categoria: Concepção sobre as relações interpessoais. Categoria: Fatores que interferem negativamente nas relações interpessoais. Categoria: Atitudes e práticas que fortalecem as relações interpessoais.</p>
<p>Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro No contexto hospitalar</p>	<p>Carolina da Silva Caram; Lilian Cristina Rezende; Maria José Menezes Brito</p>	<p>2017</p>	<p>Compreender a configuração da prática colaborativa no âmbito hospitalar, na perspectiva do enfermeiro.</p>	<p>Trata-se de estudo de caso único com abordagem qualitativa.</p>	<p>Os resultados foram organizados de acordo com as seguintes categorias temáticas: potencialidades da prática colaborativa para o trabalho do enfermeiro; desafios para a implementação da prática colaborativa e; estratégias para o desenvolvimento da prática colaborativa.</p>

Dualidade entre satisfação e Sofrimento no trabalho da equipe De enfermagem em centro cirúrgico	Maria Fernanda do Prado Tostes; Andréia Queiroz da Silva; Talita Lopes Garçon; Edilaine Maran; Elen Ferraz Teston	2017	Buscouse apreender a percepção da equipe de Enfermagem sobre a relação entre trabalho em centro cirúrgico (CC) e saúde.	Pesquisa descritiva e qualitativa, realizada em hospital de médio porte da Região Noroeste do Paraná.	Apreendeuse que a Enfermagem vivenciou uma dualidade de sentimentos: satisfação/prazer — representada pelas relações interpessoais estabelecidas no trabalho, pelo aprendizado constante e pelo conhecimento científico — e sofrimento — decorrente da organização do processo de trabalho e manifestado por sintomas físicos e psicossociais que repercutem na saúde.
Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem	Silvia Helena Henriques Camelo; Fernanda Ludmilia Rossi Rocha; Luciele Dias Pedreschi Chaves; Vânea Lúcia dos Santos Silva; Mirelle Inácio Soares	2016	Caracterizar as competências de enfermeiro gerente de um hospital de ensino e as estratégias organizacionais para mobilizar essas competências.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa. Foi realizado em um hospital público com 15 enfermeiros gerentes.	Os resultados mostraram enfermeiras entre 27 e 60 anos e 60% com especialização em gestão. A gerência apresenta desafio como: conhecimento da unidade e das tarefas, aproximação com questões administrativas, gerenciamento de conflito.
Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais	Fabiana Zerbieri Martins, Clarice Maria Dall’Agnol.	2016	Analisar os desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais em centro cirúrgico.	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Os principais desafios apontaram: deficiência de recursos materiais, ruídos de comunicação, adequação de redimensionamento de pessoal e relações com a equipe multiprofissional.
Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do distrito federal	Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes; Renata Valero Barbosa Franco; Dalyanne Souza Vieira Diniz Moraes; Beatriz Coêlho Barbosa	2018	Identificar os principais fatores determinantes para a suspensão de cirurgias eletivas em um hospital público do Distrito Federal	Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, realizado no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal	De janeiro a outubro de 2015 foram programadas 6.926 cirurgias, das quais foram realizadas 4.587 e suspensas 2.339, totalizando uma taxa de suspensão cirúrgica de 33,8%. O principal motivo de suspensão foram causas injustificadas, com 30,1%.

<p>Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas</p>	<p>Raissa Ottes Vasconcelos, Cristina Daiana Bohrer, Denise de Fatima Hoffman Rigo, Luis Guilherme Sbrolini Marques, Joao Lucas Campos de Oliveira, Nelsi Salete Tonini, Anair Lazzari Nicola1</p>	<p>2016</p>	<p>Analisar o uso dos meios para a gerência de enfermagem em unidades hospitalares críticas.</p>	<p>Estudo qualitativo, desenvolvido no Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário do Paraná-Brasil.</p>	<p>Conclui-se que o uso dos meios para gerência, no contexto dos instrumentos, tendeu ao uso burocrático, sendo esses pouco voltados às ações para melhor viabilização da assistência direta, ou seja, sua utilização estratégica. Apesar disso, a mobilização de competências como o planejamento, comunicação e liderança foi aspecto positivo atrelado aos meios gerenciais, desdobrando-se em ações de cunho relacional para favorecer o processo cuidativo.</p>
<p>Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão</p>	<p>Lara Vandresen; Denise Elvira Pires de Pires; Jorge Lorenzetti; Selma Regina de Andrade</p>	<p>2018</p>	<p>Aplicar recursos da tecnologia PRAXIS® para classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem em unidade de internação de hospital universitário</p>	<p>Pesquisa Convergente Assistencial seguindo as fases de concepção e instrumentação – definidos tema e objetivo da pesquisa, realização em uma unidade hospitalar de clínica médica envolvendo 633 participantes.</p>	<p>:Realizadas 633 classificações e encontrados 29,38% pacientes em cuidados mínimos, 35,71% cuidados intermediários, 33,02% alta dependência, 1,42% semi-intensivos e 0,47% cuidados intensivos. Para realização do dimensionamento utilizou-se duas referências; em ambas a equipe disponibilizada mostrou-se deficitária.</p>
<p>Dimensionamento e escalas de pessoal De enfermagem: competências dos Enfermeiros</p>	<p>Manuela Santos de Souza, Jamila Geri Tomaschewski Barlem</p>	<p>2018</p>	<p>Analisar as competências necessárias para realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros.</p>	<p>Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo.</p>	<p>Foram identificadas como as competências mais importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Entre as habilidades, foi atribuída maior importância para a resolução de conflitos entre a equipe. Os enfermeiros se mostraram indiferentes quanto ao conhecimento dos custos gerados pelo cuidado.</p>

<p>Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança</p>	<p>Samanta Andresa Richter; Edemilson Pichek dos Santos; Dagmar Elaine Kaiser; Claudia Capellari; Gimerson Erick Ferreira</p>	<p>2019</p>	<p>Conhecer os desafios ao desenvolvimento de ações empreendedoras na perspectiva de enfermeiras em posição estratégica de liderança</p>	<p>Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório.</p>	<p>Foi desvelado que as enfermeiras em posição estratégica de liderança visualizam desafios importantes no desenvolvimento de ações empreendedoras, representados pelas estruturas descritas nas categorias temáticas: Movimentos da ação empreendedora por enfermeiras em posição estratégica de liderança; Empreender em posição estratégica de liderança: situações (i)mobilizadoras; O aprender a empreender: desafios de uma responsabilidade avançada.</p>
--	---	-------------	--	--	--

QUADRO 02 - Síntese dos estudos primários relacionados ao tema

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Dimensionamento da equipe de enfermagem

O dimensionamento constitui-se em recurso indispensável para o provimento do pessoal de enfermagem em quantidade e qualidade e também base para a organização da equipe necessária para o atendimento das necessidades dos pacientes, respeitando o grau de dependência por eles apresentados (VANDRESEN et al., 2018).

A enfermagem brasileira, na condição de maior força de trabalho no campo da saúde, atua na maioria dos cenários da rede de prestação de ações e serviços de saúde, por meio da articulação entre os processos de gestão, assistência, educação e investigação, eixos que compõem a atividade profissional. Como uma profissão responsável pelo cuidado humano, individual e coletivo, o cuidado de enfermagem envolve a realização de assistência direta ao ser humano e a gerência dos serviços e da assistência prestada pela equipe de enfermagem (TOSTES et al., 2017).

O gerenciamento é essencial na prática diária do centro cirúrgico, e o enfermeiro é o ponto chave dessa gerência, pois, todo processo desde a entrada até a saída do paciente do CC o enfermeiro está ligado e presente em todos, pois é de responsabilidade do profissional gerir uma assistência qualificada ao paciente. (BERGHETTI et al., 2019).

De acordo com Martins e Dall’Agnol (2016), são atividades gerenciais do profissional enfermeiro as ações com o efeito de promover a propriedade da assistência de enfermagem e o bom desempenho do CC, portanto as atividades efetuadas pela sua prática profissional destacam-se dimensionamento da equipe de enfermagem.

Souza et al. (2019), descrevem o dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser definido como um processo sistemático que subsidia o provimento de pessoal, tendo por finalidade prever e garantir a quantidade adequada de profissionais de enfermagem necessária para suprir as necessidades de cuidados de saúde.

No que se refere a administração e gerenciamento de pessoal de enfermagem e competência do enfermeiro a realização das escalas de trabalho mensais e diárias de enfermagem, o dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem são responsabilidades do enfermeiro e, para tanto, requerem determinadas competências gerenciais que irão subsidiar o provimento e a distribuição de pessoal necessário a prestação dos cuidados em saúde (SOUZA et al., 2019).

Cabe ao enfermeiro gerente da equipe multidisciplinar avaliar os pacientes e o respectivo grau de dependência, para a partir daí fazer todo dimensionamento dos profissionais, fazendo com que toda assistência seja prestada da forma correta, visando a evolução clínica do paciente no centro cirúrgico esse dimensionamento tem que ser muito bem trabalhado, pois se trata de uma área de procedimentos invasivos e de alto risco, porém a maioria desses procedimentos já são previamente marcados, dando uma base maior para ser montado um serviço com maior qualidade profissional, embora isso não diminua o grau de complexidade que é exigido na assistência ao paciente (POSSARI, 2019).

Portanto, o enfermeiro como gestor do centro cirúrgico tem que trabalhar com todas as bases que estiver ao seu alcance, para com isso fazer as escalas devidas e o dimensionamento correto para prestar o atendimento com qualidade ao paciente, pois o aumento dessa qualificação é de suma importância para todo o funcionamento do setor que se está inserido (ANDRADE et al., 2016).

O CC é um setor restrito no ambiente hospitalar, destinado, especificamente para procedimentos anestésicos cirúrgicos, por meio de técnica estéreis evitando ao máximo o nível de contaminação ao paciente cirurgiado, visando reduzir o percentual de infecção no ambiente é necessário fazer uso de roupas privativas, EPIs, abolir adornos e entrada de alimentos, por ser um local de acesso limitados classificado em áreas não-restritivas, semi-restritivas e restritivas (DALCÓL; GARANHANI, 2016).

De acordo com as evidências o CC são considerados cenários de alto risco, extremamente suscetíveis a erros, sendo assim, o desenvolvimento do trabalho, neste cenário, constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais, dominadas

por pressão e estresse que muitas das vezes diversos profissionais da enfermagem abandonam a profissão, portanto surge o interesse em descrever as dificuldades enfrentadas diariamente pela equipe de enfermagem (BORDIGNON et al., 2015).

Para a gerência de um hospital o CC é uma das unidades mais importantes, complexas e específicas do setor hospitalar, no qual são compartilhados inúmeros processos e subprocessos, ligados direta ou indiretamente à produção de cirurgias, por vezes estressantes, que podem afetar a qualidade da assistência prestada, muitas das vezes isso acontece por conta de um gerenciamento não efetivo que são resultantes de inúmeros trabalhos que o profissional enfermeiro tem que agir de forma correta e eficaz (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Sempre em busca de melhorias para qualidade de saúde, o profissional enfermeiro como potência em autonomia de planos de cuidados e assistência contínua está sempre presente em todas as etapas no CC desenvolvendo práticas que proporcionam uma segurança melhor ao paciente (GUTIERRES et al., 2018).

O enfermeiro no CC tem que desenvolver atividades e habilidades específicas da área, atuando como gerência e assistência, prestando cuidados diretos e indiretos ao paciente e familiares realizando planejamento de ações sempre visando evitar danos ao paciente, coordenando e supervisionando sua equipe criando sempre comunicação entre os profissionais de toda instituição desde o momento de internação à alta do paciente do hospital (DALCÓL; GARANHANI, 2016).

Segundo Tostes et al.,(2017), o desenvolvimento do cuidado de enfermagem no CC é voltada para o desenrolar das ações objetivas, de natureza técnica, visando à recuperação do indivíduo, sendo assim, considerando as peculiaridades desse setor, a interação social no cuidado muitas vezes é restrita e acaba por influenciar a satisfação com o trabalho realizado.

O enfermeiro como profissional disciplinado a executar planos de cuidados ao humano, individual e coletivo o cuidado de enfermagem envolve ações de assistência direta ao ser humano e a gerência dos serviços e da assistência efetivada pela equipe de enfermagem. Instrui por preceitos éticos e legais, de forma de garantir qualidade para o conforto das pessoas ou restauração de sua saúde. Entende-se o cuidado de enfermagem como um evento propositado, fundamental a vida, que ocorre na interação humana, a prática do cuidado é vinculada a responsabilidade ética que permanece os deveres profissionais, excede o senso comum de uma atenção precisa para edificar uma atenção permanente, sistemática e contextualizada (ANDRADE et al., 2016).

Singularmente no ambiente hospitalar, o trabalho gerencial do enfermeiro é o elo indispensável da equipe multidisciplinar de saúde, além de planejar o cuidado e expandir estratégias de melhorias, tentando realizar condutas que devem ser voltadas às deficiências dos serviços, deste modo, o enfermeiro percorre a um

posicionamento importante por meio da sua execução de gerente fundamentada em meios, instrumentos e conhecimentos (VASCONCELOS et al., 2016).

Os desafios gerenciais do profissional enfermeiro no CC se originam-se de situações pertencentes do próprio setor destacadas pelo imprevisto e pela carência constante de um replanejamento e reorganização de ações, essas dificuldades são sanadas quando há um dimensionamento flexível pela gerência da enfermagem (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

4.2 O papel gerencial do enfermeiro no centro cirúrgico

O gerenciamento é imprescindível na prática diária do enfermeiro e a sua trajetória teve início com Florence Nightingale, pioneira dos cuidados em enfermagem, na metade do século XIX. Portanto, foi a partir da necessidade de se organizar os hospitais, que surge a importância do gerenciamento dentro da prática diária da enfermagem e, atualmente, a gerência não se restringe apenas à organização dos hospitais e sim a todo o cuidado designado ao cliente e, para isso, se faz imprescindível a realização da gerência da unidade e a gerência do cuidado, pois o objetivo da atuação do enfermeiro é a assistência qualificada e resolutiva (BERGHETTI et al., p.02, 2019).

O Nursing Leadership Institute (NLI) criou um modelo de competência para enfermeiros gerentes. Nele, foram mapeadas seis grandes competências tais como: domínio pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira e de recursos humanos, cuidados com a equipe, com os pacientes, e consigo mesmo e pensamento sistematizado, já no Brasil, pesquisadores, preocupados com as competências necessárias a enfermeiros gerentes de hospitais acreditados, verificam que as mais importantes competências na opinião dos próprios enfermeiros gerentes eram: liderança, visão estratégica, foco no paciente e processos de gerenciamento (CAMELO et al., p.77, 2016).

Ao considerar as condições de trabalho no centro cirúrgico, evidencia-se que a sobrecarga de trabalho, citada pelos profissionais de enfermagem em prol de assegurar a execução dos procedimentos cirúrgicos, surge como um fator negativo para as relações interpessoais. Condições estas que corroboram o achado que evidencia que uma produtividade muito elevada da equipe de enfermagem do centro cirúrgico pode indicar uma sobrecarga de trabalho, afetando também a qualidade de vida do profissional e a segurança na assistência (TRAJANO et al., p.165, 2017).

Tartaglia et al. (2018), afirma que os comportamentos destrutivos têm que ser evitados, e o enfermeiro com líder e gestor do centro cirúrgico tem com papel primordial tentar evitar esse tipo de mal-estar na equipe, visto que esse comportamento vai melhorar a assistência prestada, fazendo com que a segurança, tanto do paciente

quanto da equipe seja preservada. A comunicação em todos os processos que englobam a cirurgia e o próprio centro cirúrgico como todo é de fundamental importância, pois o diálogo é peça chave para o desenvolvimento positivo do setor, sendo até mesmo responsável por evitar erros que viriam a ser maléficis, tanto para o paciente, como para o profissional engajado em determinado procedimento.

4.3 Os desafios gerenciais do centro cirúrgico na percepção da enfermagem

Elaborar práticas colaborativas em um ambiente de trabalho tem fundamental importância no desenvolver das práticas diárias, e no centro cirúrgico não discorre diferente, pois tem grande relevância quanto aos fatores do aumento da autonomia, da autoestima, até mesmo da motivação de todos os profissionais que trabalham no setor. Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias para consolidar o desenvolvimento das práticas colaborativas, tais estratégias abrangem o setor como um todo, inclusive fazendo um elo para aproximação da coordenação junto com a equipe da assistência, realizando reuniões, eventos de capacitação, fazendo com que a equipe sinta um acolhimento maior, e com isso desenvolver as práticas e prestar um serviço mais qualificado ao paciente (CARAM et al., 2017).

Souza et al., (2016) descrevem que a enfermagem tem como finalidade normatizar, orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências existentes nos registros hospitalares, intervindo diretamente na conta do cliente evitando glosas desnecessárias principalmente nos setores mais críticos como o CC.

Martins e Dall’Agnoll (2016) afirmam que ao pontuar o conhecimento científico como uma estratégia gerencial, destaca-se que a formação e a educação permanente em enfermagem necessitam acompanhar as modificações, as singularidades e as pluralidades dos cenários onde o enfermeiro atua, demandando planos capazes de atender às constantes tensões e evoluções no campo da saúde, e, particularmente, no CC.

Cabe destacar que a enfermagem no CC, além do trabalho com instrumentais e equipamentos, atua diretamente junto ao paciente, desde a sua admissão até a transferência de Unidade, fato que lhe confere a formação de vínculos de satisfação, comprometimento e identificação do seu trabalho, demandando constante elaboração de ações educativas sobre o cuidado por eles realizado (MARTINS; DALL’AGNOLL, 2016).

Fernandes e Peniche (2015) descrevem que o profissional enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, no processo de qualidade, desempenha um papel fundamental, pois representa a categoria da equipe de saúde que atua durante todo o tempo com o paciente, sendo um elo de comunicação com os demais profissionais, portanto o enfermeiro deve no âmbito operacional supervisionar de forma contínua

e sistemática a equipe de enfermagem conforme estratégias definidas para manter o padrão de qualidade estabelecido, segue o quadro com as principais atividades, desafios e estratégias que o enfermeiro gerente do CC poderá utilizar em sua gerência possibilitando um novo caminho de gerência do CC.

Richter et al., (2019) afirma que tal perspectiva é reforçada quando os enfermeiros exprimem a necessidade de buscar qualificação e aperfeiçoamento contínuos para se manter na posição estratégica que ocupam, sendo importante que se fomente a inovatividade, a assunção de riscos calculados e a proatividade nas ações que desenvolvem em prol do cuidado e de mudanças na sua gestão. No momento em que os enfermeiros entendem as ações como favoráveis à ampliação de suas práticas e ao desenvolvimento da gestão de enfermagem, conseguem fomentar a sua gestão, encontrando estímulo para o desenvolvimento profissional e institucional, vislumbrando oportunidades de ações inovadoras, ao lidar com as adversidades do meio.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções relacionadas ao ambiente de CC destacaram a unidade como um lugar central e relevante no contexto hospitalar. Em relação ao papel gerencial do enfermeiro de CC enfatizaram ações de liderança, tomada de decisão, identificação de estratégias, adaptação e flexibilidade, trabalho em equipe e supervisão.

Considerando a complexidade do ambiente de CC e sua finalidade de desenvolver procedimentos seguros, torna-se fundamental que os profissionais que nele atuam possuam conhecimento técnico, científico e humano, desenvolvendo competências e habilidades específicas. Os enfermeiros possuem uma visão proativa sobre sua atuação, porém, em alguns momentos, idealizadas. As imagens idealizadas remetem à centralização das ações, às tomadas de decisão e ao controle dos processos de trabalho, buscando reforçar o poder, o controle e a autonomia em um ambiente específico e complexo.

Nesse sentido, é imprescindível que os enfermeiros de CC reflitam e coloquem em pauta visões tais como: centralização, controle, liderança, idealizações e por vezes, visões fictícias e inatingíveis. É necessário debater sobre o trabalho em equipe e sobre a responsabilidade compartilhada no cotidiano da produção do cuidado nos serviços de saúde e nas unidades de CC. É ímpar a relevância do papel gerencial do enfermeiro de CC, mas suas ações podem ser compartilhadas. O reconhecimento da autonomia profissional perpassa a concretização de um trabalho construído coletivamente e voltado para a integralidade do cuidado.

A visibilidade profissional constrói-se individualmente e se propaga para o coletivo, refletindo em diferentes campos de atuação. Para que ocorram mudanças

na visibilidade do enfermeiro de CC, é essencial que reflitam sobre suas ações, enfrentem os desafios, apropriando-se de suas competências técnicas, científicas e relacionais. Esperamos com este estudo contribuir para a reconstrução da identidade e visibilidade do enfermeiro de CC e encorajamos outros estudos, a fim de promover a reconstrução das identidades profissionais, bem como a visibilidade das mesmas.

As lacunas identificadas pela pesquisa apontam para realização de outros estudos que explorem as percepções dos enfermeiros em relação às fragilidades no processo de gestão da unidade, aos desafios do trabalho em equipe e às necessidades da gerência do CC.

REFERÊNCIAS

- ABREU IM, ROCHA RC, AVELINO FVSD, GUIMARÃES DBO, NOGUEIRA LT, MADEIRA MZA. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40(esp):e20180198, Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>> Acesso em 19 Mai 2019.
- CAMELO, Silvio Helena Henrique. ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi. CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. SILVA, Vânea Lucia dos Santos. SOARES, Mirelle Inácio. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerente de enfermagem. **Ciencia y Enfermagem XXII**, São José do Rio Preto/SP, n. 1, v. 22, p.75-86, Mar./2016.
- DALCÓL, Camila. GARANHANI, Mara Lúcia. Papel gerencial do enfermeiro de centro cirúrgico: percepções por meio de imagens. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Londrina/PR, n. 18, v. 18, p. 1168-79, Jun./2016.
- GUTIERRES, Larissa de Siqueira. SANTOS, Jose Luis Guedes dos. PEITER Caroline Cechinel. MENEGON, Antunes Fernando Henrique. SEBOLD, Luciara Fabiane. ERDMAN, Alacoque Lorenzini. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev Bras Enferm [Internet]**. Florianópolis/SC, n. 71, v.6, p. 2940-7, Jul./2018.
- POSSARI, J. F., GAIDZINSKI, R. R., LIMA, A. F. C., FUGULIN, F. M. T., HERDMAN T. H. Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo/SP, n. 23, v. 5, p.781-8 Set.-Out/2015.
- BORDIGNON, M., MONTEIRO, M. I., MAI,S., MARTINS, M. de F. da S. V., RECH C. R. A., TRINDADE, L. de L. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 24, v. 4, p. 925-33. Out-Dez/2015.
- AMARAL, J. A. B.; SPIRI, W. C.; BOCCHI, S. C. M. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 1, p. 42, 2017.
- ANDRADE, S. R. DE et al. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1082–1090, 2016.
- BOHOMOL, E.; DE ABREU TATARLI, J. Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 3, p. 144, 2017.
- GUTIERRES, L. DE S. et al. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n. 0, 2019.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1–9, 2017.

VASCONCELOS R. O., BOHRER, C. D., RIGO, D. F. H. , L. G. S. M.; OLIVEIRA, J. L. C. O.1, TONINI, N., A. L. N. Meios Para a Gerência de Enfermagem. **Enfermagem Foco**, v. 7, n.3, p. 56–60, 2016.

TOSTES, M. F. D. P. et al. Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 1, p. 3, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: **Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf> Acesso em 19 de Mai 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, out-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> >. Acesso em: 24 agos 2019.

CONDIÇÕES ASSOCIADAS A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO ASSISTENCIAL

Data de aceite: 20/05/2020

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior

Professor Auxiliar I da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Ariane Galvão de Oliveira

Docente do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/3408932485431767>

Alciclei da Silva Souza

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/3767991374096517>

Ione Silva de Andrade

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8811048020229562>

Miquele Soares Barbosa

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8992736522123306>

Tatiane Silva de Araujo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

Lucas Luzeiro Nonato

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5502317836417147>

Luiz Antônio Bergamim Hespanhol

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/4914813569826675>

Antônio Victor Souza Cordeiro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8816938468187690>

Nelisnelson da Silva Oliveira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/6908147587044685>

Eloya Maria Oliveira Rêgo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/7504465831117523>

Murilo Henrique Nascimento Araújo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9163112879039416>

Tatiane Alves de Jesus

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9453105563532881>

Sheyla Alves Moreira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2909106198635751>

RESUMO: Introdução: A sistematização da assistência de enfermagem contribui significativamente para a qualificação do cuidado em enfermagem, sendo o processo de enfermagem (PE) no contexto assistencial a base para essa qualificação, no entanto vários estudos têm mostrado dificuldades e fragilidades em relação à execução desta metodologia assistencial nos campos de atuação da profissão. **Objetivo:** Identificar as principais dificuldades relacionadas a não implementação do processo de enfermagem no contexto assistencial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Bancos de dados de enfermagem (BDENF) no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2018. **Resultados:** Através de 07 artigos analisados foi possível identificar que a não implementação do PE está relacionada a vários fatores, como: os enfermeiros possuem déficit de conhecimento sobre teorias de enfermagem, excesso e sobrecarga de trabalho e atividades burocráticas, dificuldades no entendimento das etapas do processo de enfermagem e da sistematização da assistência de enfermagem, desvalorização do PE pelas instituições e falta de investimentos em recursos humanos. **Conclusão:** Percebe-se que são inúmeros os fatores que concorrem para a não adesão do processo de enfermagem no contexto assistencial, desde aqueles ligados ao profissional, até aos que envolvem a instituição e sua forma produzir o trabalho em saúde, fato que torna a qualificação do cuidado da enfermagem um desafio, visto que a fragilização do processo de enfermagem compromete substancialmente a qualificação dos processos de trabalho em saúde e em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem, Enfermagem, Teorias de Enfermagem, Assistência de Enfermagem.

CONDITIONS ASSOCIATED WITH NON-IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS IN THE ASSISTENTIAL CONTEXT

ABSTRACT: Introduction: The systematization of nursing care contributes significantly to the qualification of nursing care, and the nursing process (NP) in the care context is the basis for this qualification. However, several studies have shown difficulties and weaknesses concerning the implementation of this care methodology in fields of activity of the profession. **Objective:** Identify the main difficulties related to

not implementing the nursing process in the care context. **Methodology:** This is an integrative literature review study with a search for scientific articles available in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Nursing Databases (BDENF) databases in the January 2010 to December 2018. **Results:** Through the analysis of 07 articles, it was possible to identify that the non-implementation of the NP is related to several factors, such as nurses have a lack of knowledge about nursing theories, excess and overload of work and bureaucratic activities, difficulties in understanding the stages of the process of nursing and the systematization of nursing care, devaluation of NP by institutions and lack of investments in human resources. **Conclusion:** It is noticed that countless factors contribute to the non-adherence of the nursing process in the care context, from those related to the professional to those that involve the institution and its way of producing health work, a fact that makes qualification of care of nursing a challenge since the weakening of the nursing process substantially compromises the qualification of work processes in health and nursing.

KEYWORDS: Nursing Process, Nursing, Nursing Theories, Nursing Assistance.

Data de submissão (23/03/2020)

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) tem indicado um avanço no aspecto teórico e legal no Brasil no que diz respeito à qualificação do cuidado da enfermagem nos diversos espaços de atuação da profissão, mas, ainda existem muitos desafios e fragilidades para aplicá-la na prática, principalmente pelos entraves em que se colocam na operacionalização dos diversos elementos que a compõem interferindo assim as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e nos resultados deste para a produção de saúde das populações (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

A SAE é dividida em três partes: método científico, dimensionamento de pessoas, e instrumentos, o PE faz parte do método científico e as teorias de enfermagem constituem o pilar da SAE. Enquanto a SAE é algo mais amplo, o processo de enfermagem (PE) constitui o método científico para operacionalizá-la e está estruturado em cinco etapas. Desde 2002 muitos enfermeiros vêm buscando desenvolver e aplicar seus conhecimentos sobre o PE na assistência de enfermagem, entretanto, diversos fatores têm se mostrado como entraves para a implementação desta metodologia assistencial, impondo por vezes limites no processo de trabalho destes profissionais e enfraquecendo a enfermagem enquanto ciência e profissão (MOSER et al., 2018).

A resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) afirma que

o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos e privados, em que ocorrem os cuidados de enfermagem, considera ainda que a execução da SAE constitui, efetivamente melhora na qualidade da assistência de enfermagem. Todas essas ações estão sistematizadas, ordenadas e visam objetivar o aprimoramento do cuidado da enfermagem sistematizando e aplicando conhecimentos técnicos científicos para um atendimento humanizado aos pacientes, prestando assistência adequada e individualizada, sendo possível analisar informações de forma mais fidedigna e assim, definir estratégias com resultados decorrentes das condutas definidas pelo enfermeiro a partir do que se preconiza o PE (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O crescente aumento das tecnologias no contexto da assistência à saúde e a implementação de uma cultura de segurança do paciente no contexto desta atenção tem demandando das instituições públicas e privadas de assistência à saúde um cuidado em saúde e em enfermagem cada vez mais aprimorado, fato que tem gerado a necessidade de implementação da SAE e conseqüentemente do PE com a finalidade de reduzir custos e aprimorar as atividades durante a assistência prestada pelo enfermeiro (HUITZI-EGILEGOR, 2012; TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Além disso, o PE constitui a base científica fundamental para que os profissionais da enfermagem possam adquirir conhecimentos, habilidades, e atitudes para o desenvolvimento das competências relacionadas à profissão, pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidado do outro. Neste melindre observam-se vários estudos que tem por finalidade realizar avaliação da qualidade de atenção aos serviços de assistência de enfermagem com diferentes parâmetros, ligados, sobretudo às recomendações da resolução 358/2009 ou a algum parâmetro específico e já validado por autores consagrados na literatura sobre a temática e que tem como referencial teórico metodológico o PE (TAVARES et al., 2013; TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Assim, torna-se relevante identificar e compreender os fatores que interferem na não adesão ao PE pelos profissionais de enfermagem, afim de que se possam direcionar medidas para o enfrentamento desta problemática e melhorar qualidade do cuidado destes profissionais. Diante destas inquietações, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Quais fatores estão relacionados à não adesão do processo de enfermagem no contexto assistencial?

Desta forma, este estudo tem por objetivo identificar os fatores relacionados a não adesão ao processo de enfermagem no contexto assistencial por profissionais de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que estabelece uma discussão e aprofundamento sobre uma determinada temática desenvolvida a partir de artigos independentes no qual se busca identificar, relacionar e analisar os resultados encontrados, contribuindo, pois, para uma possível agregação de conhecimentos para a prática baseada em evidências. Este método de estudo é classicamente desenvolvido em seis etapas interrelacionadas (TEIXEIRA et al., 2013).

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora. A partir das inquietações e lacunas observadas na literatura obteve a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores estão relacionados a não implementação do processo de enfermagem no contexto assistencial?

2ª Fase: amostragem na literatura: Foram utilizadas referências teóricas por meio de periódicos, como biblioteca virtual em saúde (BVS) tendo busca com pesquisas independentes, nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Bancos de Dados em Enfermagem).

Foram utilizados os seguintes descritores: “enfermagem”, “processo de enfermagem”, “Assistência de enfermagem”, “Teorias de Enfermagem”. Todos disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Na base de dados LILACS foi feito o cruzamento de dois descritores que foram o (Enfermagem AND Processo de Enfermagem); SCIELO os descritores de busca foram (Processo de Enfermagem AND Assistência de enfermagem) e na BDENF os descritores foram (Teorias de Enfermagem AND processo de enfermagem).

Através das buscas foram feitas as filtrações dos artigos, dos por meio de aplicação de critérios de inclusão, sendo selecionados os artigos que estavam em texto completo, publicados no Brasil, em idioma português, ano de 2010 a 2018 e que respondessem o objetivo da revisão. Os critérios de exclusão foram: monografia, teses, dissertações, relatos de experiências e artigos repetidos nas bases de dados.

3ª Fase: coleta de dados: após leitura minuciosa da amostra final e obtenção das informações necessárias à construção da discussão, os dados de cada estudo foram organizados em um quadro sinótipo contendo as seguintes informações: base indexadora, revista, título, autores, objetivo, avaliar e descrever o processo de enfermagem, metodologia, ano.

4ª Fase: análise crítica dos artigos selecionados: Nesta fase cada estudo selecionado foi analisado por meio de leitura inicial flutuante e posteriormente aprofundada, afim de verificar-se a validade interna dos mesmos a partir da construção metodológica de cada um e eliminando os possíveis fatores de confundimento para

a interpretação dos resultados.

5ª Fase: discussão dos resultados: Nesta fase os estudos analisados foram agrupados segundo os objetivos de cada um, afim de que se pudesse responder à questão norteadora de forma correta e imparcial.

6ª Fase: A apresentação da revisão se deu por meio da construção do fluxograma de seleção dos estudos, quadro sinótico com as informações essenciais da amostra. Os resultados de cada estudo foram apresentados de forma dissertativa e qualitativa buscando as convergências e divergências de cada estudo.

Por tratar-se de um estudo de revisão, não foi necessário a submissão do trabalho a um Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, a construção da dissertação do mesmo foi feita seguindo as normas de citação para preservação dos direitos autorais das obras consultadas.

3 | RESULTADOS

Nesta pesquisa os resultados obtidos de acordo com a busca inicial foi um total de 12.123 artigos nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Bancos de dados em Enfermagem (BDENF), publicados entre 2010 a 2018. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leituras minuciosas para a seleção obteve-se uma amostra final com 07 artigos, conforme mostrado na figura 1.

Em uma análise mais geral sobre os resultados deste estudo, é possível perceber que a maioria das publicações (4) são de periódicos indexados na base de dados LILACS, fato que corrobora para uma problemática fortemente trabalha em países latino-americanos. Já com relação às revistas o perfil da amostra é 100% de periódicos do sudeste brasileiro, evidenciando de um lado a consolidação desta região neste contexto, mas, por outro lado revela a carência de outras regiões, especialmente a região norte em ancorar este tipo de publicação. Já na análise temporal, percebe-se que o tema tem sido discutido principalmente nos últimos 05 anos, conforme pode-se observar no quadro 1.

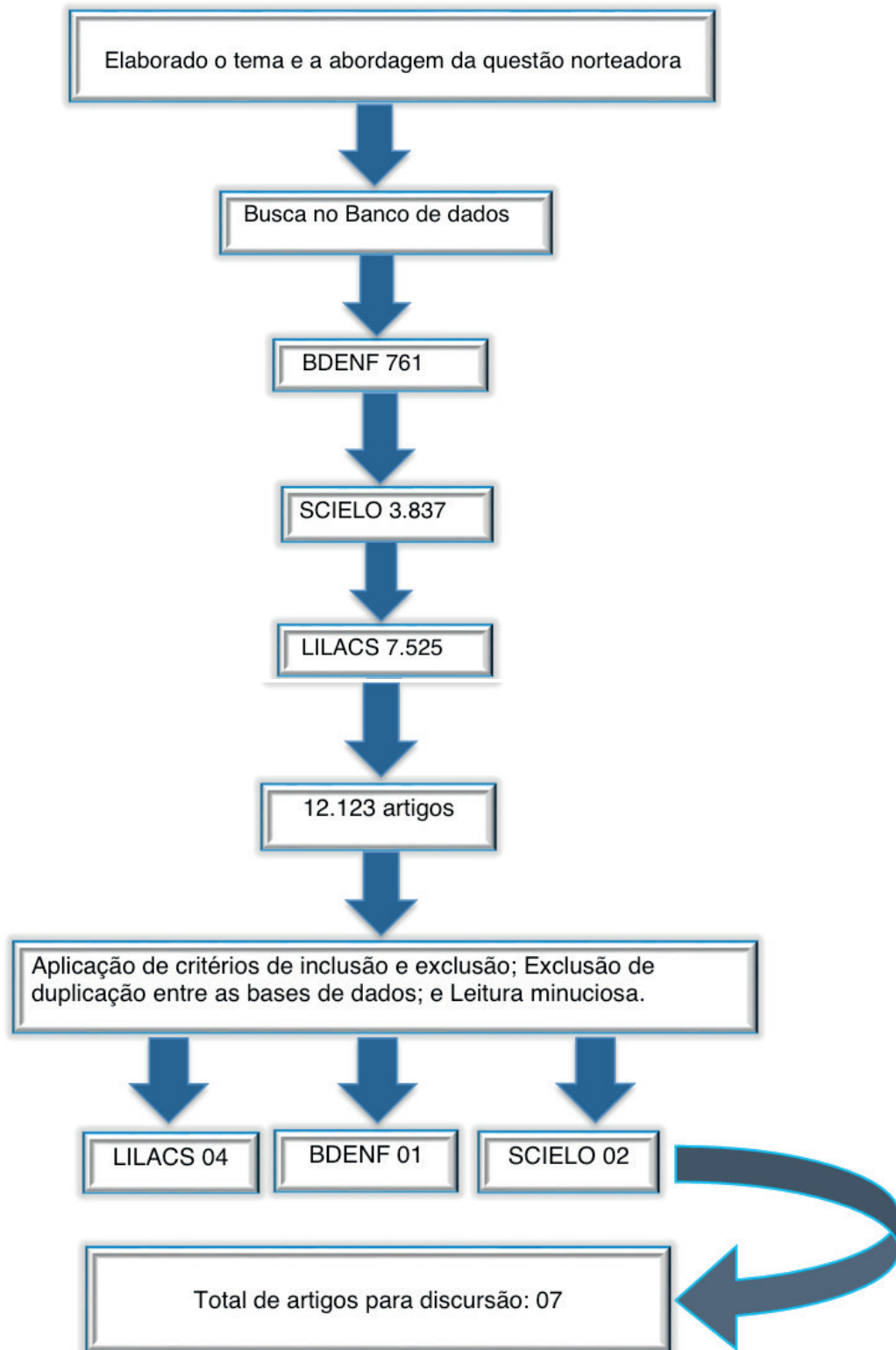


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa

Fonte: autoria própria

N	BASE	TITULO	REVISTA	AUTORES	OBJETIVO	Metodologia		ANO
						Tipo de estudo	Abordagem	
1	LILACS	Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros	Rev. Online de pesquisa Cuidado é Fundamental	Moser et al., 2018	Identificar como enfermeiros de Terapia Intensiva de um hospital do Norte do Espírito Santo percebem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como método de cuidado	Exploratório e descritivo	Qualitativa	2018
2	LILACS	Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros	Rev. Online de pesquisa Cuidado é Fundamental	Benedet et al., 2016	Identificar a percepção dos enfermeiros acerca da contribuição do Processo de Enfermagem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem realizado em Hospital de Ensino do Sul do Brasil	Descritivo e exploratório	Qualitativa	2016
3	LILACS	Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros	Rev. Cogitare Enfermagem	Silva et al., 2013	Averiguar a importância atribuída à utilização do processo de enfermagem por enfermeiros e identificar as principais dificuldades encontradas	Descritivo	Qualitativa	2013
4	LILACS	Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research	Souza; Vasconcellos; Parra, 2015	Identificar e analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da utilização do processo de enfermagem (PE) em um hospital público de grande porte no interior Sul da Amazônia Legal	Descritivo	Qualitativo	2015
5	BDEF	Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem	Esc. Anna Nery	Casafus; Dell'Acqua; Bocchi, 2013	Compreender o processo interacional planejamento-execução da SAE de um hospital universitário do interior Paulista	Exploratório	Qualitativa	2013
6	SCIELO	O conhecimento do enfermeiro sobre a SAE: da teoria à prática	Rev. Escola de Enfermagem USP	Silva et al., 2011	Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital de grande porte em Recife, Pernambuco.	Exploratória	Quantitativo	2011
7	SCIELO	Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência	Esc. Anna Nery	Soares et al., 2015	Analisar as facilidades e os desafios do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizada pela SAE.	Exploratório	Qualitativo	2015

Quadro 1: Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia, tipo de estudo, abordagem e Ano.

Fonte: autoria própria

4 | DISCUSSÃO

Em um estudo realizado em um hospital no norte do Espírito Santo por Moser et al. (2018) evidenciou-se fragilidades em relação à percepção dos enfermeiros sobre a SAE e o PE. Nesta pesquisa os resultados mostram que os enfermeiros não possuem conhecimentos de teorias de enfermagem e que pelos relatos, revelam dificuldades na compreensão sobre teorias e métodos de cuidado de enfermagem, em certo momento as falas evidenciam o desconhecimento de teorias e sobre as bases metodológicas, comprometendo a organização do serviço.

O uso do PE no cotidiano vem sendo comprometido, pois, o que se observa é uma avaliação focalizada em sinais e sintomas e não nas necessidades do paciente, com foco nos aspectos físicos e situações críticas do cliente. Dentre as dificuldades evidenciadas durante realização do PE e da SAE destacam-se: etapas incompletas, inadequação do referencial teórico, excesso de atividades do enfermeiro (BENEDET et al. 2016).

Para Moser et al. (2018) os resultados de pesquisa realizada em um hospital no Espírito Santo mostram que os enfermeiros possuem déficits graves de conhecimentos sobre as teorias de enfermagem, levando a uma incompreensão das bases conceituais, fato que inviabiliza o relacionamento destes conceitos para a aplicabilidade nos contextos assistenciais, além disso, os autores observaram que a falta de conhecimentos dos profissionais sobre a SAE e o PE faz com que haja distorções graves dos referidos conceitos, onde inclusive são percebidos como continuidade do tratamento médico dos pacientes.

Segundo Silva et al. (2013) os enfermeiros têm dificuldades em relação a implementação do PE devido ao número insuficientes de profissionais e os mesmos acumularem várias funções, deixando o PE em segundo plano. Além disso, o estudo mostra que o PE ainda não é interpretado como ferramenta indispensável para o processo de trabalho, por conseguinte gerando outras barreiras para sua execução, como: resistência, déficit de conhecimento para a realização do exame físico, falta de registros adequados, conflitos de papéis, dificuldades de aceitação de mudanças, falta de credibilidade nas prescrições de enfermagem, falta de estabelecimento de prioridades organizacionais.

Já para Souza, Vasconcellos e Parra (2015) é possível observar que no contexto das dificuldades na realização da SAE e do PE há barreiras que se relacionam primariamente na dicotomia existente entre a teoria e prática na formação dos enfermeiros sobre o assunto. Além disso, outros pontos contribuem para esse cenário, como: multitarefas, excesso de carga horária de trabalho e burocracias, desconhecimento de todo o PE pela equipe, falta de tempo, portuário não disponível, número limitado de profissionais, Estes fatores limitam a aplicação adequada do

PE resultando em uma assistência não qualificada. Além disto, o estudo mostra ainda dificuldades específicas dos enfermeiros em todas as etapas do PE, fato que contribui para a fragilidade na execução como um todo.

Um problema sério apontado na literatura que contribui para o estabelecimento de barreiras na implantação da SAE consiste na falta de investimentos em recursos humanos por instituições públicas, falta de apoio político, falta de organização do processo de trabalho (sobrecarga de trabalho, e impressos inadequados para registros), além das frustrações e decepções do enfermeiro com o processo de trabalho imposto pelas instituições de saúde (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

Segundo Medeiros, Santos e Cabral (2013) dentre os fatores que dificultam a execução da SAE observa-se a falta de conhecimento sobre sistematização: 70% não citou nenhum diagnóstico de enfermagem e não utilizava na prática profissional, e 56% não executava nenhuma das etapas. Além disso, constatou-se ainda que os principais motivos alegados a não execução da SAE, estão relacionados com as condições inadequadas de trabalho, a pouca valorização do profissional. A falta de motivação entre os profissionais foi identificada também como fator, apesar dos enfermeiros saberem da importância da SAE na consolidação de um processo de trabalho adequado.

Já no estudo de Soares et al., (2015) é ressaltado que a SAE e o PE não são implementados porque os enfermeiros não se aprofundam na base conceitual sobre estas ferramentas e métodos, além da falta de enfermeiro qualificado, falta de protocolos, falta de impressos, falta de ambientes adequados para informações acerca da troca de plantão, falta de softwares facilitadores no andamento de atividades, deficiência do registro do enfermeiro em relação a SAE, informalidades, problemas administrativos e assistenciais de diversas naturezas.

Por fim, em estudo desenvolvido por Silva et al., (2011) o mesmo destaca que as dificuldades na realização da SAE e do PE reside no fato do despreparo das equipes, da submissão do enfermeiro ao médico, falta de conhecimento da do método científico, falta de estrutura adequada em determinados ambientes da rede hospitalar, o grande fluxo de clientes dando entrada na rede e com isso não dá tempo de executar o PE. Os autores revelam ainda o despreparo da equipe de enfermagem que chega ao plantão sem conhecimento teórico e prático. Os autores ainda percebem ser necessário a mudança em relação à visão de que o enfermeiro é submisso ao médico, sendo que somente o aprofundamento no estudo do PE é capaz de quebrar este paradigma, tornando a atuação profissional de enfermagem mais autônoma.

5 | CONCLUSÃO

O conhecimento produzido nesta pesquisa nos permitiu analisar as principais dificuldades e fragilidades encontradas pelos enfermeiros acerca do Processo de enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), uma vez consideradas um desafio no contexto assistencial, principalmente no que diz respeito a sua execução e isso reflete diretamente na assistência prestada pelo enfermeiro. Foram relatadas algumas dificuldades como, por exemplo: falta de um local adequado para as trocas de plantões, faltam impressos, muitos clientes para poucos colaboradores, salários baixos, mas, dentre todos os empecilhos o que prevalece é a falta de conhecimento teórico do enfermeiro e sucessivamente dos técnicos de enfermagem sobre o método científico, separação do PE em fases distintas, fato que acarreta a não operacionalização desta importante ferramenta nos contextos assistenciais.

Percebeu-se a importância da sistematização do cuidado como importante ferramenta para a qualificação dos processos de trabalho em saúde e em enfermagem, sendo fundamental que os enfermeiros tenham a base conceitual sobre o PE de forma sólida e, para isto, precisam aprofundar seus conhecimentos sobre as teorias de enfermagem, sendo estas últimas importantes entraves mostrados nos estudos para a implementação do PE e da SAE.

Por fim, observa-se que a efetivação do PE no Brasil tem se dado de maneira muito precária, sendo urgente a necessidade de criação de um gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem que de suporte para que os enfermeiros possam vincular o PE nas suas práxis de cuidado, cabendo aos núcleos de educação permanente e de educação continuada liderarem tão movimento para mudar o paradigma atual no que concerne a esta problemática.

REFERÊNCIAS

BENEDET, Silvana Alves et al. **Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 3, p. 4780-4788, 2016.

CASAFUS, Karen Cristina Urtado; DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 17, n. 2, p.313-321, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe 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. Brasília (DF), 2009.

HUITZI-EGILEGOR, Joseba Xabier et al. **Use of the nursing process at public and private centers in a health area**. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 20, n. 5, p.903-908, 2012.

MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima. **Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados**. Rev. Enferm. UERJ, v. 21, n. 1, p. 47-53, 2013.

MOSER, Denise Consuelo et al. **Nursing care systematization: the nurses' perception**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 10, n. 4, p.998-1007, 2018.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.

SILVA, Vanessa Soares da et al. **Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros**. Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 351-357, 2013.

SOARES, Mirelle Inácio et al. **Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management**. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 19, n. 1, p.47-53, 2015.

SOUZA, Laurindo Pereira de; VASCONCELLOS, Cidia; PARRA, Andreilisa. Vendrami. **Processo de Enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia**, Brasil. Braz J Surg Clin Res, v. 10, n. 1, p. 5-20, 2015.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 3ª ed. São Paulo-SP: Guanabara Koogan, 2019. 340 p.

TAVARES, Tatiana Silva et al. **Evaluation of the implementation of the systematic organization of nursing care in a pediatric ward**. Revista Reme, v. 17, n. 2, p.278-286, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. **Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review**. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 2, n. 5, p.3-7, 2014.

CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E SEUS IMPACTOS NOS CUSTOS HOSPITALARES

Data de aceite: 20/05/2020

Edivaldo Bezerra Mendes Filho

Médico, graduado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. E-mail: edivaldobezerramendes@gmail.com

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva

Sanitarista, Especialista em Saúde Coletiva na modalidade Residência pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. E-mail: liniker_14@hotmail.com

Rosimery Rodrigues de Almeida Mendes

Graduanda, Bacharel em Farmácia pela Faculdade Estácio de Sá. Recife, Pernambuco (PE), Brasil. E-mail: rosimeryrodrigues@icloud.com

Flavio Murilo Pinto Sivini

Médico, graduado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. E-mail: drflaviosivini@gmail.com

RESUMO: Objetivo: Analisar os impactos da não adoção correta dos cuidados paliativos em unidades de terapias intensiva nos custos hospitalares. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura pelo método qualitativo, onde a busca foi realizada nos

meses de novembro e dezembro, nas bases de dados online: LILACS, Medline e SciELO, usando os descritores “cuidados paliativos” AND “unidade de terapia intensiva” AND “custos em saúde”. Foram selecionadas publicações de 2013 a 2018, no idioma português, que estivessem disponíveis em formato completo.

Resultados: Foram selecionados 4 artigos completos. Os principais fatores analisados foram o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos, o uso adequado dessa terapia e os custos hospitalares referentes a sua aplicação.

Conclusão: Foram identificados fatores como a dificuldade dos profissionais de saúde na aplicação correta dos cuidados paliativos, a falta de conhecimento sobre a prática e a carência na formação acadêmica relacionada a preparação desses profissionais diante dos pacientes que necessitam desses cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Unidade de Terapia Intensiva; Custos em Saúde.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos (CP)

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.¹

AOMS concluiu que apenas 14% dos pacientes em todo o mundo que necessitam de cuidados paliativos recebem este tipo de atenção.² No Brasil, a prática dos CP é emergente desde o final da década de 1990. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados.³

Em relação aos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destinados a CP no Brasil dispomos de poucas unidades dentro de hospitais. O pioneiro foi iniciado em 1983, pela Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1986, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, surgiu o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Em 1989 surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO) no INCa no Rio de Janeiro. Até o momento não há mais do que 340 grupos no Brasil com unidades de CP dedicados e vinculados às instituições hospitalares.⁴

Infelizmente, a formação em cuidados paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde. Além disso, a disponibilidade de drogas para dor - o tópico mais básico quando se fala em minimizar sofrimento dos pacientes - é lamentavelmente inadequada na maior parte do mundo, muitas vezes devido a preocupações relativas ao seu uso ilícito e ao tráfico de drogas.⁵

É válido destacar também que não há leis constitucionais sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Entretanto, diversos avanços nesse sentido ocorreram na última década. O Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que regulamenta e fiscaliza a prática médica, publicou diferentes resoluções diretamente relacionadas ao tema e que certamente irão promover reflexões e avanços importantes nessa área. Vale a pena destacar quatro delas: sobre a legitimidade da ortotanásia (Resolução CFM 1.805/06); sobre o novo Código de Ética Médica no qual os cuidados paliativos são diretamente mencionados (Resolução CFM 1.931/09); regra que define a Medicina Paliativa como área de atuação (Resolução CFM 1.973/12) e a Resolução CFM 1.995/12, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.²

Então diante dessas situações, reflete-se sobre como uma realidade de pouco ou nenhum conhecimento sobre os cuidados paliativos influencia nos custos hospitalares dos serviços que oferecem a assistência paliativa que apesar de todas as iniciativas governamentais, a implementação dos CP no sistema de saúde brasileiro ainda se apresenta lenta e desarticulada.⁶

Portanto, o presente estudo busca analisar os impactos da não adoção correta dos cuidados paliativos em unidades de terapias intensiva nos custos hospitalares.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa da literatura, pelo método qualitativo⁷. Para isso, o desenvolvimento desta revisão se deu por meio de seis etapas: 1) Estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; 2) Amostragem ou busca na literatura; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Interpretação dos resultados; 6) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.⁸

Com isso, foi realizado o estudo através da síntese de resultados obtidos em pesquisas que abordassem a temática em questão. Para a pesquisa, foi utilizado como pergunta norteadora ou hipótese do estudo: “Quais os impactos da má aplicação dos cuidados paliativos em UTIs nos custos hospitalares?”. Para a identificação dos estudos relacionados a esta temática, realizou-se uma busca online nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), assim como na Biblioteca Virtual: *Scientific Eletronic Libraty* (SciELO), e nas literaturas cinzas no período de novembro e dezembro de 2018. Foram usados como descritores: “cuidados paliativos” [AND] “unidade de terapia intensiva” [AND] “custos em saúde”, os referidos descritores estão incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

Utilizaram-se os seguintes filtros: idioma, incluindo-se somente publicações em português, com um recorte temporal de publicações de 2013 a 2018.

Como critério de inclusão, foram incluídos artigos disponíveis em plataforma online, que estivessem completos, publicações inéditas, originais, e que apresentassem a temática proposta no título, no resumo, ou nos descritores. Nos critérios de exclusão, estão relatos de caso, editoriais, os estudos duplicados e aqueles que não responderam à questão norteadora.

Após a busca, foram selecionados através da combinação dos descritores 37 artigos nas bases de dados LILACS e MEDLINE, e na biblioteca virtual SciELO. Após a aplicação dos filtros e análise minuciosa dos artigos seguindo as 6 etapas, e de acordo com os critérios de elegibilidade, foram excluídos 34 artigos, por estarem fora da temática proposta, restando assim, 4 artigos para a construção deste estudo de revisão (Figura 1).

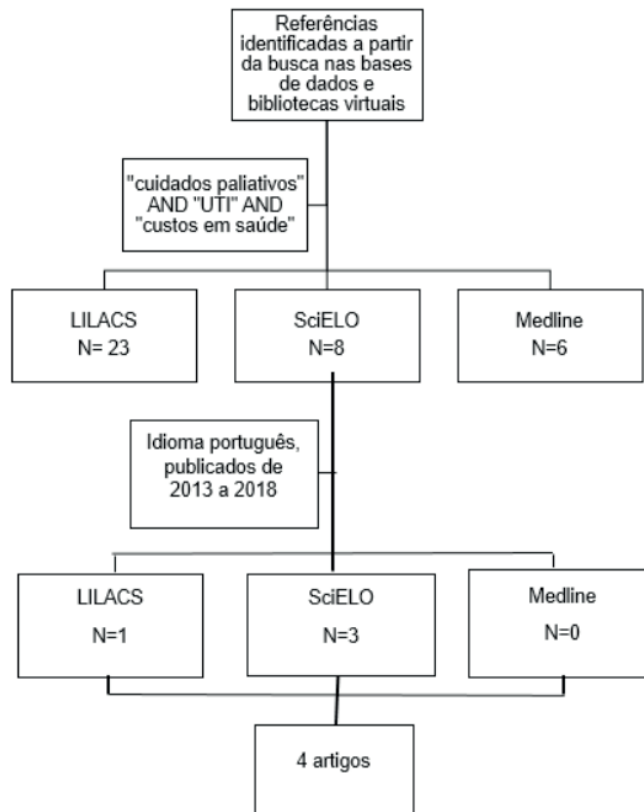


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos. Recife (PE), Brasil, 2018.

Os artigos selecionados foram classificados de acordo com os níveis de evidências, com o objetivo de auxiliar na análise dos resultados. Como recomendado, a caracterização foi realizada de forma hierárquica, segundo o delineamento da pesquisa: nível I - metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível II - pesquisas individuais e experimentais; nível III - estudos quase- experimentais; nível IV - estudos descritivos.⁸

Construiu-se para análise dos dados, no programa Microsoft Office Excel 2010 for Windows, uma figura com as seguintes variáveis: o periódico, o nível de evidência, o autor, o ano, o idioma e os objetivos (Figura 2).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram selecionados quatro artigos que atenderam aos critérios pré-estabelecidos. Extraíram-se dos artigos, desse modo, dados quanto ao periódico da publicação, ao nível de evidência do estudo, ao autor principal, ao objetivo e à principal evidência.

Artigo	Periódico/NE	Autores/Ano/Idioma	Objetivo do Estudo
A1	Ciência & Saúde Coletiva / IV	Hermes, HR; et al. / 2013 / Português	Analisar como o cuidado paliativo tem sido tratado nas categorias de trabalho de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem.

A2	Revista Brasileira de Terapia Intensiva / IV	Coelho, CBT; et al. / 2016 / Português	Teve como objetivo demonstrar a importância do conhecimento sobre cuidados paliativos para os profissionais de saúde encarregados do cuidado de pacientes em UTI's.
A3	Ciência & Saúde Coletiva / IV	Fernandes, MA; et al. / 2013 / Português	Teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro diante do paciente com câncer sob cuidados paliativos.
A4	Revista Einstein / VI	Sardenberg, C. / 2011/ Português	Trata-se de uma discussão sobre os custos x benefícios dos cuidados paliativos, destacando que os benefícios se sobressaem.

Figura 2. Distribuição dos artigos segundo o periódico, o nível de evidência, o autor, o ano, o idioma e os objetivos. Recife (PE), Brasil, 2018.

O primeiro estudo selecionado foi realizado por Hermes et al.⁹ e teve como objetivo analisar como o cuidado paliativo vem sendo tratado nas categorias de trabalho multiprofissional, com profissionais de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem e foi realizado através de uma revisão bibliográfica. O segundo estudo selecionado é um estudo exploratório com abordagem qualitativa de Fernandes et al.¹⁰, teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro diante do paciente com câncer sob cuidados paliativos. O estudo foi realizado com enfermeiros assistenciais de um hospital que atende pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos, situado no município de João Pessoa (PB). O terceiro artigo, de Coelho et al.¹¹ traz a importância do conhecimento acerca dos cuidados paliativos entre os profissionais de saúde e tem como objetivo apresentar os cuidados paliativos como uma opção razoável para dar suporte à equipe da unidade de terapia intensiva na assistência a pacientes com doença terminal. Já o quarto artigo, de Sardenberg C¹² trata-se de uma discussão sobre os custos x benefícios dos cuidados paliativos, destacando que os benefícios se sobressaem. Foi realizado através da análise de estudos publicados, referente aos gastos hospitalares e suas reais necessidades.

Os artigos utilizados estão disponíveis em plataforma digital, em formato original. As pesquisas foram realizadas com profissionais da área de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva. Dois dos artigos selecionados foram publicados no ano de 2013 e um em 2016. Os principais achados em comum dos três artigos, foi a carência de conhecimento relacionado aos cuidados paliativos nos profissionais de saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva. E também a insatisfação com a formação acadêmica sobre a atuação diante dessas necessidades encontradas.

No primeiro artigo, Hermes et al.⁹, propõe a reformulação do currículo acadêmico com o intuito de inserir propostas de ações mais eficazes quando se trata da assistência a pacientes terminais, onde as intervenções medicamentosas já não surtem o efeito esperado e se faz necessário introduzir as condutas paliativas.

O artigo traz também como o tabu em relação a morte influencia nessa assistência no processo de tomadas de decisões, tornando ainda mais visível a necessidade de discutir o processo do morrer na academia, afim de desconstruir esses tabus.

Além disso, O segundo artigo, Coelho et al.¹¹ destaca em seu artigo sobre os novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva, e a necessidade de que os profissionais de saúde possuam conhecimento acerca desse cuidado, para que eles estejam preparados para discutir com seus pacientes e familiares a melhor alternativa terapêutica para o paciente, proporcionando qualidade de vida e bem-estar.

Em contrapartida, apesar dos achados nos dois primeiros artigos acerca do conhecimento da equipe acerca da implementação dos cuidados paliativos, Fernandes et al.¹⁰ mostra que os profissionais de enfermagem, possuem um domínio significativo sobre essa temática, reconhecendo a importância da promoção de qualidade de vida por meio de alternativas que proporcionem o alívio da dor e sofrimento.

No quarto artigo, Sardenberg¹¹ aborda estudos recentes que mostram que os cuidados paliativos melhoram a satisfação do paciente e de sua família com a assistência, trazendo benefícios para os hospitais, tanto na reputação, quanto nos gastos referentes a assistência e manutenção de pacientes em situação terminal.

Diante disso, as condições que levam a equipe multiprofissional a tomadas de decisões em pacientes graves ou incuráveis, deve ser reavaliada, tendo em vista que a grande maioria dos profissionais tendem a recorrer a procedimentos os quais muitas vezes são desnecessários, pelo fato de não saber como lidar com a morte e não estarem preparados para prestar assistência a pacientes nessas condições, assim como mostrado por Hermes et al⁹⁻¹².

Essa falta de preparação acaba acarretando em gastos hospitalares fúteis, além de um desgaste emocional familiar desnecessário. Sardenberg¹² em sua construção, mostra que embora esse conhecimento esteja fartamente documentado, os cuidados paliativos são tradicionalmente oferecidos tardiamente, quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo focado na doença, e não de maneira simultânea, como um tratamento adjuvante cujo foco passa a ser também o controle dos sintomas e da resposta ao tratamento, o suporte psicológico e a assistência ao paciente e à sua família nas tomadas de decisão.

Pois então, torna-se visível a necessidade de abordar durante a graduação dos profissionais de saúde, temáticas referente ao processo de morte e a importância dos cuidados paliativos, tendo em vista que a morte ainda é considerada um tabu que deve ser remediado a todo custo pela maioria dos profissionais¹³.

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, foi possível perceber a necessidade de desenvolver políticas educativas relacionadas a implementação dos cuidados paliativos nas unidades de terapias intensivas afim de proporcionar uma assistência qualificada.

É necessário formar profissionais aptos a agir diante das necessidades encontradas em pacientes incuráveis ou terminais, possibilitando uma melhor assistência, e que utilize recursos hospitalares que sejam realmente necessários, pois essa dificuldade na implementação dos cuidados paliativos como método auxiliar ou curativo, os danos hospitalares referente a isto são significantes, principalmente quando relacionados aos custos, desencadeando gastos desnecessários, que poderiam ser poupados se houvesse uma correta implementação dessa prática.

No entanto o presente estudo, evidencia a necessidade de mais estudos relacionados a esses fatores, pois é escassa na literatura estudos que abordem essa temática, dificultando assim o acesso a informação e a criação de estratégias que possibilitem essa melhoria.

REFERÊNCIAS

1. Kohler LB, Cerchiaro ACB, Levites MR. Cuidados paliativos ambulatoriais e qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 23];21(3):101-5. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1361/rdt_v21n3_101-105.pdf
2. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 25];373(8):747–755. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671283/> DOI: 10.1056/NEJMra1404684
3. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud. Av* [internet]. 2016 June [cited 2018 Nov 25];30(88):155-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf> DOI: 10.1590/S0103-40142016.30880011
4. Figueiredo MTA. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. *Prat. Hosp* [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 27];8(47):36-40. Available from: <http://www.praticahospitalar.com.br/>
5. Baxter S, Beckwith SK, Clark D, Cleary J, Falzon D, Glaziou P, et.al. WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the end of Life*. WHO England [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 27]. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
6. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. *Palliative Care: Research and Treatment* [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 29];2(19):24. Available from: <http://insights.sagepub.com/palliative-care-in-brazil-a-challenge-to-the-health-care-system-p-article-a1085>
7. Turato EG. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Nov 29];39(3):507-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *einstein* [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 01];8(1Pt1):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>

9. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2013 June [cited 2018 Nov 30];18(9):2577-2588. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>
10. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2013 June [cited 2018 Dec 2];18(9):2589-2596. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a13.pdf>
11. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 2];29(2):222-230. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0222.pdf>
12. Sardenberg C. Custos x benefícios cuidados paliativos. *einstein: Educ Contin Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2018 Dez 02];9(1Pt2):39-40. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1048-EC%20v6n3%20p132-4.pdf>
13. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dez 02];18(9):2757-2768. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>

DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 06/04/2020

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo-IESM, Timon-
MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Catiane Raquel Sousa Fernandes

Universidade Estadual do Maranhão -UEMA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3657352870485641>

Dianny Alves dos Santos e Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(UFRN)

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6746904743546351>

Michelle Kerin Lopes

Faculdade Estácio de Sa, Belo Horizonte, MG

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2325617617172329>

Erick Soares Rocha de Oliveira

Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6586650116525682>

Eurides Priscilla Lima Fraga

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1906901454370720>

Ricardo Clayton Silva Jansen

Universidade Federal do Maranhão-UFMA, São
Luís-MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9233151414276990>

Josué Alves da Silva

Instituto de Ensino Superior Múltiplo-IESM, Timon-
MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3724081193408389>

Joana Célia Ferreira Moura

Faculdade UniNassau, Teresina-PI

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0983636148228811>

Lívia Augusta César da Silva Pereira

Universidade estadual do Maranhão UEMA,
Caxias-MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9300965261610958>

Rebeca Silva de Castro

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,
Caxias- MA

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3913481748168416>

Maria Valquíria de Aguiar Campos Sena

Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza,
Fortaleza-CE

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8227069284283036>

RESUMO: Objetivo: Verificar, a partir de artigos originais publicados, se a sistematização da assistência está sendo aplicada na prática, como sugere a teoria e quais as dificuldades da equipe de enfermagem em aplicá-la. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A coleta dos dados foi realizada durante o mês de maio de 2017. A busca da literatura foi nas bases de dados LILACS, SciELO, com recorte temporal de 2005 a 2013 e amostra final de 18 artigos. Os artigos foram validados através do AMSTAR e descritos por meio do diagrama PRISMA. **Resultados:** Um estudo mostrou que 100% dos enfermeiros mostraram algum conhecimento sobre a SAE, porém, somente 50% afirmaram sistematizar a assistência de enfermagem. Ao inspecionar os prontuários os pesquisadores puderam observar que os sujeitos da pesquisa não realizavam o histórico nem as prescrições de enfermagem, somente evoluções, para registrarem a assistência prestada. Comprovou que 76,92% dos prontuários possuíam evoluções de admissão incompletas e 100% dos prontuários não informavam as condições dos pacientes na evolução de alta hospitalar. **Considerações finais:** A partir dos achados, percebeu-se que a insuficiência de profissionais de enfermagem, acarretam na sobrecarga de trabalho e dificultam a prestação de um cuidado holístico e integral. O tempo torna-se insuficiente para tantas atribuições que a equipe de enfermagem precisa desempenhar e, de todas as burocracias exigidas pela profissão, a sistematização de assistência não é executada como deveria.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de enfermagem; Enfermagem; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT: Objective: To verify, from original published articles, if the systematization of assistance is being applied in practice, as suggested by the theory and what are the difficulties of the nursing team in applying it. **Materials and Methods:** This is an integrative literature review. Data collection was carried out during the month of May 2017. The literature search was performed in the LILACS, SciELO databases, with a time frame from 2005 to 2013 and a final sample of 18 articles. The articles were validated through AMSTAR and described using the PRISMA diagram. **Results:** A study showed that 100% of nurses showed some knowledge about SAE, however, only 50% said they systematized nursing care. Upon inspecting the medical records, the researchers were able to observe that the research subjects did not carry out the history or the nursing prescriptions, only evolutions, to record the assistance provided. It proved that 76.92% of the medical records had incomplete evolution of admission and 100% of the medical records did not inform the conditions of the patients in the evolution of hospital discharge. **Final considerations:** From the findings, it was realized that the insufficiency of nursing professionals, result in work overload and hinder the provision of holistic and comprehensive care. The time becomes insufficient for so many tasks that the nursing team needs to perform and,

of all the bureaucracies required by the profession, the systematization of assistance is not performed as it should.

KEYWORDS: Nursing Process; Nursing; Hospital Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está sendo utilizada pelas instituições de saúde como uma ferramenta assistencial por meio do processo de enfermagem (PE), implantado no Brasil na década de 70, incorporado por Wanda Horta, porém, legalizado somente em 2002 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 272 (CAVALCANTE et al., 2011).

As teorias de enfermagem subsidiaram a SAE de modo que sua aplicabilidade possibilita a equipe discernir, descrever e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde, além de conduzir a melhor intervenção. Através da SAE é possível acompanhar o crescimento do tecnicismo no processo de desenvolvimento da profissão, sustentando o conhecimento teórico e coibindo a prática mecanicista, transformando o que um dia foi arte, em ciência, propiciando a julgamentos de diagnósticos de enfermagem de base mais seguras (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

O processo de enfermagem é uma forma organizada de cuidar, seguindo etapas como, coleta de dados, planejamento de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados devendo ser pensadas e estabelecidas antecipadamente requerendo do profissional raciocínio objetivo. Permite ainda, a individualização do atendimento e identificação de situações específicas do cuidado (NEVES, 2006).

Contudo, na maioria dos estados em que se estudou a adesão da SAE, pode-se perceber muitas dificuldades para sua implementação. A falta de interesse do profissional, falta de conhecimento, mal dimensionamento de pessoal, além de aversão às mudanças, são algumas delas (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

O objetivo deste estudo foi analisar, a partir de artigos originais publicados, quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. A justificativa se dá pela dificuldade de implantação da SAE pelo longo tempo de sua existência bibliográfica.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo em questão trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja seleção dos artigos foi realizada por meio da BVS- Biblioteca Virtual da Saúde, que agrega bases de dados importantes como, LILACS - *Literatura Latino-Americana em*

Ciências da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online, que serviram de base para essa pesquisa.

Após a definição do problema, surgiu a pergunta norteadora: quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem? A coleta de dados deu-se durante o mês de maio de 2017, com recorte temporal de 2005 a 2013.

Para a busca utilizou-se os descritores, “processo de enfermagem”, “enfermagem” e “assistência hospitalar” utilizando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, pertinentes à pergunta norteadora e os disponíveis com livre acesso. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, os que não estavam disponíveis na íntegra e os que não se adequavam à proposta do estudo.

Os artigos foram avaliados de forma rigorosa e validados por meio do checklist on line Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR)*. Após a triagem, a amostra final foram 18 artigos. Os selecionados foram descritos por meio do diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses) da Cochrane Collaboration (MCINNES et al., 2018), destacando-se os indicadores: título do artigo, autores, amostra, ano de publicação, revista e desenho do estudo. Os dados foram analisados de forma descritiva e agrupados em categorias por similitude de conteúdo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados LILACS foram encontrados 54 artigos, que após, uma refinação através da leitura de títulos e resumos restaram 14. Já no SciELO, foram encontrados 17 e após a seleção restaram apenas 4.

Com relação à amostra, 55,56% dos artigos se tratavam de pesquisa direta com enfermeiros, 33,33% foram com a equipe de enfermagem e 11,11% foram através de dados observados nos prontuários. Se tratando do ano de publicação, 11,11% dos artigos da amostra foram publicados em 2005, em 2006, 2008 e 2009 tiveram um total de 5,56% cada, 2010 um total de 22,22% apresentando o maior número de artigos publicados, seguido de 2011, 2012 e 2013 com 16,67% cada ano.

No que se refere aos periódicos dos artigos selecionados, 27,78% foram publicados na Revista Escola de Enfermagem da USP; na Revista Escola Anna Nery e na Revista Mineira de Enfermagem, ambas com 16,67%; na Revista Brasileira de Enfermagem com 11,11%; na Acta Scientiarum Health Sciences, Revista de Enfermagem UERJ, Revista Eletrônica de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem e Revista de Pesquisa e Cuidado com 5,56% cada.

Quanto ao desenho do estudo, 66,67% se tratavam de pesquisa qualitativa,

11,11% de pesquisa quantitativa, 5,56% de pesquisa do tipo prospectivo, 5,56% estudos do tipo retrospectivo, 5,56% do tipo documental e 5,56% do tipo pesquisa ação. Os estudos da amostra foram separados em categorias analíticas para melhor compreensão.

TÍTULO	AUTORES	AMOSTRA	REVISTA	DESENHO DO ESTUDO	ANO
Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico	BACKES, D. S.; et al.	35 enfermeiros	Acta Scientiarum Health Sciences	Qualitativo	2005
Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário	REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F.	135 prontuários de pacientes	Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo, de caráter retrospectivo	2005
O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no hospital universitário da universidade de São Paulo	LIMA, A. F. C.; KURCGAN, P.T.	142 enfermeiros	Revista Escola de Enfermagem da USP	Descritivo	2006
Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem	REZENDE, P. O.; GAIZINSKI, R. R.	42 enfermeiras	Revista Escola de Enfermagem da USP	Exploratório, descritivo e prospectivo	2008
Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta	AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G.	10 membros da equipe de enfermagem	Revista Escola de Enfermagem da USP	Pesquisa ação	2009
Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem	PIMPÃO, F. D.; et al.	5 enfermeiras, 4 técnicas e 3 auxiliares de enfermagem	Revista de enfermagem. UERJ	Descritivo e exploratório	2010
Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da assistência de enfermagem	CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A.	7 técnicos de enfermagem	Revista Escola de Enfermagem da USP	Qualitativo do tipo exploratório e descritivo	2010

Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade	SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.	8 enfermeiras	Revista Eletrônica De Enfermagem	Descritivo com abordagem qualitativa	2 0 1 0
Marcas da implementação da sistematização da assistência de enfermagem na enfermaria cirúrgica do hospital do câncer	SOUTO, M. D.	6 enfermeiras	Escola Anna Nery	Qualitativa, descritiva, e exploratória	2 0 1 0
Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.	17 enfermeiros	Acta Paulista de Enfermagem	Descritivo com abordagem qualitativa	2 0 1 1
O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática	SILVA, E. G. C.; et al	107 enfermeiros	Revista Escola de Enfermagem da USP	Descritivo, exploratório e quantitativo	2 0 1 1
Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso	TORRES, E.; et al.	6 enfermeiros	Escola Anna Nery	Qualitativo, do tipo estudo de caso único	2 0 1 1
Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário	OLIVEIRA, C. M.; et al.	10 membros da equipe de enfermagem	Revista Mineira de Enfermagem	Descritivo e exploratório	2 0 1 2
Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação	MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O.	8 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares e 5 enfermeiros	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo de campo, descritivo, de abordagem qualitativa	2 0 1 2
Análise das necessidades de assistência de enfermagem de pacientes internados em um centro de terapia intensiva para adultos	ROCHA, A. M.; et al.	135 prontuários	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo documental	2 0 1 2
Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica	TAVARES, et al.	10 enfermeiros e 43 técnicos de enfermagem	Revista Mineira Enfermagem	Descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa	2 0 1 3

Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva	CARVALHO, A. C. T. R.; et al.	10 enfermeiros assistencialistas atuantes nos setores de terapia intensiva adulto	Revista de pesquisa e cuidado	Descritivo e exploratório com abordagem qualitativa	2 0 1 3
Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem	CASAFUS, K. C. U.; ELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M.	24 participantes, técnicos de enfermagem, e auxiliares de enfermagem	Escola Anna Nery	Qualitativo	2 0 1 3

TABELA 1 – Distribuição das publicações selecionadas com título, autores e amostra, revista, desenho do estudo e ano.

3.1 Dificuldades apontadas pelos enfermeiros, para a implementação da SAE, relacionadas aos recursos humanos

Casafus, Dell'acqua e Bocchi (2013), ao avaliar a experiência com a SAE entre 24 profissionais da equipe de enfermagem, constatou-se que os enfermeiros possuem desejo em realizá-la, reconhecendo-a como um instrumento para conquistar a legitimidade da assistência, porém, relatam decepção pela falta de apoio da instituição.

O apoio dos gestores e institucionais pode interferir nos resultados do processo da sistematização, uma vez que a equipe necessita de pessoal suficiente para a realização do cuidado de enfermagem, além de infraestrutura adequada e educação permanente para colocar em prática esse cuidado (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Um estudo realizado no setor pediátrico, mostrou que as etapas do processo de enfermagem nem sempre são cumpridas. Há um preenchimento inadequado das fichas do histórico de enfermagem e dados do prontuário do paciente, além da falta de informações referentes ao exame físico. Metade dos profissionais que participaram da pesquisa, afirmaram que a SAE burocratiza a assistência de enfermagem. Para os técnicos de enfermagem da unidade, a SAE significa fragmentação da assistência através do caráter prescritivo pelo enfermeiro e de execução por estes, sem que os técnicos participem do planejamento da assistência (TAVARES et al., 2013).

Outro fator desfavorável para a aplicação da SAE é a sobrecarga de trabalho e o déficit de profissionais nas instituições pesquisadas (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

Para Luiz et al., (2010) a maioria dos integrantes da equipe de enfermagem reconhece o valor do seu papel no PE, entretanto, relatam as dificuldades na implantação da SAE e afirmam que a aplicabilidade da sistematização da assistência depende do interesse de cada componente da equipe.

Souto (2010), em sua tese de doutorado, evidenciou o quão difícil era para os enfermeiros enfrentarem as dificuldades no exercício da profissão, em especial, a execução da SAE, principalmente, no momento da internação hospitalar, no período noturno, final semana e quando havia somente um enfermeiro no plantão.

Outro autor relacionou o número reduzido de enfermeiros com as dificuldades que se tem em implementar a sistematização da assistência. Em sua pesquisa, com 35 enfermeiros, evidenciou que 80% dos participantes assumem a SAE como um processo de qualificação profissional, valorização e reconhecimento. Porém, 88% apontaram a sobrecarga de trabalho, desvio da função, além do número insuficiente de profissionais como a causa da impossibilidade para sua implantação (BACKES et al., 2005).

As alterações no horário de trabalho do diurno para o noturno, plantão de 12 horas contínuas, contribuem para a distúrbios importantes de sono, prejudicando o atendimento e a rotina do trabalho hospitalar. Atrelado a isso, o mau dimensionamento de pessoal, exigem grandes esforços para o profissional e causam estresses físicos e mentais, diminuindo o rendimento da equipe e, conseqüentemente, dificuldade na aplicação da SAE (GONÇALVES; FISCHER, 2004).

Outro estudo, evidenciou que somente 50% dos enfermeiros aplicavam a sistematização da assistência. Ao inspecionar os prontuários, os pesquisadores puderam observar que os sujeitos da pesquisa realizavam a evolução da assistência prestada, contudo, não preenchiam o histórico, nem as prescrições de enfermagem. Percebeu-se ainda, que 76,92% dos prontuários possuíam evoluções de admissão incompletas e 100% dos prontuários não informavam as condições dos pacientes na evolução de alta hospitalar (TORRES et al., 2011).

Para Pimpão et al., (2010), há uma insuficiência nos registros feitos pela enfermagem, embora seja esta categoria a que mais permanece e programa ações de cuidados junto ao paciente. Para o autor, é impossível mensurar o esforço da equipe, quando esta não registra as informações devidas sobre o cuidado prestado, uma vez que, estas informações são a principal ferramenta de comunicação entre os profissionais envolvidos no processo saúde-doença do cliente.

Sabe-se que a escassez dos registros no prontuário do paciente pode interferir de forma direta ou indireta na recuperação deste, tendo em vista que, é através dos registros que há a comunicação para a continuidade do cuidado (BARRAL et al., 2012).

É necessário ainda, disponibilizar de tempo e dedicação para que ao admitir o paciente, este seja visto de forma holística juntamente com seu familiar e que se faça cumprir o PE em todas as suas etapas (SILVA; MOREIRA, 2010).

Já em outro estudo exploratório descritivo prospectivo, onde foi cronometrado o tempo gasto pelos enfermeiros na aplicação da SAE, pode-se perceber que o

tempo medido sempre foi inferior ao estimado, levando a perceber que quando há organização da equipe de enfermagem, o tempo pode ser ajustado de forma possibilitar a implementação da SAE (REZENDE; GAIZINSKI, 2008).

Os dois autores citados, observaram experiências distintas que podem ocorrer pela superlotação de pacientes no setor ou pela falta de administração do tempo por parte da equipe.

Para facilitar a sistematização da assistência, as instituições estão em processo de implementação de ferramentas informatizadas, que vêm fortalecendo uma linguagem padronizada, capaz de favorecer a comunicação entre a equipe e diminuir as falhas nos registros, organizando os documentos das fases do PE e contribuindo para a otimização das horas, uma vez que os profissionais gastam cerca de um terço do tempo somente para localizar, agregar ou processar as informações dos pacientes (PALOMARES; MARQUES, 2008).

Outro estudo apontou a dificuldade de sistematizar a assistência por causa do aumento constante do fluxo e da gravidade do problema do paciente. O autor ressaltou que a média para elaboração do histórico de enfermagem seria de 34,9 minutos, o que não seria constante para todos os pacientes (REPETTO; SOUZA, 2005).

Em outro estudo, 46% dos enfermeiros entrevistados, afirmaram que o tempo gasto para realizar a SAE é de 2 horas, em contrapartida, outros 15% dos profissionais, afirmaram gastar menos de 30 minutos para a tarefa. Dentre os fatores que dificultam a SAE, foi citado o tempo disponível por 79% dos entrevistados, a falta de pessoal por 63% deles, a complexidade do quadro do paciente foi citada por 67% e as atividades burocráticas por 62% dos pesquisados (SOUSA; MARQUES, 2011).

3.2 Dificuldades encontradas pelos enfermeiros, segundo a capacitação profissional

Em um estudo realizado com 15 integrantes da equipe de enfermagem, evidenciou, através de entrevistas, que os participantes tiveram dificuldades até mesmo de elaborar um conceito para a SAE. Os mesmos afirmaram que a etapa do diagnóstico de enfermagem foi a que encontraram mais dificuldades, inclusive para estabelecer as características definidoras e fatores relacionados (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Para sistematizar a assistência é necessário seguir todas as etapas do processo. Muitos profissionais, como já foram citados na categoria analítica anterior, não realizam o histórico de enfermagem completo, percebendo-se falhas na entrevista clínica, exames físicos, aspectos culturais e religiosos, dificultando, conseqüentemente, intervenções futuras a partir dos diagnósticos de enfermagem. Isso se deve ao fato de que muitos profissionais não sabem realizar o exame físico e

não têm conhecimento da importância de olhar o indivíduo de forma holística (PAIVA; MARSIANO; SUASSUNA, 2007).

Em outra pesquisa, pôde-se constatar que, segundo a percepção da competência, os auxiliares e técnicos se vêem como meros executores desprovidos de capacidade reflexiva e poder na decisão na assistência. Os enfermeiros, por sua vez, deram enfoque às competências de cunho administrativo, ressaltando a importância da capacitação dos membros da equipe, e a necessidade de um cuidar integral, porém reconheceram que há um grande despreparo em desenvolver suas atribuições, satisfatoriamente, citando a necessidade de treinamentos e palestras educativas (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

A mesma evidência foi encontrada em outro estudo, onde muitos enfermeiros ainda não têm domínio sobre a SAE, enfatizando a atualização dos conhecimentos de suma importância para o crescimento intelectual e para uma assistência qualificada (CARVALHO et al., 2013).

Para Remizoski, Rocha e Vall (2010), São Paulo é o estado brasileiro com maior índice de dificuldades para implantação da sistematização da assistência, por motivos como, despreparo na graduação, dificuldades de aceitação da equipe, falta de recursos, carência de efetivos, excesso de atribuições para o enfermeiro, entre outros.

A falta de conhecimento sobre a SAE é uma das principais dificuldades da equipe de enfermagem, além da falta de tempo, recursos humanos inadequados e a dificuldade para estabelecer as prioridades no cuidado. Os pesquisados afirmaram que a instituição estudada se encontra em fase de planejamento estratégico de implementação da SAE e que o aprendizado em equipe é um excelente alicerce para a implementação da mesma (SILVA; MOREIRA, 2011).

Desde o início da implementação da assistência de enfermagem, essas são as principais dificuldades enfrentadas: a falta de conhecimento sobre o assunto, a falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e o mal dimensionamento dos profissionais de enfermagem, nos hospitais (FREIRE; CARVALHO; RESCK, 2012).

Outro fator que dificultou a implantação da SAE, segundo alguns enfermeiros, foi a falta de uma disciplina para ensino da mesma durante a graduação, já que há lacunas sobre o entendimento da SAE em seu processo de formação, o que dificulta tanto seu entendimento como a valorização da mesma (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

É necessário que a instituição de ensino esteja comprometida com a qualificação acadêmica dos formandos, buscando proporcionar uma formação crítica e reflexiva, capaz de contribuir para a autonomia do profissional de enfermagem (MATOS et al., 2010).

A maioria dos enfermeiros que se formaram há muitos anos, são despreparados para realizar a sistematização por não ter sido capacitados durante a graduação

(OLIVEIRA et al., 2012). Em seu trabalho, Lima e Kurcgan (2006), realizaram oficinas e capacitações com foco na informatização da documentação da SAE, onde alguns enfermeiros mostraram interesse e outros se opuseram a nova proposta, alegando pouco domínio e sobrecarga de trabalho.

A capacitação do pessoal de enfermagem é algo primordial. Vemos que a educação permanente nos hospitais tem sido uma aliada no conhecimento individual e, conseqüentemente, coletivo, entretanto, para que esses projetos educacionais ocorram deve haver interesse por parte de toda equipe (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Para Rocha et al., (2012), a elaboração do projeto pedagógico da graduação em enfermagem, deve considerar os procedimentos que a equipe realiza em todos os níveis da atenção à saúde e setores hospitalares, para que este esteja apto a atuar em qualquer setor do hospital, após a formação.

O enfermeiro desempenha atividades de suma importância durante sua prática profissional, o que implica responsabilidades com a educação destes, por parte da instituição de ensino. Cabe às instituições, compromisso em desenvolver a SAE, e interrogar os acadêmicos sobre suas dificuldades referentes ao aprendizado, com a finalidade de melhorar a eficiência e a dinâmica de ensino, propondo melhorias que contribuam para a aprendizagem (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015).

A dificuldade de trabalhar a SAE é resultado da divergência entre o pensar e o fazer, onde a preocupação do enfermeiro é maior em relação à demanda de serviços do que à qualidade do atendimento assistencial (SILVA et al., 2011).

O processo educativo na enfermagem, contribui para a formação de profissionais com uma visão mais crítica e reflexiva de suas ações, para que se tenha uma articulação entre a teoria e a prática, com a finalidade de assegurar a qualidade do atendimento dos pacientes (HERMINIA; ARAÚJO, 2006).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados, percebeu-se que a insuficiência de profissionais de enfermagem, acarretam na sobrecarga de trabalho e dificultam a prestação de um cuidado holístico e integral. O tempo torna-se insuficiente para tantas atribuições que a equipe de enfermagem precisa desempenhar e, de todas as burocracias exigidas pela profissão, a sistematização de assistência não é executada como deveria.

Sabe-se que não basta apenas considerar que a SAE é de grande importância para o trabalho da enfermagem, é preciso contudo, colocá-la em prática nas unidades de saúde, investindo em recursos humanos e reavaliando as atividades da categoria de enfermagem, determinando o que é trabalho administrativo e o que faz parte do processo assistencial.

Para isso, o conhecimento é primordial, não só para o enfermeiro que executa

a SAE, como também, para o profissional técnico em enfermagem, que faz parte do processo de planejamento da assistência.

REFERÊNCIAS

- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta**. Revista Escola de Enfermagem USP. V. 43, n.1, p.54-64. 2009.
- BACKES, D. S.; et a. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v.27, n. 1, p.25-29. 2005.
- BARRAL, L. N. M.; et al. **Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino**. REME - Revista Mineira de Enfermagem. V.16, n.2, p. 188-193, abr./jun. 2012.
- CARVALHO, A.C.T.R.; et al. **Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Revista de pesquisa o cuidado é fundamental. V. 5, n. 2, p.37-43, abr./jun. 2013.
- CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem**. Escola Anna Nery. V.17, n.2, p.313-321, abr./ jun. 2013.
- CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. **A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis. V.18, n.2, p. abr./Jun. 2009.
- CRUZ, A. M.P.; ALMEIDA, M. A. **Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Escola de Enfermagem USP. V.44, n.4, p.921-927. 2010.
- CAVALCANTE, R. B.; et al. **Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico**. Revista de Enfermagem UFSM. V.1, n.3, p. 461-471. Set./dez. 2011.
- FREIRE, E. M. R.; CARVALHO, C. C.; RESCK, Z. M. R. **Sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho hospitalar: uma revisão integrativa**. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde. V.4, n.2 p. 308-326. 2012.
- GONÇALVES, M. B. L.; FISCHER, F. M. **Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. vol. 7, p. 51-65. 2004.
- HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação**. Revista Brasileira de Enfermagem. V.59, n.5, p.675-679, set./out. 2006.
- LIMA, A. F. C.; KURCGAN, P.T. **O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. Revista Escola de Enfermagem USP. V.40, n.1, p.111-116. 2006.
- LUIZ, F. F.; et al. **A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino**. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.12, n.4, p.655-659, out./dez. 2010.

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.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. V.65, n. 2, p.297-303. Mar./abr. 2012.

MATOS, J. C.; et al. **Ensino de teorias de enfermagem em cursos de graduação em enfermagem do estado do Paraná – Brasil.** Acta Paulista Enfermagem. V.24, n.1, p.23-28. 2011.

MCINNES, M. D. F. et al. **Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy Studies The PRISMA-DTA Statement.** JAMA. v. 319, n.4, p. 388–396. 2018.

NEVES, R. S. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta.** Revista Brasileira de Enfermagem. v.59, n.4, p. 556-559, jul./ago. 2006.

OLIVEIRA, C. M.; et al. **Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário.** REME - Revista Mineira de Enfermagem. V.16, n.2, p.258-63, abr./jun. 2012.

PAIVA, B. S. R.; MARSIANO, E. O.; SUASSUNA, N. M. S. F. **Os enfermeiros de unidades de terapia intensiva de Juiz de Fora frente ao exame físico.** Enfermagem Atual. V.7, n.40, p.37-41. 2007.

PALOMARES, M. L. E.; MARQUES, I. R. **Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem.** Journal of Health Informatics. V.2, n.3, p. 78-82, Jul./Set. 2010.

PIMPÃO, F.D.; et al. **Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem.** Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. v.18, n.3, p.405-410, jul./set.2010.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. **Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE: uma revisão teórica.** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, v.3, n.1, p.14, 2010.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. **Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário.** Revista Brasileira de Enfermagem. V.58, n. 3, p. 325-329, maio./jun. 2005.

REZENDE, P. O.; GAIZINSKI, R.R. **Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem.** Revista Escola de Enfermagem USP. V.42, n.1, p.152-159. 2008.

ROCHA, A. M.; et al. **Análise das necessidades de assistência de enfermagem de Pacientes internados em um centro de terapia intensiva para adultos.** REME - Revista Mineira de Enfermagem. V.16, n.3, p.429-436, jul./set. 2012.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. **O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino.** Revista Brasileira de Enfermagem. v.66, n.2, p.167-173, mar./abr.2013.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. **Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem. V.12, n.3, p.:483-490. 2010.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta Paulista de Enfermagem. v.24, n.2, p. 172-178. 2011.

SILVA, E. G. C.; et al. **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática.** Revista Escola de Enfermagem USP. V.45, n.6 p.1380-1386. 2011.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.23, n.1, p.59-66, jan./fev. 2015.

SOUSA, C. S.; MARQUES, I. R. **Fatores facilitadores e dificultadores da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Revista de Enfermagem UNISA. V.12, n.2, p.100-106. 2011.

SOUTO, M. D. **Marcas da implementação da sistematização da assistência de enfermagem na enfermaria cirúrgica do hospital do câncer.** Tese de doutorado. Rio de janeiro. 2010.

TAVARES, T. S.; et al. **Avaliação da implantação da sistematização da assistência de Enfermagem em uma unidade pediátrica.** REME - Revista Mineira de Enfermagem. v.17, n.2, p.42-50, Abr./jun.2013.

TORRES E.; et al. **Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso.** Escola Anna Nery. V.15 n. 4, p.730-736, out./dez. 2011.

EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 22/04/2020

Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Lívia Moreira Barros

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, CE, Brasil. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-9925-4750>

Maria Aline Moreira Ximenes

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-1674-3357>

Cristina da Silva Fernandes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-4514-3107>

Natasha Marques Frota

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0001-8307-6542>

Nelson Miguel Galindo Neto

Instituto Federal do Pernambuco (IFPE), Pesqueira, PE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-7003-165x>

RESUMO: **Introdução:** No contexto da cirurgia bariátrica, a utilização de materiais educativos pode favorecer o esclarecimento de dúvidas, solucionar queixas e preocupações relacionadas ao procedimento cirúrgico, e aumentar, assim, a satisfação do paciente e a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro. **Objetivo:** Comparar as práticas de saúde antes e após intervenção educativa, mediada por cartilha, realizada com candidatos à cirurgia bariátrica. **Método:** Estudo quase experimental do tipo antes e depois. Participaram 60 pacientes em fila de espera para cirurgia bariátrica, os quais foram distribuídos igualmente de maneira aleatória no Grupo Controle e Grupo Intervenção, com acompanhamento de sete semanas. O Grupo Controle recebeu somente os cuidados de rotina da instituição e o Grupo Intervenção participou de atividade educativa mediada pela cartilha. **Resultados:** Na avaliação dos resultados obtidos observaram-se melhoras significativas nos itens relacionados às práticas de saúde

após a intervenção educativa, o que reforça a relevância de avaliar as práticas de saúde dos indivíduos em pré-operatório, como estratégia de reformulação de intervenções, quando necessário, e que possam culminar no conhecimento e melhor adaptação do paciente, com alcance satisfatório dos resultados pós-cirúrgicos.

Conclusão: A realização deste estudo possibilitou conhecimento mais próximo da realidade que envolve os pacientes que irão se submeter a cirurgia bariátrica, sendo que os profissionais de saúde podem auxiliar na prevenção da obesidade por intermédio de ações educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Efetividade. Cirurgia Bariátrica. Tecnologia Educacional. Educação em Saúde. Enfermagem.

EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN THE HEALTH PRACTICES OF CANDIDATES TO BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: Background: In the context of bariatric surgery, the use of educational materials may favor the clarification of doubts, to resolve complaints and concerns related to the surgical procedure, and thus increase patient satisfaction and the quality of care provided by the nurse. **Objective:** To compare the health practices before and after the educational intervention, mediated by booklet, performed with candidates for bariatric surgery. **Methods:** Quasi-experimental study of the type before and after. Participants were 60 patients in queue for bariatric surgery, who were also randomly distributed in the Control Group and Intervention Group, with follow-up of seven weeks. The Control Group received only the routine care of the institution and the Intervention Group participated in educational activity mediated by the booklet.

Results: In the evaluation of the results obtained, there were significant improvements in the items related to health practices after the educational intervention, which reinforces the relevance of evaluating the health practices of individuals in the preoperative period, as a strategy for the reformulation of interventions, when necessary, and which may culminate in the knowledge and better adaptation of the patient, with a satisfactory reach of the postoperative results. **Conclusion:** The realization of this study allowed a closer knowledge of the reality that involves patients who will undergo bariatric surgery, and health professionals can help prevent obesity through educational actions.

KEYWORDS: Effectiveness. Bariatric Surgery. Educational Technology. Health Education. Nursing.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde como estratégia de organização da gestão das práticas de

bem-estar deve apresentar uma pluralidade de ações para a preservação e aumento do potencial individual e social de formas de vida saudável¹. Inserir o indivíduo nas práticas de cuidado e colaborar na promoção de estilo de vida saudável para o controle da doença pode causar impacto não somente no dia a dia do mesmo, mas também no hábito da sua família².

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde, devem ser realizadas intervenções para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, por meio de estratégias educativas voltadas para a mudança de comportamentos, além da oferta da longitudinalidade e integralidade do cuidado de forma prospectiva e proativa³.

A educação não visa apenas a melhora ou aumento de conhecimento, mas compreende um conjunto de atividades educacionais planejadas e designadas para melhorar os comportamentos de saúde, o estado de saúde ou ambos, que poderá favorecer o aumento do controle de suas vidas, transformar a realidade social e política e empoderá-los para decidir sobre sua saúde⁴.

Entretanto, para a efetividade da educação em saúde e alcance de resultados positivos, é importante o uso da inovação e da criatividade no planejamento, além do conhecimento de fatores individuais da população-alvo como nível de escolaridade, objetivos da aprendizagem, custo-efetividade, ambiente instrucional e tecnologias emergentes. É recomendado, ainda, a associação de técnicas e métodos e materiais instrucionais para melhores resultados na aprendizagem, além de superar a abordagem focada na patologia e na transmissão de informações, e considerar o diálogo e a subjetividade dos indivíduos no processo educativo^{5,6}.

Os materiais instrucionais são ferramentas utilizadas para transmitir informação a fim de complementar, e não substituir, o ato de ensinar. Esses materiais oferecem ao enfermeiro educador, a oportunidade de transmitir mensagens de modo criativo, claro, preciso e em tempo hábil, além de auxiliar o educador a reforçar a informação, esclarecer conceitos abstratos e simplificar mensagens complexas⁷. Existem vários materiais instrucionais, como os escritos: folhetos, livros, panfletos, brochuras e cartilhas. São mídias acessíveis e amplamente empregadas como estratégia de ensino⁸.

No contexto da cirurgia bariátrica, a utilização de materiais educativos pode favorecer o esclarecimento de dúvidas a esses pacientes e solucionar queixas e preocupações relacionadas ao procedimento cirúrgico, e aumentar, assim, a satisfação do paciente e a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro⁹. A inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com o paciente e aponta alternativas para a melhoria da educação e sua democratização.

Para implementar ações de promoção da saúde e integralidade do cuidado ao

portador de obesidade grave, intervenções educativas devem ser realizadas desde a atenção primária. Uma das estratégias para efetivar o processo educativo perpassa no uso de tecnologia educacional, como a cartilha “Cirurgia Bariátrica: cuidados para uma vida saudável”, a qual foi construída com a participação de profissionais de saúde e candidatos à cirurgia bariátrica e pós-cirurgia, a partir da reflexão da realidade do procedimento cirúrgico e os fatores determinantes de um viver saudável.

O enfermeiro deve estar preparado não apenas para empregar a tecnologia na educação em saúde, mas também para ajudar o paciente a utilizar a informação. Como educador, o enfermeiro deve avaliar as situações que permitem o uso de tecnologias para fortalecer a relação entre o paciente e o profissional de saúde, bem como usar a tecnologia para ensinar e capacitar os indivíduos a lidarem com questões de saúde e bem-estar.

Assim, o objetivo desse estudo foi comparar as práticas de saúde antes e após intervenção educativa, mediada por cartilha, realizada com candidatos à cirurgia bariátrica.

MÉTODO

Estudo quase experimental do tipo antes e depois realizado de junho a agosto de 2017 em instituição referência no atendimento de candidatos à cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A população de interesse deste estudo foi representada pelos pacientes que estavam em vivência do pré-operatório mediato. A amostra foi por conveniência selecionada segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e aplicados a todos os pacientes que estavam no livro de espera para a realização da cirurgia até abril de 2017.

Os critérios de inclusão foram: a) estar cadastrado no programa de obesidade da instituição em estudo; b) ter idade entre 18 a 59 anos. Como critérios de exclusão temos: a) pacientes que não tinham disponibilidade de tempo ou não aceitaram participar dos encontros. Dessa forma, participaram 60 pacientes em fila de espera para cirurgia bariátrica, os quais foram distribuídos igualmente de maneira aleatória no Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI), com acompanhamento de sete semanas. O GC recebeu somente os cuidados de rotina da instituição e o GI participou de intervenção educativa mediada pela cartilha. No momento baseline (M0 – n=60), a coleta de dados foi realizada no ambulatório da instituição em sala reservada por meio de formulário estruturado e reaplicada com sete semanas (M2 – n=56).

Houve avaliação da atividade física, tabagismo, consumo de álcool e padrão alimentar. Na prática de atividade física, considerou-se como presente ou ausente, a frequência semanal e o tempo (minutos). A OMS considera prática de pelo menos,

150 minutos semanais (ou 30 minutos diários) de atividade física de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais (ou 20 minutos diários) de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias de prática de atividade física por semana. Para práticas leves ou moderadas, são considerados: caminhada em esteira, musculação, ciclismo, hidroginástica e natação. Para atividades vigorosas, temos: corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, voleibol, basquetebol e tênis¹⁰.

Para a avaliação do tabagismo atual, foi considerado fumante ou não fumante com do hábito de fumar, o tipo de tabaco e a frequência diária. Para o consumo de bebidas alcoólicas, foi avaliada a presença ou ausência associadas ao tipo de bebida e à frequência diária. Para aqueles que relataram consumo de álcool, foi considerado indevido a ingestão, em um único dia, de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, nos últimos 30 dias¹¹.

Com relação ao padrão alimentar, foram consideradas as informações sobre seguimento das orientações da nutricionista, número de refeições, consumo diário de proteínas, frutas, verduras (legumes e hortaliças), leite e derivados, consumo regular de refrigerante ou frituras, ingestão de água, intolerância alimentar e mastigação correta durante as refeições com base no Caderno de Atenção Básica a Saúde para obesidade¹².

Os dados coletados foram compilados no Excel e analisados no *software* IBM SPSS Statistics versão 24 para análise estatística entre os indivíduos do mesmo grupo e entre os grupos controle e experimental. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Para avaliar a normalidade dos dados contínuos e definir a escolha do teste (paramétrico ou não paramétrico, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram rejeição da hipótese nula, indicando que os dados apresentam distribuição não normal. As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará e pela instituição hospitalar (CAAE 56499116.2.3001.5041), respeitando a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos participantes, houve predomínio do sexo feminino em ambos os grupos, 83,3% (25) no GC e 96,7% (29) GI. Com relação à idade, a maioria estava na faixa etária de 35 a 44 anos, sendo 43,3% (13) no GC e 53,3% (16) no GI.

A média de idade foi de 38,77±9,18 anos no grupo controle com variância de 19 a 63 anos e mediana de 37 anos. Já no grupo intervenção, a média de idade encontrada foi 41,23±9,74 anos com variância de 21 a 65 anos e mediana de 40,5 anos.

Em relação ao estado civil, eram majoritariamente casados com 60% (18) no GC e 73,3% (22) no GI. Em relação aos anos de estudo, houve predomínio de 9 a 11 anos entre os participantes, do GC representaram (63,3% - 19) e do GI (53,3% - 16). Sobre religião, verificou-se predomínio da religião católica em ambos os grupos em que a frequência foi de 66,7% (20) no GC e 60% (18) no GI. Na situação ocupacional, observou-se que 63,3% (19) e 50% (15) dos participantes estavam ativos e exerciam funções como padeiro, cozinheiro, faxineira, costureira, agricultor, comerciante, feirante, professora e secretaria. A renda familiar mais frequente em ambos os grupos foi de 2 a 3 salários mínimos – 60% (18) no GC foi e 15 (50%) no GI.

Quanto à procedência, observa-se ainda uma maior participação de indivíduos oriundos da Região Metropolitana de Fortaleza, sendo, 86,7% (26) dos pacientes do GC e 73,3% (22) do GI. Apenas 13,3% (4) e 26,7% (8) do GC e GI, respectivamente, eram do interior do Estado do Ceará.

Foi identificado ainda, que 80% (24) do GC e 83,3% (25) do GI apresentavam condições crônicas associadas à obesidade e as doenças mais prevalentes em ambos os grupos foram: HAS, DM e dislipidemia. Diante disso, fatores de risco à saúde, como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e alimentação inadequados, foram avaliados entre a linha de base e após as sete semanas de acompanhamento, sendo demonstrado na tabela 1, assim como a inferência estatística entre os tempos de coleta.

Variáveis /Categorias	M0		p-valor†	M2		p-valor†	M2-M0 (p-valor††)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			
Atividade Física								
Sim	10 (33,3)	13 (43,3)	0,426	10 (35,7)	17 (60,7)	0,173	1	0,063
Não	20 (66,7)	17 (56,7)		18 (64,3)	11 (39,3)			
Frequência (mediana)	3 (2-3)	3 (3-4)	0,410°	3 (2-3)	3 (3-5)	0,155°	0,102*	0,705*
Minutos (mediana)	60 (30-60)	60 (40-60)	0,605°	55 (40-60)	60 (40-60)	0,675°	0,655*	0,317*
Uso de tabaco								
Sim	1 (3,3)	-	0,313	1 (3,6)	-	0,601	1	-
Não	29 (96,7)	30 (100,0)		27 (96,4)	28 (100,0)			
Consumo de Álcool								
Sim	4 (13,3)	1 (3,3)	0,161	4 (14,3)	1 (3,6)	0,372	1	1
Não	26 (86,7)	29 (96,7)		24 (85,7)	27 (96,4)			
ALIMENTAÇÃO								

Segue as orientações da nutricionista								
Sim	5 (17,9)	7 (23,3)	0,519	8 (28,6)	13 (46,4)	0,386	0,508	0,016
Não	25 (82,1)	23 (76,7)		20 (71,4)	15 (53,6)			
Número de Refeições por dia								
Até 3 refeições	10 (33,3)	4 (13,3)		8 (28,6)	1 (3,6)	0,039	0,476	0,005
4 a 5 refeições	16 (53,3)	24 (80)	0,089	13 (46,4)	12 (42,8)			
6 refeições	4 (13,3)	2 (6,7)		7 (25,0)	15 (53,6)			
Número de refeições (mediana)	5 (3-5)	4 (4-5)	0,556 ^o	4 (3-6)	6 (4-6)	0,007	0,851*	0,000*
Consumo de frutas								
Sim	23 (76,60)	26 (86,7)	0,317	23 (82,1)	24 (85,7)	0,936	1	1
Não	7 (23,3)	4 (13,3)		5 (17,9)	4 (14,3)			
Consumo de verduras								
Sim	22 (73,3)	23 (76,6)	0,766	19 (67,9)	23 (82,1)	0,467	0,375	1
Não	8 (26,7)	7 (23,3)		9 (32,1)	5 (17,9)			
Consumo de proteína								
Sim	30 (100)	30 (100)	-	28 (100)	28 (100)	-	-	-
Não								
Consumo de leite e derivados								
Sim	21 (70,0)	22 (73,3)	0,774	16 (57,2)	21 (75,0)	0,369	0,250	1
Não	9 (30,0)	8 (26,7)		12 (42,9)	7 (25,0)			
Consumo de doces								
Sim	9 (30,0)	9 (30,0)	1,000	10 (35,7)	6 (21,4)	0,497	0,453	0,687
Não	21 (70,0)	21 (70,0)		18 (64,3)	22 (78,6)			
Consumo de frituras								
Sim	18 (60,0)	11 (36,7)	0,071	9 (32,1)	7 (25,0)	0,839	0,008	0,508
Não	12 (40,0)	19 (63,3)		19 (67,9)	21 (75,0)			
Consumo de água								
Até 1,5 litro	5 (17,9)	2 (6,7)	0,257	2 (7,1)	5 (17,9)	0,271	0,261	0,247
2 litros	7 (23,3)	12 (40,0)		10 (35,7)	14 (50,0)			
Mais de 2 litros	18 (60,0)	16 (53,3)		16 (57,2)	9 (32,1)			
Consumo de refrigerante								
Sim	15 (50,0)	16 (53,4)	0,796	16 (57,1)	13 (46,4)	0,725	0,375	0,375
Não	15 (50,0)	14 (46,7)		12 (42,9)	15 (53,6)			
Intolerância alimentar								
Sim	1 (3,3)	1 (3,3)	1	3 (10,7)	1 (3,6)	0,584	0,500	1
Não	29 (96,7)	29 (96,7)		25 (89,3)	27 (96,4)			
Mastigação adequada								
Sim	18 (60,0)	16 (53,3)	0,602	18 (64,3)	19 (67,9)	0,961	1	0,289
Não	12 (40,0)	14(46,7)		10 (35,7)	9 (32,1)			

† Qui-quadrado de Pearson.

†† McNemar

^o Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

* Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Tabela 1 – Práticas de Saúde entre pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60 (M0); n = 56 (M2). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

De acordo com a tabela 1, a maioria dos participantes não praticam exercícios físicos semanalmente, não fazem uso de bebida alcoólica e não fumam. Com relação à alimentação, muitos referiram não seguir as orientações da nutricionista e consumir doces e frituras diariamente. Na comparação M2-M0, foi observado diferença estatisticamente significativa para o aumento do número de refeições ($p=0,005$) e seguimento da dieta alimentar ($p=0,016$) entre o GI e diminuição do consumo de frituras ($p=0,008$) entre o GC.

No momento *baseline*, a maioria dos participantes do grupo controle e intervenção não realizavam atividade física (66,7% vs. 56,7%, $p=0,426$), não utilizavam tabaco (96,7% vs. 100%, $p=0,313$) e álcool (86,7% vs. 96,7%, $p=0,161$) e preferiam seguir a dieta orientada pela nutricionista (82,1% vs. 76,7%, $p=0,519$). Após o acompanhamento, observou-se aumento na proporção de pacientes ativos somente no GI, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,173$).

DISCUSSÃO

Na avaliação dos resultados obtidos observaram-se melhoras significativas nos itens relacionados às práticas de saúde após a intervenção educativa, o que reforça a relevância de avaliar as práticas de saúde dos indivíduos em pré-operatório, como estratégia de reformulação de intervenções, quando necessário, e que possam culminar no conhecimento e melhor adaptação do paciente, com alcance satisfatório dos resultados pós-cirúrgicos.

No momento *baseline* (M0), os participantes do GC e GI, em sua maioria, não realizavam atividade física (66,7% vs. 56,7%). Após sete semanas, houve aumento na proporção de pacientes ativos no GI, contudo, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,173$). Estudo com pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica em Santa Catarina identificou que apenas 7,9% realizavam programas de atividade física no pré-operatório¹³.

Assim, é necessário pensar para além do procedimento cirúrgico, compreendendo a responsabilidade que as práticas de saúde exercem no bem-estar e na qualidade de vida¹⁴. O desenvolvimento de programas regulares de atividades físicas semanais é primordial para perder e/ou prevenir o aumento da massa corporal antes e após o procedimento cirúrgico, além disso, pode ofertar benefícios na função cognitiva e autoestima.

No quesito de alimentação, houve melhora no GI sobre a adesão alimentar recomendada pelo nutricionista (46,4%), o que pode minimizar a ocorrência de sobrepeso e obesidade¹⁵. Pesquisa com candidatos a cirurgia bariátrica em Sergipe verificou-se que os pacientes no pré-operatório são mais vulneráveis a comer em condições de estresse e nervosismo¹⁶. Entre obesos, a restrição de calorias é

predominantemente realizada com restrição a álcool, bebidas açucaradas e alimentos ricos em gordura, açúcar e carboidratos (como *fast food*) associados ao aumento do consumo de vegetais, frutas, grãos integrais e fibras. Vale ressaltar que a adoção de hábitos alimentares saudáveis antes e após a cirurgia bariátrica é a chave para obtenção de bons resultados cirúrgicos, e minimizar as chances de retorno ao peso anterior.

No momento M2, a maioria dos participantes do grupo intervenção (53,6%) referiu o consumo de seis refeições por dia. O consumo de seis refeições diárias mantém o controle e regularidade das refeições. Aumentar o fracionamento das refeições e em horários pré-determinados é uma prática recomendada para pacientes bariátricos, assim, não ficará muitas horas sem se alimentar vindo a sentir uma fome exagerada e conseqüentemente coma demasiadamente hipercalóricos na próxima refeição¹⁷.

Após o período de acompanhamento, a maioria dos participantes, tanto GC e GI afirmaram consumo de frutas em sua alimentação diária (82,1% vs. 85,7%). Estudo com pacientes bariátricos de clínica privada no Pará identificou que a maioria dos pacientes referiu consumo diário de fruta (73,8%), assim como nesse estudo¹⁷. Houve diminuição no grupo intervenção da proporção de pacientes que referiam consumir doces, frituras e refrigerantes. É importante que os pacientes compreendam que a cirurgia bariátrica sozinha não representa a “cura milagrosa” para a obesidade, após a sua realização é imperativo que o paciente assuma o compromisso de adotar hábitos alimentares adequados e tornar o consumo de alimentos saudáveis prioridade¹⁷. É válido inferir, ainda, que a complexidade no viver após o procedimento também submerge aspectos físicos, psíquicos e sociais, e varia de acordo com o paciente.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma alimentação considerada saudável ou adequada significa comer de forma equilibrada garantindo a manutenção dos índices metabólicos em níveis considerados saudáveis do ponto de vista clínico. A dieta deve ser composta por carboidratos, fibras, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais, sendo variada com alimentos diversos (frutas, verduras, carnes, cereais, entre outros), em quantidades que variem de acordo com cada tipo de metabolismo humano, considerando-se também o valor calórico de cada alimento¹².

Melhorar a hidratação é uma estratégia comumente usada para evitar excessos, com o objetivo de promover um peso saudável entre os pacientes e no que diz respeito ao consumo de água, neste estudo, no M0 a maioria dos participantes do GC e GI ingeriam mais de dois litros de água por dia, entretanto, no M2 houve diminuição do consumo de água no GI, posto que 50% dos pacientes afirmaram consumo de apenas dois litros de água.

Estudo realizado nos Estados Unidos com 9.528 adultos, com idade entre 18 e 64 anos, evidenciou que 32,6% da amostra estava inadequadamente hidratada.

Nos modelos ajustados, os adultos que estavam inadequadamente hidratados apresentaram maiores IMCs (1,32 kg / m²; IC95% 0,85-1,79; P <0,001) e maiores chances de serem obesos (OR = 1,59; IC95% 1,35-1,88); P <0,001) em comparação com adultos hidratados¹⁸.

Corroborando com esses dados, um estudo de coorte realizado na Austrália buscou avaliar a relação entre o consumo de refrigerantes e o risco de cânceres relacionados à obesidade. Os dados de 35.593 participantes que desenvolveram 3.283 casos de câncer relacionados à obesidade foram incluídos na análise principal. O consumo de refrigerantes foi associado com maior circunferência da cintura no início do estudo e o risco para cânceres relacionados à obesidade aumentou com o aumento da frequência de consumo de refrigerantes¹⁹.

Na Coreia, outro estudo de coorte com 19.800 adultos também ressaltou os malefícios do consumo de refrigerantes, que esteve associado fatores de risco para obesidade e síndrome metabólica, além disso, foi observado aumento da obesidade abdominal, triglicerídeos, glicemia de jejum e pressão arterial elevadas nos participantes que faziam uso da bebida açucarada²⁰.

Em ambos os estudos, é ressaltado a importância da sensibilização dos indivíduos que consomem refrigerantes sobre os efeitos adversos dessas bebidas no risco de obesidade. Logo, os usos de estratégias educativas podem potencializar mudanças de comportamento, posto que, neste estudo, houve uma diminuição do número de participantes que faziam uso de refrigerante após a intervenção educativa (p= 0,375).

Na análise da intolerância alimentar, houve uma diminuição do número de pacientes que não apresentaram intolerância no GI, no entanto, essa diferença não foi estatisticamente relevante. No que diz respeito a mastigação adequada, pode-se observar melhorias na forma dos pacientes processarem os alimentos (p= 0,289), esse fator contribui para uma boa digestão e conseqüentemente auxilia no processo de emagrecimento dos pacientes.

Com base nesses resultados, é importante ressaltar a avaliação das práticas saudáveis desde o período do pré-operatório para que a equipe possa planejar intervenções que possibilitem melhor adaptação do paciente ao pós-operatório e favoreçam o alcance dos resultados positivos esperados. A Política de Promoção da Saúde, implantada pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento das DCNT, tem priorizados as suas ações na alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool²¹.

O enfermeiro é um dos profissionais da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente; ação em âmbito ambulatorial é essencialmente educativa e de orientação. O enfermeiro está presente em todas as etapas do tratamento, desde a fase pré-operatória, com acompanhamento ambulatorial; no intra-hospitalar, onde realiza

assistência direta, com realização de procedimentos e cuidados de enfermagem; e após a alta do paciente, novamente no ambulatório²².

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou conhecimento mais próximo da realidade que envolve os pacientes que irão se submeter a cirurgia bariátrica, sendo que os profissionais de saúde podem auxiliar na prevenção da obesidade por intermédio de ações educativas, como o acompanhamento durante o período pré-operatório, seguido por orientações sobre as mudanças nos hábitos de vida como alimentação saudável, prática de atividade física, a fim de evitar o reganho de peso após alguns anos da realização da cirurgia.

Vale ressaltar, ainda que esse estudo é relevante por possibilitar novos conhecimentos e favorecer o planejamento de intervenções que proporcionem uma maior qualidade de vida no cotidiano de indivíduos com obesidade mórbida e que desconhecem o impacto da cirurgia bariátrica. Como limitações, identificou-se poucos estudos para as discussões dos resultados achados e que reforcem a importância do conhecimento dos indivíduos que irão se submeter a ao procedimento cirúrgico.

Para que haja o sucesso dos instrumentos utilizados nas ações educativas, se faz necessário que a comunicação ocorra em uma linguagem simples e de fácil compressão, para o alcance dos objetivos proposto pelo tratamento relacionado à obesidade e conseqüentemente a redução de outras comorbidades. Assim, acredita-se que este estudo contribua com a ampliação das pesquisas nesta área do conhecimento, além de melhorar as condições de vida dessas pessoas buscando meios que favoreçam a prevenção da obesidade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida LM, Campos KFC, Randow R, Guerra VA. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Rev. Gestão & Saúde*. Jan 2017; 8(1):114-139.
2. Arantes RKM, Salvagioni DAJ, Araujo JP, Roecker S. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2015; 5(2):213-223.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Linha de cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OMS, 2010.
4. Mallmann DG, Neto NMG, Sousa JCS, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015; 20(6):1763-1772.
5. Fortes RC, Muniz LB. Gestão hospitalar e humanização: uma abordagem para a melhoria da qualidade. *NUPEI*. 2011; 1(1):105-128.

6. Soares NA, Souza V, Santos FBO, Carneiro ACLL, Gazzinelli MF. Health education device: reflections on educational practices in primary care and nursing training. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(3): e0260016.
7. Guze PA. Utilizando a Tecnologia para Atender aos Desafios da Educação Médica. *Transações da Associação Americana Clínica e Climatológica.* 2015;126: 260-70.
8. Pelegrino FM. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.
9. Leahy CR, Luning A. Review of nutritional guidelines for patients undergoing bariatric surgery. *AORN Journal.* 2015; 102(2):153-160.
10. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO, 2004.
11. Ferreira AD, César CC, Malta DC, Souza AAC, Ramos CGC, Proietti FA, et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. *Rev. bras. epidemiol.* 2011; 14(1):16- 30.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
13. Boscatto EC, Duarte MFS, Gomes MA. Comportamentos ativos e percepção da saúde em obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2010;16(12011):1-5.
14. Sant'helena MMA integralidade nas redes de atenção à saúde das pessoas com obesidade e diabetes mellitus submetidos à cirurgia bariátrica: referência e contrarreferência. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] -Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
15. SCHERER PT. O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS. Tese [Doutorado] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2015.
16. Jesus AD, Barbosa KBF, Souza MFC, Conceição AMS. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* Maio./Jun 2017; 11(63):187-196.
17. Paixão AL, Lourenço VV, Dias JS, Nogueira AAC. Perfil alimentar de pacientes pós cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* Maio/Jun. 2018; 12(71):391-399.
18. Chang T, Ravi N, Plegue MA, Sonnevile KR, Davis MM. Inadequate Hydration, BMI, and Obesity Among US Adults: NHANES 2009-2012. *Ann Fam Med.* Jul 2016;14(4):320-4.
19. Hodge AM, Bassett JK, Milne RL, English DR, Giles GG. Consumption of sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and risk of obesity-related cancers. *Public Health Nutr.* Jun 2018;21(9):1618-1626.
20. Lee KW, Shin D. A Healthy Beverage Consumption Pattern Is Inversely Associated with the Risk of Obesity and Metabolic Abnormalities in Korean Adults. *J Med Food.* 2018 Sep;21(9):935-945.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

22. Oliveira MS, Lima EFA, Leite FMC, Primo CC. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. Cogitare Enferm. Jan/Mar 2013; 18(1):90-4..

FATORES DE RISCO PREDISPOANTES DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA CARDÍACA

Data de aceite: 20/05/2020

Monyque da Silva Barreto
Maria Iracema Alves Ribeiro
Karoline Galvão Pereira Paiva
Paula de Vasconcelos Pinheiro
Danielle Maria Rebouças Guimarães
Daniele Gonçalves Freitas
Iliana Maria de Almeida Araújo
Ana Lúcia dos Santos Lima
Izabelle Cristine Rodrigues Rocha
Francisco Ismael da Silva Frota
Renata Camurça Saboia

INTRODUÇÃO: Os tratamentos cirúrgicos se constituem em um componente essencial nos cuidados de saúde há mais de um século, sendo amplamente utilizados em casos de trauma, excisão de tumores e doenças cardiovasculares, dentre outras, com a finalidade de reduzir o risco de morte, aliviar sintomas ou corrigir deformidades, resultando em melhor qualidade de vida. **OBJETIVO:** Descrever evidências científicas acerca dos principais fatores de risco para a infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias cardíacas e a atuação de enfermagem na prevenção. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão

integrativa, visto que é o mais amplo método referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado. Com relação à distribuição dos artigos quanto às bases de dados cinco (50%) encontram-se na base de dados SCIELO, três (30%) na base de dados da BDNF, seguido de dois (20%) na base de dados da LILACS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No que tange ao ano de publicação dois (20%) dos artigos foram publicados no ano 2015 e mais dois (20%) no ano de 2016, sucessivamente nos anos de 2008, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2017 foram publicados um (10%) artigo em cada ano. O que afirma a necessidade do conhecimento profissional acerca dos fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas, onde os enfermeiros buscam melhor conhecimento científico, aprimorando a teoria e a humanização. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro tem o contato mais direto com o paciente, de modo que cumpre o papel extremamente importante nesse processo ao orientar os profissionais para prevenir e controlar a infecção, e ao contribuir com medidas específicas para que não haja disseminação de microorganismos no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção da ferida operatória (FO); cirurgia cardíaca; fatores de risco; pós-operatório; cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os tratamentos cirúrgicos se constituem em um componente essencial nos cuidados de saúde há mais de um século, sendo amplamente utilizados em casos de trauma, excisão de tumores e doenças cardiovasculares, dentre outras, com a finalidade de reduzir o risco de morte, aliviar sintomas ou corrigir deformidades, resultando em melhor qualidade de vida. Entretanto, os procedimentos cirúrgicos e anestésicos podem se constituir em uma ameaça à vida dos pacientes, com risco de incapacidade e morte decorrentes de complicações no trans. e pós-operatório (ABREU, 2014).

Estima-se que sejam realizadas em torno de 234 milhões de cirurgias de grande porte por todo o mundo a cada ano, e pelo menos sete milhões de pacientes cirúrgicos sejam acometidos por complicações, com desfecho fatal em aproximadamente um milhão de casos (ABREU, 2014).

A segurança do paciente submetido a tratamento cirúrgico requer um esforço conjunto da equipe de saúde para o cumprimento de todas as medidas de redução de danos e prevenção de erros que resultem em complicações infecciosas, troca de pacientes, do local a ser operado, ou falha de equipamentos.

Devido a estas características, os profissionais que atuam em centro cirúrgico estão expostos a situações complexas, devendo ser capacitados para o desempenho das suas tarefas. Portanto, a dinâmica do trabalho aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam nesta unidade, deve acontecer de forma competente e harmoniosa, visando à segurança do paciente e eficiência do ato cirúrgico. Deste modo, a assistência de enfermagem com base em evidências contribui para a minimização de riscos e garantia da sua segurança (SOBECC, 2009).

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório constitui um desafio devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem nesta fase, como recuperação anestésica, dor, desconforto, cicatrização da ferida operatória, náuseas e vômitos, limitação dos movimentos, dependência para o autocuidado, risco para infecção e expectativas quanto à recuperação. A assistência em saúde visa à recuperação do paciente, com seu retorno às atividades laborais e sociais, o que muitas vezes exige a extensão dos cuidados no domicílio (SANTANA, et al, 2013).

O conceito de infecção remete à presença de determinado agente que causa dano ao hospedeiro, ou seja, um microrganismo patogênico que desencadeia uma resposta inflamatória. O tipo e intensidade dessa resposta depende de fatores relacionados ao microrganismo (mecanismos de fuga do sistema imunológico,

capacidade de replicação) e ao hospedeiro (imunidade, susceptibilidade, dentre outros), sendo que infecções mais severas podem desencadear sepse.

Diante do quadro de morbidade e mortalidade dos quadros de sepse e infecções, medidas em âmbito nacional e regional foram implementadas a fim de reduzir a incidência de infecções hospitalares ou, como atualmente são denominadas, as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS). Entretanto, apesar de várias iniciativas de órgãos públicos destinados ao controle das IRAS, muitos avanços precisam ser feitos no que tange às questões estruturais das unidades de saúde, capacitação de profissionais e implementação de um sistema de vigilância epidemiológica efetivo.

Entre as infecções mais frequentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca estão as pneumonias, infecções em cateteres, pele e tecidos, mediastinites, endocardites e sepse.

Torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando segurança e bem estar do paciente. O papel do enfermeiro exige, além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional, aliados ao conhecimento de relações humanas, favorecendo a administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes.

O cuidado de enfermagem é o conceito principal e a base para a execução das ações do enfermeiro na sua prática diária e pode-se efetuar por ações preventivas, educativas, curativas e/ou de reabilitação (AZZOLIN; MANCIO, 2008). Embora a morte ou sequelas decorrentes de problemas cardíacos nem sempre possam ser evitadas, enfermeiras experientes e qualificadas são capazes de reconhecer os sinais e sintomas nas urgências intra e pós-operatória e de responder de maneira apropriada. Isso pode ser muito importante para garantir resultados ótimos.

Em relação ao controle de infecção, os profissionais de saúde, devem ainda desmitificar muitas atitudes vigentes, aprendendo a questionar cada vez mais a nossa prática, bem como todos os aspectos que direcionam ou sustentam nosso desempenho profissional. É assim, pela busca de fundamentação teórica de nossos atos e através do desenvolvimento de pesquisas e utilização de seus resultados, que conseguiremos transpor os resultados.

Outro aspecto a ser focado é a formação dos profissionais de saúde. Conceitos devem ser revisados e ações implementadas, no sentido de minimizarem o sofrimento daqueles que desenvolvem infecções, por meio da humanização e da contratação pelos hospitais de número adequado de profissionais frente a sua demanda. Nesse contexto, o trabalho da enfermagem é imprescindível para o controle de infecções.

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos EUA, recomenda a

substituir o termo infecção da ferida operatória (IFO) por infecção do sítio cirúrgico (ISC), de modo que nem toda infecção relacionada ao procedimento cirúrgico ocorre na ferida propriamente dita, mas, pode atingir órgãos e os espaços manipulados durante o procedimento (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – APECIH, 2001).

A microbiota hospitalar pode estar presente no ambiente e/ou nos profissionais de saúde, que podem levar contaminação aos pacientes por meio de suas mãos ou instrumentos. Para a aquisição de infecção, o microrganismo deve vencer as barreiras anti-infecciosas do hospedeiro, levando ao desequilíbrio entre parasita e hospedeiro. A pele integra constitui uma barreira mecânica contra a invasão de microrganismos, além de secretar vários agentes antimicrobianos, porém, no procedimento cirúrgico, é a primeira barreira a ser quebrada (PEREIRA, et al, 2005).

A infecção do sítio cirúrgico é o processo pelo qual o microrganismo penetra, se estabelece e se multiplica na incisão operatória. Os tecidos normais podem tolerar a presença de até 10⁵ bactérias/grama de tecido sem que se desenvolva infecção. A infecção da ferida operatória é uma das complicações cirúrgicas mais frequentes e é responsável por alta taxa de morbidade e mortalidade, com consequente aumento dos gastos médico-hospitalares (SBC, 2007).

Como consequência do envelhecimento da população, os cirurgiões, especialmente o cardiovascular, vêm atuando de maneira crescente em pacientes com co-morbidades associadas, o que aumenta substancialmente o risco e a gravidade das infecções no pós-operatório. Por isso, os princípios fundamentais da diérese, hemostasia e síntese, devem ser seguidos rigorosamente para obtenção de resultados satisfatórios com menor morbidade, favorecendo a pronta recuperação dos pacientes, tanto do ponto de vista funcional como do estético (GELAPE, 2005).

Para inspeção das infecções de ferida operatória, deve-se reduzir ao mínimo a contaminação que tem origem nas salas cirúrgicas. A circulação laminar do ar ambiente, utilização de raios UV, desinfecção de pisos e paredes, esterilização correta do material cirúrgico e restrição do número de pessoas que transitam nas salas de cirurgia são medidas que devem ser adotadas. A correta escovação das mãos de toda a equipe envolvida nos cuidados com o paciente, especialmente da equipe cirúrgica, causa grande impacto na diminuição da contaminação da ferida.

Esse procedimento visa retirar a flora bacteriana transitória e diminuir a flora permanente das mãos. A pele do paciente constitui-se na principal fonte de contaminação endógena da ferida operatória (GELAPE, 2005).

Os microrganismos têm acesso ou se implantam no campo cirúrgico no período entre a incisão e seu completo fechamento. Portanto, a preparação adequada da pele é fundamental. Deve-se evitar a raspagem dos pelos com lâmina que ocasiona pequenas lesões e pode aumentar a incidência de infecção pós-operatória.

Atualmente, considerasse a tonsura dos pelos, logo antes da incisão cirúrgica, o procedimento ideal. Na sala de operação deve-se realizar a escovação da pele com PVPI degermante, seguido do uso de PVPI alcoólico para facilitar a dispersão do iodo (SEVILHA; PAIVA; POVEDA, 2014).

Para diagnóstico precoce de infecção pós-operatória é necessário um alto grau de suspeita. Em geral, as infecções de feridas cirúrgicas surgem entre o quinto e o sétimo dias de pós-operatório. O paciente pode apresentar queda do estado geral, anorexia e febre.

A despeito de sua natureza pouco específica, a febre é o sinal clínico inicial mais comum de infecção. No entanto, no pós-operatório normal de cirurgia cardíaca, febre pode ocorrer na ausência de infecção por até quatro a cinco dias e, excepcionalmente, pode haver persistência de febre por semanas. Reações medicamentosas, flebite, atelectasia e embolia pulmonar, bem como síndrome pós-pericardiotomia constituem-se nas principais causas de febre após sexto dia de pós-operatório (SBC, 2007).

A proposta atual do tratamento da ferida constitui-se na oclusão da lesão e manutenção do meio úmido para cicatrização. O meio úmido facilita a migração celular, formação dos tecidos de granulação e reepitelização, além de proteger as terminações nervosas superficiais reduzindo a dor, acelerando a cicatrização, prevenindo a desidratação e morte celular e promovendo a fibrinólise. O curativo úmido impede a formação de crostas, estrutura que pode acarretar atraso no processo de cura (SBC, 2007).

As finalidades dos curativos são: limpeza da ferida, proteção de traumas mecânicos, prevenção da contaminação exógena, absorção de secreções, diminuição do acúmulo de fluidos por compressão local e imobilização da ferida.

A realização dos curativos deve seguir os princípios básicos de assepsia. Aconselha-se a utilização de técnicas estéreis quando o paciente se encontra em ambiente hospitalar, e a técnica limpa quando ele está em ambiente domiciliar (ANVISA, 2009).

A infecção do sítio cirúrgico continua sendo uma das mais temíveis complicações decorrentes de um ato operatório, justifica-se esta revisão uma vez que é necessário identificar os riscos relacionados a infecção pós-cirurgia cardíaca, bem como a assistência de enfermagem, de modo que a revisão ajudará no desenvolvimento de uma assistência mais adequada aos pacientes acometidos, visando reduzir a incidência de infecções e, assim, a morbidade e mortalidade de cardiopatas pós cirurgia. Estudos mais aprofundados são necessários para evitar tais complicações pós-operatórias e, assim, conduzir um melhor manejo desses pacientes.

Descrever evidências científicas acerca dos principais fatores de risco para a infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias cardíacas e a atuação de enfermagem na prevenção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, visto que é o mais amplo método referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado. Combinar dados da literatura teórica e empírica, além da definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A revisão integrativa define o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados, e apresentação da revisão integrativa.

A formulação da questão norteadora permitiu identificar o propósito da revisão, facilitando a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, extração e análise das informações. Face aos objetivos deste estudo partiu a questão norteadora: Quais os principais fatores de risco para infecção no sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas e as intervenções de enfermagem efetivas para prevenir a infecção?

O levantamento de dados ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), na base de dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Infecção da ferida operatória (FO), cirurgia cardíaca, fatores de risco, pós-operatório, cuidados de enfermagem. Os descritores selecionados foram combinados entre si, de acordo com a base de dados. A captura de publicações ocorreu numa única tomada, em dezembro de 2017.

Foram adotados critérios de inclusão para a captura dos artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, em periódicos nacionais, publicados em idioma português, artigos com acesso livre online em texto completo, indexados nos bancos de dados selecionados, que abordassem os fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à distribuição dos artigos quanto às bases de dados cinco (50%)

encontram-se na base de dados SCIELO, três (30%) na base de dados da BDEF, seguido de dois (20%) na base de dados da LILACS.

No que tange ao ano de publicação dois (20%) dos artigos foram publicados no ano 2015 e mais dois (20%) no ano de 2016, sucessivamente nos anos de 2008, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2017 foram publicados um (10%) artigo em cada ano. O que afirma a necessidade do conhecimento profissional acerca do fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas, onde os enfermeiros buscam melhor conhecimento científico, aprimorando a teoria e a humanização para prevenir e melhorar o prognóstico dos pacientes acometidos.

Já ao que se refere a autoria dos artigos, nove (90%) são enfermeiros e um (10%) é médico. Sendo que dos nove enfermeiros cinco (50%) mestres, um (10%) doutor e três (30%) especialistas, o médico possui graduação (10%), evidenciando que os autores que estudam os fatores de risco para a infecção pós cirúrgica na FO são em maioria mestres, com estudos específicos na área de cardiovascular.

Em relação aos estudos, houve predomínio nas pesquisas do tipo revisão bibliográfica, onde contabilizou três (30%) dos artigos estudados, dois (20%) representam pesquisas do tipo revisão integrativa, uma (10%) pesquisa do tipo revisão sistemática, uma (10%) pesquisa do tipo quantitativa, uma (10%) pesquisa do tipo estudo transversal (10%) e uma (10%) estudo de coorte prospectivo. No que diz respeito ao local de pesquisa, no estado de São Paulo foram elaborados quatro (40%) dos estudos analisados, seguido o estado de Minas Gerais com duas (20%) publicações, posteriormente os estados de Piauí (10%), Maceió (10%), Salvador (10%) e Curitiba (10%), publicaram um artigo cada, engrandecendo os estudos sobre os riscos de infecções do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas e a atuação de enfermagem.

Seguindo a classificação dos periódicos de acordo com a revista que o artigo foi publicado, foram encontrados dois (20%) na Revista da escola de enfermagem da USP, seguido das revistas Acta Paul Enfermagem um (10%), Revista Brasileira de Ciências da Saúde um (10%), Revista Prevenção de Infecção e Saúde um (10%), Revista UNIT um (10%), Revista Eletrônica Atualiza Saúde um (10%), Revista Brasileira de Cardiologia um (10%), Revista Saúde Santa Maria (10%) e um (10%) na Revista Eletrônica de Enfermagem.

A partir dos artigos encontrados e da análise realizada, foi possível congregar o que os autores levantaram como fatores de risco para o desenvolvimento de Infecção do Sítio Cirúrgico dos mais diversos tipos, bem como as medidas de prevenção para diminuir a ocorrência de tal complicação a serem adotadas por toda a equipe envolvida na assistência.

De acordo com a análise dos estudos, para facilitar a compreensão, dividiu-se os resultados e discussão em três categorias, a 1ª categoria inclui os artigos referentes

a função do enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca a 2ª categoria discorre sobre os fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas e a 3ª categoria sobre a importância do controle glicêmico para a prevenção das ISC.

A Função do Enfermeiro no Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca

Após uma cirurgia, o paciente se depara com uma ferida operatória, que, embora pareça uma simples linha de sutura, requer cuidados especiais. Deve-se ter sempre avaliação e manejo no pós-operatório. Esses cuidados são realizados pelo enfermeiro e por sua equipe de enfermagem.

Assim, identificar as competências do enfermeiro que atua em unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas é uma necessidade urgente, visto que poderá direcionar a formação de futuros profissionais, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e fornecer subsídios para gestores de serviços de saúde e de enfermagem, na implementação de novas competências (SANTOS, et al, 2016).

Os artigos 01, 02, 04, 06, 07 e 10 abordam a atuação do enfermeiro na prevenção e no prognóstico eficaz no que tange a ISC em cirurgias cardíacas. Onde o mesmo tem contato mais direto com o paciente, e cumpre o papel extremamente importante nesse processo ao orientar os profissionais para prevenir e controlar a infecção e contribui com medidas específicas para que não haja disseminação de micro-organismos no ambiente hospitalar.

O enfermeiro é o profissional, que tem assumido a responsabilidade de gerenciar a equipe e as unidades de cuidado, garantindo o funcionamento adequado e atendimento de qualidade. Isto inclui a supervisão dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem, da interação da equipe multidisciplinar, de materiais e de equipamentos (SANTOS, et al, 2016).

Os artigos fazem a observação que o curativo da ferida deve ser feito com atenção à reepitelização, à integridade da linha de sutura, ao exsudato que, porventura, possa drenar e à execução da palpação da incisão, atentando-se para a deposição de colágeno. Assim, o paciente deve ser avaliado diariamente pelo enfermeiro para detectar sinais e sintomas desta ferida (CARVALHO, 2008).

Os cuidados com a incisão no pós-operatório incluem: Proteger com curativo estéril por 24 a 48 horas do pós-operatório as incisões fechadas por primeira intenção; Lavar as mãos antes e depois de trocar os curativos e com qualquer contato com o sítio cirúrgico; Quando necessário, trocar o curativo; usar técnica asséptica; Educar o paciente e a família sobre cuidados com a incisão, sinais de infecção e necessidade de reportar esses sinais; Não há recomendações sobre cobrir a incisão após 48 horas nem sobre tempo apropriado de tomar banho com a incisão descoberta (GRAÇA; MENDES; DOURADO, 2015).

Por se tratar de uma complicação relacionada à assistência, entende-se que as mortes por esse tipo de infecção são evitáveis e controláveis. Para isso é necessário profissional qualificado em constante aprimoramento (OLIVEIRA; PAULA, 2014).

O preparo da equipe envolvida no procedimento cirúrgico e anestésico é de extrema importância. A antissepsia das mãos deve ser rigorosa, de acordo com as normas, e a paramentação deve ser completa (avental cirúrgico, luvas, máscara, gorro, propés). O material deve estar adequadamente limpo e estéril, sem erros nas técnicas de empacotamento, o que pode possibilitar a contaminação. Campos e aventais molhados devem ser considerados contaminados bem como deve se dar preferência àqueles fabricados com materiais menos porosos, para facilitar a higienização e evitar contaminação durante o ato cirúrgico (SANTANA; OLIVEIRA, 2015).

Após o término da cirurgia, é imprescindível a presença do enfermeiro na admissão do paciente na unidade de pós-operatória de cirurgia cardíaca, além do seu acompanhamento contínuo na realização de procedimentos de alta complexidade, pois o paciente pode desestabilizar rapidamente, requerendo cuidados imediatos e tecnologia de ponta (SANTOS, et al, 2016).

Deve-se ressaltar a ação conjunta com a CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a qual deve estar sempre atenta para a tomada de medidas de educação, visando a diminuir a taxa de infecção do sítio cirúrgico, ao manter protocolos quanto às técnicas de degermação e paramentação cirúrgica, ao preparo da pele no pré-operatório mediato, à realização de curativos da incisão cirúrgica no pós-operatório, além da prática de isolar o paciente, norteadando ações dos profissionais que lidarão direta ou indiretamente com o indivíduo recluso (SANTOS; COSTA; SILVA, 2017).

O enfermeiro é o profissional responsável direto pelo cuidado e percepção das necessidades apresentadas pelo paciente, contribuindo para assistência e sua evolução. Ele participa do banho do paciente, realiza os primeiros curativos dos acessos venosos profundos e arteriais, das feridas operatórias e dos óstios de drenos, avalia as condições da pele, primando pela manutenção da integridade cutânea do paciente, além de outros fatores importantes, como a manutenção do ambiente terapêutico e a humanização da assistência (SANTOS; COSTA; SILVA, 2017).

Assim, o enfermeiro deve organizar, planejar e executar cuidados de alta complexidade, de forma individualizada, sistematizada, utilizando conhecimentos e habilidades previamente adquiridos na sua formação ou no contexto de trabalho, atendendo às necessidades do pacientes.

Fatores de Risco para Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgias Cardíacas

As ISC são consideradas como um grave problema não só de retardo da cicatrização da ferida, como também na demora do internamento do paciente e elevação do custo hospitalar (SANTANA; OLIVEIRA, 2015).

A ISC é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, ocupa a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreende 14% a 16% das infecções encontradas nos pacientes hospitalizados. É uma das principais complicações no pós-operatório acarretando altos índices de morbidade e mortalidade (GRAÇA; MENDES; DOURADO, 2015).

É importante salientar que a frequência e a intensidade de cada complicação dependem muito do patógeno infectante e do local da ferida cirúrgica, observando-se que metade de todas as complicações pós-operatórias são de origem infecciosa. Vários fatores contribuem para aumentar a incidência de infecções pós-operatórias, que podem estar relacionadas com as condições prévias do paciente, tais como doenças preexistentes (fatores intrínsecos), desnutrição, idade avançada, obesidade e defesas orgânicas alteradas (SANTOS; COSTA; SILVA, 2017).

Como exemplo de fatores extrínsecos, a técnica cirúrgica adotada e o uso de sondas e drenos como fatores que contribuem para o aparecimento da infecção na incisão (SILVA; BARBOSA, 2012).

Quanto aos fatores de risco, têm-se como resultados obtidos e descritos pelos autores dos artigos 3 e 5 os riscos intrínsecos e extrínsecos.

Os primeiros se relacionam ao indivíduo: extremos de idade, hábitos de vida, patologia de base, patologias associadas. Os segundos se referem aos procedimentos assistenciais e técnicas adotadas: técnica cirúrgica e materiais utilizados, potencial de contaminação, preparo pré-operatório, ambiente cirúrgico, paramentação cirúrgica, antibioticoprofilaxia, tempo do procedimento cirúrgico (SANTOS; COSTA; SILVA, 2017).

Ao contrário do fator idade, quando se fala em hábitos de vida e patologias associadas, a maioria dos autores aponta como fatores desencadeantes de infecções o tabagismo, a diabetes, neoplasias e obesidade, sendo este último o mais apontado e relacionado com o desenvolvimento das ISC (SOARES, et al, 2011).

O tabagismo é apontado como o principal fator de risco para o aparecimento de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas, por alterar condições de fluxo sanguíneo para a área que foi traumatizada durante o ato cirúrgico. Novas pesquisas, porém, ainda necessitam ser realizadas para averiguar a sua relação com as demais condições cirúrgicas (SOARES, et al, 2011).

Pode-se inferir que pessoas que não apresentam patologias associadas têm risco diminuído de evoluir para uma ISC quando comparadas àquelas com algum

tipo de patologia.

O diabetes, a obesidade e as neoplasias são fatores importantes a serem considerados na infecção do sítio cirúrgico (SANTANA; OLIVEIRA, 2015).

Apesar dos processos obtidos com o desenvolvimento da antibioticoterapia no tratamento de doenças hospitalares, observa-se que as infecções dos sítios cirúrgicos continuam sendo motivo de preocupação, principalmente quando há abertura espontânea, deiscência da ferida operatória.

Ocorre que a cicatrização é universal e após o ferimento, ocorre uma sequência de reações físicas, químicas e biológicas cuja finalidade é reconstituir a continuidade tecidual que foi interrompida, sequência esta idêntica em qualquer tipo de lesão tissular e pode ser dividida em três fases, ou seja, inflamatória, fibroblástica e maturação, que embora sejam distintas, se sobrepõem de tal maneira que numa delas pode observar elementos da fase subsequente e vice-versa, num processo de envolvimento eminente e dinâmico (SILVA; BARBOSA, 2012).

Os fatores de risco mais prevalentes neste estudados, citados em oito (80%) dos artigos analisados, alguns têm recebido maior atenção, diabetes mellitus, tabagismo, re-operação e cirurgia de emergência, especialmente a permanência por mais de 72 horas no pré-operatório em UTI, uso do antibiótico profilático principalmente do intervalo entre a administração e o início da cirurgia, este último tem sido mais estudado para infecção do sítio cirúrgico.

Saber acerca da patologia prévia do paciente é importante porque constitui risco para infecção, razão da avaliação clínica ser uma importante ferramenta para direcionar os cuidados perioperatórios.

O fatores que mais foram abordados, foram didaticamente divididos em dois grupos que influenciam no aparecimento das infecções relacionadas ao hospedeiro e à cirurgia: Relacionado ao hospedeiro: a) risco comprovado; b) risco provável; c) risco possível; Relacionado à cirurgia: a) risco comprovado; b) risco provável; c) risco possível (SANTOS; COSTA; SILVA, 2017).

Os artigos 03, 04, 05, em singularidade apontam o risco comprovado para o hospedeiro: grau de severidade da doença, condições do paciente no momento da anestesia, idade avançada, obesidade mórbida, infecções à distância, período pré-operatório prolongado, a má nutrição e a albumina baixa representam risco provável; Como risco possível os artigos analisados citam a imunossupressora, o câncer e o diabetes mellitus. Para o risco comprovado relacionado à cirurgia os artigos apontam a tricotomia com lâmina, duração prolongada da cirurgia, contaminação, microbiana intraoperatória; Quanto aos riscos prováveis analisados, a admissão hospitalar prolongada, o trauma tecidual e procedimentos múltiplos encerram esta classe; e o risco possível compreende cirurgião inexperiente, falhas em fechamentos, de espaços mortos, hemostasia pobre, corpos estranhos, excesso de pessoas na sala

cirúrgica, drenos, furos em luvas, cirurgia de emergência, não realização de banho/higiene préoperatória.

Importância do Controle Glicêmico para a Prevenção das Isc.

O controle glicêmico é um aspecto importante a ser observado na prevenção das infecções do sítio cirúrgico, ocupando posição de igual relevância entre outras medidas preventivas tradicionais, como apropriada antibioticoprofilaxia, normotermia e remoção de pelos.

A manutenção dos índices glicêmicos deve ser uma meta durante o perioperatório. Quanto ao benefício da infusão contínua de insulina, parece haver uma tendência de sua superioridade na prevenção de ISC e outros desfechos, mas existe uma grande variedade de intervenções testadas, diferentes valores de corte relacionados à glicemia e diversidade no momento de início da intervenção (FREITAS, et al, 2013).

Os artigos 8 e 9 apontam que a hiperglicemia pode favorecer o aparecimento de comorbidades no pós-operatório, como deiscências, fístulas, bacteremias, falência renal e infecções do trato urinário, de corrente sanguínea e o aumento das taxas de ISC (DOMINGOS; LIDA; POVEDA, 2016).

Os estudos incluídos na presente revisão parecem concordar que a manutenção da glicemia entre 80 e 120 mg/ dL está associada a menores taxas de complicações no pós-operatório e, dessa forma, a menores custos para a unidade hospitalar.

É importante frisar que modelos menos criteriosos de controle glicêmico foram associados, independentemente, à maior incidência de ISC. Cabe destacar ainda que investigações com diferentes desenhos metodológicos parecem concordar que a manutenção da glicemia abaixo de 200 mg/ dL, ou ainda, abaixo de 150 mg/dL⁽²⁶⁾ previne a ocorrência de ISC (DOMINGOS; LIDA; POVEDA, 2016).

Dessa forma, a hiperglicemia está relacionada a dificuldades no processo de recuperação do paciente no pós-operatório, levando a limitações posteriores, provenientes de um processo de cura incompleto ou ineficaz. Evidencia-se, ainda, a atuação da equipe de enfermagem, em especial a do enfermeiro, no adequado preparo, na administração de medicamentos e no controle rigoroso dos níveis glicêmicos, para tanto, o profissional deve compreender o processo fisiopatológico da hiperglicemia, para poder oferecer o melhor atendimento, embasado nas mais recentes evidências científicas (FREITAS, et al, 2013).

CONCLUSÃO

O enfermeiro tem o contato mais direto com o paciente, de modo que cumpre o papel extremamente importante nesse processo ao orientar os profissionais para

prevenir e controlar a infecção, e ao contribuir com medidas específicas para que não haja disseminação de microorganismos no ambiente hospitalar.

Pode-se perceber ao longo da revisão que o profissional de enfermagem é o profissional que está mais apto para operar no controle da ISC por causa da sua função que o coloca em maior contato e mais perto do acompanhamento da evolução clínica do paciente, por isso é o primeiro a observar mudanças no seu quadro clínico que podem levar ao quadro de infecção. E observou-se que este quadro é uma das intercorrências mais presentes no período pós-operatório juntamente com a presença de dor e problemas de cicatrização de qualquer ato cirúrgico, e no caso deste estudo, posteriormente a cirurgia cardíaca.

É necessária uma ampliação nas pesquisas de modo geral, enfatizando preferencialmente na prevenção de infecções. Pois tais pesquisas têm impacto considerável na saúde dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas.

Quanto à prevenção e ao controle da ISC, percebe-se que é preciso envolver toda a equipe multiprofissional através de educações permanentes, estudos de casos e discussões que permitam entender os fatores predisponentes à infecção, na tentativa de minimizar os riscos inerentes ao paciente, evidenciados neste estudo.

O ambiente de trabalho das unidades de pós-operatório de cirurgias cardíacas coloca o enfermeiro diante do desafio de exercer funções e atividades complexas, visando à assistência de enfermagem holística e qualificada ao paciente, tornando-se essencial a aquisição de competências.

A enfermagem e o cuidado devem estar sempre visando a proximidade com o paciente no período pós-operatório, oferecendo assistência de qualidade e garantindo segurança ao paciente que precisa ser reavaliado ao longo de toda a permanência no ambiente hospitalar, e aperfeiçoar técnicas de documentação e registros de toda assistência dispensada, movimentação do paciente, recursos para a proteção contra infecções e verificação contínuas das condições clínicas do mesmo.

No entanto, sugere-se que o enfermeiro participe mais ativamente do desenvolvimento de investigações sobre a temática, devendo se apropriar e desenvolver estudos que indiquem quais são as formas mais apropriadas e bem-sucedidas para o controle da ISC, bem como descrevendo como tais intervenções implicam a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. P. M. **Intervenções de enfermagem na prevenção de infecção de sítio cirúrgico em neurocirurgia**: Revisão integrativa da literatura. Rio de Janeiro. Monografia apresentada ao aviso de graduação de enfermagem. Universidade Federal Fluminense, 2014.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **SÍTIO CIRÚRGICO**: Critérios Nacionais de Infecção relacionadas à assistência à saúde. Brasília, 2009.

- AZZOLIN, G. M. C; MANCIO, M. L. R. M. **Ação educativa como instrumento de trabalho do enfermeiro: revisão bibliográfica.** 2º Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem-SITEN, Curitiba-PR, 2008.
- CARVALHO, C. R. R. Atuação de Enfermagem Diante da ferida cirúrgica infectada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, nº 18, 2008.
- COSTA, I. A. História da cirurgia cardíaca brasileira. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.** São Paulo, v.14, n. 3, julho, 1999.
- DOMINGO, C. M. H; LIDA, L. I. S; POVEDA, V. B. Estratégia de Controle glicêmico e a ocorrência de infecção do Sítio Cirúrgico: Revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.30, nº 5, 868-874, 2016.
- FREITAS, P. S, et al. **Revista Eletrônica Enfermagem.** São Paulo, v.15, nº 2, 41-50, abril/junho, 2013.
- FRUTUOSO, I. G. C. **Prevenindo infecção hospitalar em UTI: olhar do enfermeiro.** Salvador. Monografia (Especialização). Universidade Castelo Branco, 2010.
- GELAPE, C. L. Infecção do Sítio Operatório em Cirurgia Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** Minas Gerais. V.89, n.1, 3-9, 2005.
- GRAÇA JÚNIOR, C. A. G, et al. Infecções em pacientes no pós-operatório em cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde – REPIS.** Piauí, v. 1, 59-73, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Diretrizes para prevenção de infecção de sítio cirúrgico:** pós operatório. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/diretrizes-para-prevencao-de-infeccao-de-sitio-cirurgico-pos-operatorio>>. Acesso em 23/02/2018
- JOÃO, P. R. D; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v.79, 13-22, 2003.
- OLIVEIRA, A. C, et al. Incidência de infecção do sítio cirúrgico em um hospital universitário. **Ciências e Cuidados em Saúde.** Minas Gerais, v.6, n.4, 486-493, 2007.
- OLIVEIRA, M. E; PAULA, J. B. Fatores associados à infecção de Sítio Cirúrgico em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca com esternotomia. **Revista Saúde Santa Maria.** Curitiba, v.40, n.1, 37-44, janeiro/julho, 2014.
- PEREIRA, M. S, et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto contexto enfermagem.** Góis, v.14, n.2, 50-58, 2005.
- PRATES, P. R. Pequeno histórico da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos.... **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.** São Paulo, v.14, n.3, julho, 1999.
- RIBEIRO, C. P, et al. Diagnostico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Rene,** Rio Grande do Sul, v.16, n.2, 159-177, 2015.
- SANTANA, C. A; OLIVEIRA, C. G. E. Assistência de enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa da literatura. **Revista eletrônica Atualiza Saúde.** Salvador, v.1, n.1, janeiro/junho, 2015.
- SANTANA, RF; DELPHINO, TM; PEREIRA, SK; AMARAL, DM; SILVA, DM, SOARES, TS. **NANDA**

International Diagnosis. Kaukauna, WI, EUA, 2013.

SANTOS, A. P. A, et al. O Enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Competências profissionais e estratégias da organização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.50, n.03, 474-481, 2016.

SANTOS, R. E. V, et al. **Transplante cardíaco: evolução nos cuidados de enfermagem no pós-operatório.** International Nursing Congress. Maceió, v.1, 9-12, maio, 2017.

SERVILHA, H. A; PAIVA, L. S. J; POVEDA, V. B. Análise das variáveis ambientais em salas cirúrgicas: fontes de contaminação. **Revista SOBECC.** São Paulo, v.19, n.3, 123-128, 2014.

SILVA, Q. C. G; BARBOSA, M. H. Fatores de risco, para infecções do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas. **Acta Paul, Enfermagem.** Minas Gerais, V. 25, n.2, 89-95, 2012.

BATISTA, R. S, et al. Sepsis: atualidades e perspectivas. **Rev Bras Ter Intensiva.** São Paulo, v. 23, n. 2, 207-216, 2011.

SOARES, G. M. T, et al. Prevalência das principais complicações pós-operatório em cirurgias cardíacas. **Revista Brasileira Cardiológica.** Minas Gerais, v.3, nº 24, 139-146, 2011.

SOBECC, **práticas recomendadas.** 5. Ed. 38p. 2009.

CAPÍTULO 10

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA EM CIRURGIAS CARDÍACAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 18/04/2020

Linda Concita Nunes Araujo

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7019829741652906>

Erika Priscila Porto de Lima

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3583950667340331>

Vanessa da Silva Santos

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7750244330312564>

Margarete Batista da Silva

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1148699811363181>

Rosa Caroline Mata Verçosa

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5707412783533780>

Thayse Mayanne Correia Belo Cardoso

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8974069923999190>

Arly Karolyne Albert Alves Santos

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6590836480406564>

Arlyane Albert Alves Santos

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2161242653556754>

Juliana de Moraes Calheiros

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9804302010828294>

Camila Correia Firmino

Faculdade Estácio de Alagoas-FAL

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7758263791772290>

Lidiane da Silva Campos

Centro Universitário Maurício de Nassau

Maceió– Alagoas

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5439158553956251>

RESUMO: **Introdução:** As doenças cardiovasculares têm se manifestado

em grande proporção e dentre os pacientes acometidos, alguns necessitam de tratamento clínico e/ou cirúrgico, com a finalidade de restaurar a capacidade funcional do coração. A infecção hospitalar é um grande problema na saúde pública no Brasil e no mundo, aumentando o risco aos pacientes que se submetem a procedimentos terapêuticos ou diagnósticos. O estudo tem como objetivo descrever quais os fatores de risco que predisõem infecção da ferida operatória em cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a coleta de informações foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). **Resultados:** Após a construção da estratégia de busca, critério de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 artigos. Os fatores de risco de infecção foram: sexo masculino; pacientes sexagenários; comorbidades mais comuns nos pacientes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e dislipidemia. **Conclusão:** Reforça-se a necessidade de um planejamento perioperatório específico para pacientes com comorbidades cardiovasculares de forma interdisciplinar, como também, um direcionamento especializado da assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Pós-Operatórios. Cirurgia Cardíaca. Infecção da Ferida Cirúrgica.

RISK FACTORS FOR SURGICAL WOUND INFECTION IN HEART SURGERY: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Cardiovascular diseases have manifested themselves in a large proportion and among the affected patients, some require clinical and / or surgical treatment, in order to restore the functional capacity of the heart. Hospital infection is a major public health problem in Brazil and worldwide, increasing the risk to patients who undergo therapeutic or diagnostic procedures. The study aims to describe which risk factors predispose surgical wound infection in cardiac surgery.

Methodology: This is an integrative literature review, information collection was carried out at the Virtual Health Library (VHL), in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Database Nursing Data (BDENF) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). **Results:** After the construction of the search strategy, inclusion and exclusion criteria, 11 articles were selected. The risk factors for infection were: male gender; sexagenarian patients; most common comorbidities in patients were: Systemic Arterial Hypertension (SAH), Diabetes Mellitus and dyslipidemia. **Conclusion:** It reinforces the need for specific perioperative planning for patients with cardiovascular comorbidities in an

interdisciplinary way, as well as a specialized direction of nursing care.

KEYWORDS: Postoperative Care. Cardiac surgery. Surgical Wound Infection.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo tem como objeto os fatores de infecção hospitalar em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. As doenças cardiovasculares são consideradas como um grande problema de saúde pública estão entre as principais causas de morte na população adulta em todo mundo. Existem diversos tipos de fatores de risco que favorecem ao aparecimento das doenças cardiovasculares, dentre alguns podemos destacar: hipertensão arterial, diabetes, obesidade e tabagismo (CICHOCKI, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 17,7 milhões de pessoas morreram em virtude de doenças cardiovasculares no ano de 2015, marcando 31% de todas as mortes em nível global. Desta maneira, calcula-se que 7,4 milhões desses óbitos acontecem devido as doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares encefálicos (AVE); 3/4 dos óbitos por doenças cardiovasculares acontecem em países de baixa e média renda. Dos 17 milhões de óbitos prematuros (indivíduos com menos de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, 82% sucedem em países de baixa renda e média renda e 37 % são provocados por doenças cardiovasculares (OMS, 2017).

Alguns pacientes necessitam de tratamento clínico ou cirúrgico, com a finalidade de restaurar a capacidade funcional do coração, minimizando os sintomas e possibilitando ao paciente o retorno a suas atividades normais, levando em consideração que as cirurgias cardíacas são consideradas cirurgias de grande porte. Este tipo de intervenção é indicado quando há possibilidade de oferecer ao paciente uma melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2016).

Toda e qualquer intervenção cirúrgica é passível de intercorrências, dentre elas as Infecções Relacionada à Assistência de Saúde (IRAS). Os três tipos de infecções mais comuns são: Infecções do Trato Respiratório (ITR), Infecção do Trato Urinário (ITU) e a Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) (OLIVEIRA et al., 2016).

O tempo de internamento nas unidades hospitalares está diretamente relacionado com o aumento das infecções hospitalares, necessitando de uma grande atenção das instituições de saúde, sendo associado ao índice de mortalidade do paciente. No Brasil, o Tempo de Permanência Hospitalar (TPH) é estudado através do tempo de internação do paciente, observando causas como as complicações intra e pós-operatórias das cirurgias cardíacas, que é capaz de aumentar o período de internação do paciente na instituição (CONTRIN et al., 2018).

Complicações pós-operatória podem ocorrer em até 30 dias depois da cirurgia alterando seu quadro clínico ou até mesmo pode ser uma infecção do sítio cirúrgico

que pode acontecer em até 7° e 14° dia após a alta hospitalar (BECCARIA et al., 2015). Nota-se que mesmo com o avanço dos métodos cirúrgicos e na assistência prestada ao paciente no período de pós-operatório, ainda assim algumas complicações podem surgir como complicações pulmonares, neurológicas, infecciosas e renais (CONTRIN et al., 2018).

As complicações cirúrgicas podem ocorrer em decorrência de infecções a depender vários fatores, como o paciente, a equipe e a estrutura hospitalar, ou a contaminação da ferida cirúrgica durante os procedimentos. Vários fatores podem favorecer a infecção do sítio cirúrgico, levando em conta o patógeno, a carga microbiana a patogenicidade e infectividade. Em relação ao paciente, pode ser a idade extrema, doenças ou a situação nutricional dentre outras (OLIVEIRA; SARMENTO, 2015).

As ISC representam um problema de saúde pública, pois estão associadas à morbimortalidade significativas, custos elevados relacionados aos gastos diretos com o tratamento, exames, uso de antibióticos e prolongamento do tempo de internação do paciente, como também, contribuem aumentando o tempo de afastamento do paciente do trabalho e em alguns casos, culmina em danos permanentes à saúde, gerando impacto importante para as instituições hospitalares, para o Sistema de Saúde e para Previdência Social (BARROS, 2016).

Alguns dos fatores de risco que estão ligados a essas infecções entre eles, o número de pessoas na sala de cirurgia, esterilização dos materiais e a experiência da equipe envolvida estão ligados ao aumento consequente das Infecções Hospitalares (IH), visto que pode se desenvolver até o 30° dia de pós-operatório, ou até 1 ano se for casos de cirurgia de próteses ou implantes (MARTINS et al., 2018).

Para o controle dessas infecções, ressalta-se a equipe multiprofissional nos cuidados prestados aos pacientes com procedimentos de precauções, a higiene das mãos, treinamento e capacitação da equipe de profissionais (OLIVEIRA et al., 2016). Assim, a enfermagem por estar na linha de frente em seu cotidiano com os pacientes, tem um papel fundamental no controle de infecção hospitalar, visto que as infecções hospitalares em sua maioria são causadas pela flora normal do próprio paciente, e outra parte são transmitidas pelas mãos dos próprios profissionais da saúde (ROCHA; LAGES, 2016).

O estudo teve a seguinte questão norteadora: Quais os fatores de risco que predisõem a infecção da ferida operatória em cirurgias cardíacas? Como objetivo, descrever quais os fatores de risco que predisõem a infecção das feridas operatórias em cirurgias cardíacas.

2 | METODOLOGIA

O estudo tratou-se de uma revisão integrativa. Para a realização da revisão integrativa foram utilizadas as seguintes etapas: definição do tema e a elaboração de uma pergunta de pesquisa, estratégia de base de dados, determinado os critérios de inclusão e exclusão, realizada a análise e classificação desses dados, feito a discussão desses resultados, produção do artigo e apresentação dos resultados (CUNHA; ALVES, 2014).

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos disponíveis nas bases de dados disponível na íntegra, nos idiomas inglês e português, nos anos de 2007 ao primeiro semestre de 2019. A ampliação do período se deu em virtude do quantitativo de publicações relacionadas ao objeto de estudo. Como critério de exclusão, artigos que não corresponderam a temática da pesquisa, teses, monografias e manuais. A coleta de informações foi realizada por meio das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) por meio dos descritores selecionados segundo a classificação dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados Pós-Operatórios; Cirurgia Cardíaca; Infecção da Ferida Cirúrgica.

Foi realizado o cruzamento de todos os descritores, ficando assim as seguintes estratégias de busca: “Cuidados Pós-Operatórios” AND “Cirurgia Cardíaca”; “Cuidados Pós-Operatórios” AND “Infecção da Ferida Cirúrgica” e “Cirurgia Cardíaca” AND “Infecção da Ferida Cirúrgica”.

3 | RESULTADOS

Na primeira etapa de seleção, foram encontrados 210 artigos científicos, sendo 85 disponíveis. Após avaliação inicial, dos 85 artigos encontrados, 45 artigos foram excluídos após a leitura dos títulos, restando 40 artigos. Transcorreu-se a leitura dos resumos sendo excluídos destes 04 artigos, restando 36 artigos. Prosseguiu-se, então, para leitura na íntegra onde foram excluídos 25 artigos por não corresponderem com a temática abordada. Restando 11 artigos que atendem aos aspectos do estudo como demonstrado na tabela 02.

Estratégia De Busca	Resultado	Aplicação filtro “Texto disponível”	Após Leitura do Título	Após Leitura do Resumo	Após leitura do artigo na íntegra	Amostra final
“Cuidados Operatórios” AND “Cirurgia Cardíaca”	31	31	07	02	02	02

“Cuidados Operatórios” AND “Infecção da Ferida Cirúrgica”	Pós-AND	02	02	00	00	00	00
“Cirurgia Cardíaca” AND “Infecção da Ferida Cirúrgica”	AND	177	52	38	34	09	09
AMOSTRA FINAL		11 artigos					

TABELA 01: Descrição dos estudos Selecionados

Fonte: Dados coletados pelos autores (2019).

A partir da metodologia aplicada conforme descrita no TABELA 01, para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o QUADRO 2 com dados sobre título / autores, local de publicação / ano da pesquisa, objetivo, resultado e conclusão.

TÍTULO / AUTORES	ANO / LOCAL	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Sepse no Pós-operatório de cirurgia cardíaca: Descrição do problema/ OLIVEIRA et al.	2010 / Universidade Federal de São Paulo	Avaliar a prevalência, a evolução hospitalar e o prognóstico de pacientes que apresentaram sepse no pós-operatório de cirurgia cardíaca.	A sepse ocorreu em 29 pacientes (prevalência = 0,39%). O sexo masculino predominou sobre o feminino (79% vs. 21%). A idade média foi de 69 ± 6,5 anos	A sepse após cirurgia cardíaca foi um evento raro, porém com desfechos clínicos catastróficos. O índice elevado de morbidade revelou a necessidade de um tratamento, visando a evolução clínica dos pacientes
Causas de readmissão após cirurgia cardíaca/ BARREIROS et al.	2016 / universidade de São Paulo, SP	Identificar o perfil e as causas de readmissão de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	Observa-se que os pacientes readmitidos eram predominantemente homens, acima dos 60 anos, hipertensos e dislipidêmicos.	Conclui-se que a principal causa de readmissão foi a infecção do sítio cirúrgico
“Bundle” de Prevenção de sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca/ ANDRADE et al.	2018 / Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul- Porto alegre		O resultado do estudo compreendeu a uma análise multivariada e as variáveis que se associaram com o diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico, obesidade e diabetes mellitus.	Foi evidenciado no estudo que a adesão completa ao “bundle” não se associou com a redução do risco de infecção cirúrgicas.
Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos cardíacos / BARROS et al.	2018 / Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil	Descrever os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico presentes em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.	Foram estudados 50 pacientes, 19 casos e 31 controles. A ocorrência de infecção foi mais frequente em idosos do sexo masculino.	Os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirúrgicas cardíacas requerem dos profissionais envolvidos no processo maior controle para reduzir os índices dessas complicações.

<p>Impacto das infecções hospitalares na evolução de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca na Santa Casa de Misericórdia de Marília / CONTERNO et al.</p>	<p>2014 / SP, Brasil</p>	<p>Determinar as taxas das infecções hospitalares, os fatores de risco associados e o impacto destas infecções na mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.</p>	<p>As variáveis independentes associadas a mortalidade foram: idade >60 anos, uso de droga vasopressora, uso de insulina, reintervenção cirúrgica, pneumonia e infecção da corrente sanguíneas.</p>	<p>Infecções hospitalares não cirúrgicas são frequentes pós cirurgia cardíaca aumentam a chance de infecção cirúrgica e mortalidade.</p>
<p>Infecção do Sítio Operatório em cirurgia Cárdica / Claudio Léo GELAPE, Claudio Léo</p>	<p>2007 / Belo Horizonte, MG</p>	<p>Analisar os fatores de risco para infecção em cirurgia cardíaca</p>	<p>Analisar a principais complicações e fatores de risco e Infecção do sítio Operatório em Cirurgia Cárdica</p>	<p>Outras variáveis estão associadas a maior estada hospitalar, como: idade dos pacientes acima de 58 anos, tempo prolongado em ventilação mecânica em UTI(> de 96 horas).</p>
<p>Fonte de variação nas taxas de infecção em nível hospitalar após a cirurgia de revascularização do miocárdio: uma análise do banco de dados de cirurgias cardíacas em adultos da Sociedade de cirurgiões Torácicos / LIKOSKY et al.</p>	<p>2015 / Boston, Massachusetts</p>	<p>Analisar pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) apresentam risco de uma variedade de infecção.</p>	<p>As IRAS ocorreram entre 3,97% dos pacientes em geral,mas as taxas variaram entre os grupos hospitalares(baixa:<0,84% média:0,84% a 8,41%,alta:>8,41%).</p>	<p>Dadas as relativamente pequenas diferenças absolutas nas comorbidades entre os grupos hospitalares, nossos achados sugerem que outros fatores além do mix de casos podem explicar a variação observada nas taxas de IRAS.</p>
<p>Análise crítica do protocolo de tratamento da ferida operatória complicada após esternotomia para cirurgia cardíaca / GALLAFRIO et al.</p>	<p>2017 / Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP</p>	<p>Realizar levantamento dos pacientes vítimas dessa grave complicação que tenham sido tratados segundo o protocolo desenvolvido e aprimorado no Instituto do Coração das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p>	<p>Dos 64 pacientes,30 eram mulheres (47%) e 34 eram homens(53%);a mediana de idade foi 62 anos,84% doa pacientes (54 de 64 possuíam alguma comorbidade</p>	<p>Os dados analisados nos permitem concluir Que o método padronizado adotado trouxe impacto na redução da mortalidade Global dos pacientes ,além da redução de recidiva e reinternações.</p>

Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca / SILVA, Quenia Cristina Gonçalves; BARBOSA, Maria Helena.	2012 / Uberaba (MG)	Analisar a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico (ISC) nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período entre julho de 2005 e julho de 2010.	Verificou-se que 36 (9,4%) pacientes evoluíram com ISC e que a mortalidade foi de 14(38,9%). O <i>Staphylococcus aureus</i> foi o microrganismo prevalente 12(27,3%).	Os fatores de risco preditores para ocorrência de ISC ($p < 0,05$) foram: gênero masculino, reintubação e tempo de intubação maior que 24 horas.
Cenário ambulatorial de pacientes com sítio cirúrgico infectado após intervenção cardíaca / KAHL et al.	2019 / Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Verificar o perfil clínico-cirúrgico e os resultados de pacientes acompanhados em um ambulatório de ferida operatória após cirurgia cardíaca	Entre os 150 pacientes, predominaram sexagenários ($61,7 \pm 11,4$ anos), hipertensos (75%), diabéticos (44,7%)	Pacientes sexagenários, hipertensos, diabéticos e revascularizados constituíram a população acompanhada no ambulatório de feridas.
Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas / PIVOTO et al.	2010 / Rio Grande do Sul	Identificar em conjunto com enfermeiras de uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-operatória Cardiológica, diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, com vistas à futura implementação do processo de enfermagem nessa unidade.	Foram estabelecidos 15 diagnósticos, segundo a Taxonomia II da Norte American Nursing Diagnosis Association, corroborados por outros autores.	Identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem e subsidia o estabelecimento de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais apresentadas por esses pacientes.

Quadro 02 – Descrição dos artigos selecionados

Fonte: Dados coletados pelos autores (2019).

Quanto às bases de dados, a maior parte dos artigos foram encontrados no MEDLINE 9% (1 artigo), no LILACS 82% (9 artigos) e na BDEF 9% (1 artigo). No que concerne à autoria dos artigos e a apresentação dos resultados 36 % (3) foram enfermeiros e 64% (7) equipe multiprofissional. No que concerne quanto ao ano de publicação foram em: 2007, 9 % (01) artigo; 2010, 18,5% (02) artigos; 2012, 9% (01) artigo; 2014, 9 % (01) artigo; 2015, 9% (01) artigo; 2016, 9 % (01) artigo; 2017, 9% (01); 2018, 18,5 % (02) artigos e em 2019 com 9% (01).

4 | DISCUSSÃO

De acordo com os estudos realizados por Oliveira et al. (2010), e Kalh et al. (2019), as principais comorbidades associadas ao maior risco das complicações no pós-operatório das cirurgias cardíacas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia, Histórico Familiar de Doença Cardíaca e Tabagismo.

Em seu estudo, participaram 7.332 pacientes, a maioria do sexo masculino, em pós-operatório de cirurgia cardíaca onde destes, 29 dos pacientes apresentaram quadro de sepse no período pós-operatório, com idade entre 65 e 66 anos. A hiperglicemia alta devido ao estresse, eleva as taxas de hemoglobina glicada no período pré-operatório, favorecendo o aumento da infecção. Portanto, se faz muito importante o controle glicêmico, como também o do tabagismo que estão ligados ao aparecimento de Infecção do Sítio Cirúrgico.

No estudo realizado por Gallafrio et al. (2017), foi evidenciado 11 óbitos diante das complicações infecciosas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais identificada. A média de idade dos participantes do estudo foi de 61 anos de idade. O estudo de Likosky et al. (2015), identificou que as mulheres, o tabagismo, o histórico de diabetes, doença pulmonar crônica, doença vascular periférica e ainda aqueles que fazem tratamento com imunossupressores são os que apresentam maiores taxas de infecção.

Gallafrio et al. (2017), realizaram um estudo com pacientes que adquiriram infecção da ferida operatória após uma esternotomia para a cirurgia cardíaca para identificar os possíveis fatores das infecções. Dos pacientes analisados no estudo, a maior parte eram homens, e pacientes com idades média de 62 anos, e parte desses pacientes apresentaram alguma comorbidade, como HAS, DM, dislipidemia (DLP), obesidade, Doença Arterial Coronariana (DAC) e tabagismo.

Os fatores de risco que estão relativamente ligados ao aparecimento da Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) na cirurgia cardíaca, são: idade avançada, diabetes mellitus mal controlada o uso de imunossupressores, o tempo da cirurgia, tricotomia, hipóxia, hipotermia, o tempo de internamento no pré-operatório por mais de 24 horas consecutivas, e doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e uso

não uniforme da antibioticoprofilaxia (BARROS et al., 2018).

De acordo com Andrade et al. (2018), os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca tem mais chances de desenvolver as ISC e vários fatores estão associados as essas infecções entre eles: idade, estado nutricional, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, infecções coexistente em outro sitio, tempo de permanência no pré-operatório, preparo da pele, ventilação mecânica, quebra de técnicas assépticas, a inadequação da higiene das mãos, distrações no campo operatório, número de abertura de portas, ou de outros fatores relacionados ao ambiente.

A partir de um estudo desenvolvido por enfermeiros, foi identificado que a principal causa de readmissão hospitalar tem sido a ISC, como também, os pacientes readmitidos apresentavam comorbidades que favorecem a infecção da ferida operatória como obesidade, diabetes, HAS, tabagismo entre outros (BARREIROS et al., 2016).

As infecções de sítio cirúrgico são uma das complicações cirúrgicas mais frequentes e conseqüentemente, também responsável por altos índices de morbimortalidade. Vários fatores podem influenciar e agravar o quadro infeccioso do paciente, são eles: Diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, extremos de idade e tabagismo. É de suma importância a identificação desses fatores de risco preferencialmente no pré-operatório (GELAPE, 2007).

As complicações das infecções após as cirurgias cardíacas limpas, ocorreram em até 3,5% dos pacientes sendo as mais relevantes: mediastinite, infecção no sítio de retirada da veia de safena, endocardite, infecção esternal, infecção de ferida operatória torácica, sepse entre outras (OLIVEIRA et al., 2010). As taxas de infecções no pós-operatório correspondem de 3,5% a 21%, sendo a mais prevalente as Infecções do Trato Urinário (ITU), devido ao uso do cateter vesical, infecção da corrente sanguínea ou infecção do cateter venoso central (CVC) (CONTERNO et al. 2014).

No estudo de Gelape (2007), as infecções prevalentes em sítios cirúrgicos foram safenectomia e mediastinite sendo esta, uma complicação infecciosa grave que envolve o espaço mediastinal e o esterno. Dentre os fatores de risco que estão associados para o aumento da infecção no mediastino estão: pacientes do sexo masculino, a idade avançada, obesidade, tabagismo crônico associada à DPOC, infecção em outro local no pré-operatório aumentando em oito vezes o risco de o paciente desenvolver medistinite no pós-operatório, diabetes mellitus e pacientes com reoperação cardíaca.

De acordo com Pivoto et al. (2010), que realizou um estudo com alguns pacientes, a fim de avaliar diagnósticos de enfermagem a partir da avaliação de registros de 20 pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos. Vários diagnósticos foram elencados, dentre eles: troca de gaze prejudicada, desobstrução ineficaz de

vias aéreas, comunicação prejudicada, hipertermia, débito cardíaco diminuído. Os diagnósticos mais comuns em cirurgias cardíacas foram: o risco de glicemia instável, risco de desequilíbrio do volume de líquidos. O risco de infecção esteve presente em todos dos pacientes avaliados do estudo.

Como medidas de prevenção para redução da infecção da ferida operatória, deve-se diminuir a contaminação que tem origem nas salas cirúrgicas. A circulação laminar do ar ambiente a utilização de raios UV, desinfecção de pisos e paredes, esterilização correta dos materiais cirúrgicos, dentre outros. A pele do paciente representa a principal fonte de contaminação endógena da ferida operatória. Portanto a preparação da pele é fundamental, o uso do antibiótico profilático também é recomendado com o objetivo de diminuir a taxa de infecções cirúrgicas (GELAPE, 2007).

Dentre algumas particularidades, em relação a prevenção e controle da Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), foram destacadas a antisepsia da pele, tempo de realização da tricotomia antes da incisão cirúrgica, que o ideal que seja 2 horas antes da cirurgia, a identificação do foco infeccioso e como também presença de comorbidades já existentes nos pacientes. Programas de atenção à saúde que abordem aspectos específicos a pessoas que pertencem a esse grupo de comorbidades devem ser implementados com intuito de diminuir as complicações no pós-operatório de cirurgias cardíacas (SILVA; BARBOSA, 2012).

Assim Andrade et al. (2018), mostrou que quando medidas preventivas são aplicadas aos procedimentos cirúrgicos, efetivamente há uma redução das taxas de infecções. Dentre algumas medidas, destacam-se: uso de antibiótico profilático até 1 hora antes da incisão e a suspensão do antibiótico até 48 horas de cirurgia cardíaca, remoção dos pelos no período pré-operatório, temperatura até 36,5 C°, no intraoperatório e controle glicêmico, estendendo-se após 48 horas de procedimento.

Embora a obesidade e a DM sejam fatores não modificáveis na maioria das vezes, estas patologias podem indicar riscos maiores fazendo com que os profissionais de saúde possam assumir um cuidado maior com este paciente, por exemplo, cuidado restrito com a técnica cirúrgica (redução do espaço morto, circulação tecidual, cuidados no pós-operatório) (ANDRADE et al., 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da importância da identificação dos fatores de risco para infecção da ferida operatória em cirurgias cardíacas. Obesidade, Diabetes, HAS, Dislipidemia, Tabagismo, sexo masculino, acima de 60 anos são as variáveis mais encontradas nos estudos abordados nesse trabalho. A cirurgia de revascularização do miocárdio foi o procedimento cirúrgico

com o maior índice de infecção de ferida operatória.

Diante destes achados, reforça-se a necessidade de um planejamento perioperatório por meio da equipe multiprofissional, levando em consideração que a infecção é adquirida durante a internação hospitalar e nesse sentido, é importante identificar os fatores de riscos mais comuns que predispõe a infecção da ferida operatória, pois, permite um direcionamento da assistência de enfermagem, por possibilitar reconhecimento prévio das necessidades apresentadas e fornecer um aporte para determinar as intervenções de enfermagem, já que são os enfermeiros os responsáveis pelo cuidado perioperatório destes pacientes.

Por fim, torna-se relevante a necessidade de realizar mais estudos voltados à temática, em busca de aprofundar o conhecimento, quanto de aprimorar e ampliar as ações voltadas a esses pacientes, com o objetivo de realizar o acompanhamento adequado e assistência qualificada, podendo assim favorecer a prevenção e o diagnóstico precoce das complicações relacionadas as cirurgias cardíacas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Lilian Silva de et al. **“Bundle” de Prevenção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca.** Arq. Bras. Cardiol. [Online]. *Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil* 2018, vol.112, n.6, pp.769-774. Epub Apr 08, 2019. ISSN 0066-782X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190070>. Acesso em:10 de outubro de 2019.
- BARREIROS, B. R. N. et al. **Causas de readmissão hospitalar após cirurgia cardíaca.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.39529>. Acesso em:09 de outubro de 2019.
- BARROS, C. S. M. A; et al. **Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos cardíacos.** Rev. baiana enferm. (2018); 32:e26045. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26045> Acesso em :18 de outubro de 2019.
- BARROS, Cláudia Silva Marinho Antunes. **Custos atribuídos às infecções de sítio cirúrgico em um Hospital Universitário em Salvador-Bahia.** Brasil.2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14243/2/Claudia%20Silva%20Marinho%20Antunes%20Barros%20Custos...%202016.pdf>. Acesso em:16 de março de 2019.
- BECCARIA, Lucia Marinilza et al. **COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA EM HOSPITAL DE ENSINO.** Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 37-41, out. 2015. ISSN 2318-3691.p. 37-41, out. 2015. ISSN 2318-3691. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/216>. Acesso em:23 de Abril de 2019.
- CICHOKI, Marcelo et al **Atividade Física e Modulação do risco Cardiovascular.** Revista Brasileira de Medicina Esporte, [online]. Vol.23, n.1, pp.21-25, 2017. ISSN 1517-8692. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172301159475>.Acesso em:15 de março de 2019.
- CONTERNO, L. O. et al. **Impacto das infecções hospitalares nos resultados dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca na Santa Casa de Misericórdia de Marília.** Rev Bras Cir Cardiovasc, São José do Rio Preto, v. 29, n. 2, p. 167-176, junho de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382014000200167&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de outubro de 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20140037>.

CONTRIN, L. M. et al. **Complicações pós-operatórias cardiocirúrgicas e tempo de internação.** Revista enfermagem UFPE. on line - ISSN: 1981-8963. Recife, 12(8):2105-12, ago., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234846p2105-2112-2018>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

CUNHA, Claudia Silveira Cunha; Alves. **Manual REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA INTEGRATIVA: a pesquisa baseada em evidências**, Grupo Ânima Educação, EAD Educação a distância, Belo horizonte 2014. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemica-integrativa.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2019.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. **Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF.** Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis, SC: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helio_Ferenhof/publication/325070845_DESMISTIFICANDO_A_REVISAO_DE_LITERATURA_COMO_BASE_PARA_REDACAO_CIENTIFICA_METODO_SSF/links/5af4caad4585157136ca3889/DESMISTIFICANDO-A-REVISAO-DE-LITERATURA-COMO-BASE-PARA-REDACAO-CIENTIFICA-METODO-SSF.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2019.

GALLAFRIO, et al. **Análise crítica do protocolo de tratamento da ferida operatória complicada após esternotomia para cirurgia cardíaca.** Rev. Bras. Cir. Plást. 2017;32(2):194-201. Disponível em: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0031 Acesso em: 12 de Outubro de 2019.

GELAPE, Cláudio Léo. **Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 89, n. 1, p. e3-e9, jul. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 de Outubro de 2019.

KAHL, E. R. P.Y. et al. **Cenário ambulatorial de pacientes com sítio cirúrgico infectado após intervenção cardíaca.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre , v. 40, e20180200, 2019. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180200>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

LIKOSKY et al., **Fontes de variação nas taxas de infecção em nível hospitalar após cirurgia de revascularização do miocárdio: uma análise do banco de dados de cirurgia cardíaca do adulto da Sociedade de Cirurgiões Torácicos.** Os Anais da cirurgia torácica, v. 100, n. 5, p. 1570-1576, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003497515008371>. Acesso em: 12 de Outubro de 2019.

MARTINS, et al. **FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS POTENCIALMENTE CONTAMINADAS.** Texto contexto - enferm. [on,line]. 2018, vol.27, n.3, e2790016. Epub Aug 06, 2018. ISSN 0104-0707.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300304&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em :28 de Setembro de 2019

OLIVEIRA, Adriana Cristina; SARMENTO, Camila Gama. **Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica** Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 49, núm. 5, outubro, 2015, pp. 767-774 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361042235009.pdf> Acesso em: 24 de Abril de 2019.

OLIVEIRA, DINALDO CAVALCANTI et al. **Sepse no pós-operatório de cirurgia cardíaca: descrição do problema.** Arq Bras Cardiol, v. 94, n. 3, p. 352-6, 2010. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2010/9403/pdf/9403012.pdf>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

OLIVEIRA, Júlio B. et al. **Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em unidade intensiva (UTI).** Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 2, n. 2, jun. 2016. ISSN 2448-1203. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1143/919>. Acesso em: 22 Mar. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças cardiovasculares, Organização Pam - Americana

de Saúde (OPAS) Brasil, revisado em 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096 Acesso em: 15 de maio de 2019.

PIVOTO, F. L. et al. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023866013.pdf>. Acesso em: 09 de outubro de 2019

RIBEIRO C. P; et al. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca** Rev Rene. 2015 mar-abr; 16(2):159-67, ISSN: 1981-8963. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2697/2082>. Acesso em :21 de abril de 2019

ROCHA, Junia Pisaneschi Jardim; LAGES, Clarice Aparecida Simão. **O Enfermeiro e a prevenção das infecções do sítio cirúrgico**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 30, p. 117-128, abr. 2016. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/357>. Acesso em: 26 de abril de 2019.

SILVA, Ana Luiza et al. **Medidas de prevenção à infecção hospitalar: uma revisão livre na literatura**. 2016. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/448>. Acesso em: 19 de maio de 2019.

SILVA, André, L. C. et al. **Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca**. 2016. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/714>. Acesso em: 19 de abril de 2019.

SILVA, Quenia Cristina Gonçalves; BARBOSA, Maria Helena. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 89-95, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026829022.pdf>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 14/02/2020

Antonio Jose Lima de Araujo Junior

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0453610026861615>

Priscila Nunes Costa Travassos

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5461031531651463>

Jessica Karen de Oliveira Maia

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3209665031835986>

Antonia Mayara Torres Costa

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8826488671778293>

Italo Marques Magalhães Rodrigues Vidal

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9357614664237108>

Francisca Josilany dos Santos Rodrigues

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3977670831447202>

Miguel Eusébio Pereira Coutinho Junior

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7738127069354723>

Nathaly Bianka Moraes Froes

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1523358593506793>

Luis Pereira da Silva Neto

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9772169013175587>

Ellys Rhaiara Nunes Rebouças

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6386653946120463>

Livia Karoline Torres Brito

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1744509748514083>

Tomaz Edson Henrique Vasconcelos

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9467970512508018>

RESUMO: Trata-se de um estudo de revisão integrativa em que investigou quais os principais estudos relacionados aos riscos e efeitos da interação medicamentosa no

ambiente de terapia intensiva. A busca dos artigos aconteceu no mês de julho de 2019 por meio da Biblioteca Virtual em Saúde utilizando-se dos descritores: Unidade de Terapia Intensiva e interações medicamentosas. Foram encontrados 179 artigos e, destes, foram selecionados apenas trabalhos com texto completo disponíveis, escritos em português ou inglês, apenas artigos, publicados nos últimos cinco anos, realizados com humanos e publicados em periódicos indexados por Qualis Enfermagem, chegando a amostra final de 11 artigos. Dos 11 artigos selecionados, a maioria foram publicados em revistas de Qualis B1, em língua portuguesa, sendo a maioria também de estudos transversais. Houve relevância no que diz respeito a observação de que pacientes em terapia intensiva estão mais vulneráveis a potenciais efeitos negativos de interações medicamentosas, considerando a extensa lista de medicamentos prescritos. A polifarmácia é apontada como um dos mais importantes fatores relacionados a efeitos deletérios da interação medicamentosa. Mostrou-se a importante função do profissional de enfermagem para que seja avaliado criteriosamente a realização do aprazamento da terapia medicamentosa prescrita, agindo de modo autônomo e empoderado para propor e intervir de modo ativo no processo de cuidar do paciente crítico. Conclui-se que os profissionais que exercem sua atividade em terapia intensiva precisam trabalhar no sentido de amenizar os efeitos potenciais das interações medicamentosas, no sentido de promover o melhor cuidado possível a pacientes que precisam de uma extensa quantidade de medicamentos que, muitas vezes podem oferecer riscos negativos no organismo, comprometendo e prolongando o processo de melhora de seu quadro clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva; Interações Medicamentosas; Segurança do Paciente.

DRUG INTERACTION IN INTENSIVE CARE UNIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This is an integrative review study that seeks to investigate the main studies related to the risks and effects of drug therapy in the intensive care setting. The search for the article took place in July 2019 at Health Virtual Library using descriptors: Intensive Care Unit and Medicinal Interactions. We found 27 articles and of these, 11 were selected after excluding articles that do not provide their own full texts or not indexed by Qualis. The quality criteria were the full papers, in Portuguese or English, published over the last five years, in journals with Qualis-nursing. Of the 11 articles selected, the majority were published in Qualis B1 journals in Portuguese, including the majority as cross-sectional Portuguese studies. There were relevancy over the fact that patients that depend on critical care are more vulnerable to precarious effects of the extensive pharmacological care. Polypharmacy is identified as one of the most important factors related to the effects of drug interaction. An important

role of the nursing professional has been shown so that it is strictly necessary to carry out a drug therapy program, autonomous and empowered to actively propose and intervene in the process of caring for the critically ill patient. It is concluded that professionals who work in intensive care have the purpose of mitigating the effects of drug interventions, in order to favor the best possible care to a patient who is concerned with a greater amount of medicines that often may pose negative growth risks, compromising and prolonging the process of improving your condition.

KEYWORDS: Critical Care Units; Medicinal Interactions; Patient Safety.

1 | INTRODUÇÃO

A interação medicamentosa é definida como um evento causado pela modificação do efeito ou aproveitamento de um fármaco no organismo em virtude de outro (SOUZA; SILVA; LANGARO, 2017). Neste sentido, quaisquer efeitos que a terapia medicamentosa pode causar no organismo merece atenção criteriosa, principalmente ao considerar que o paciente se apresenta em cuidados intensivos.

Os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão mais vulneráveis aos efeitos negativos envolvendo a interação medicamentosa, ao considerarmos que, na maioria das vezes, estes pacientes em estado crítico necessitam de uma extensa prescrição de medicamentos. Os Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) consistem, dessa maneira, a um considerável problema de saúde pública tendo em vista a relevante incidência de efeitos que implicam no aumento da morbimortalidade de pacientes em situação crítica. (SILVA; REIS; MIASSO; *et al.*, 2011)

A necessidade de investigar e acompanhar de maneira criteriosa os aspectos relacionados a segurança do paciente no campo da segurança na administração e na escolha adequada dos medicamentos, foi fortalecida após os eventos da tragédia causada pela liberação de Talidomida a gestantes no início dos anos 1960. A partir de então, a questão ganhou amplitude a nível internacional e as informações que envolvem a interação medicamentosa passaram a ganhar visibilidade para disseminação nos diversos cenários de oferta à saúde, incluindo a UTI (OMS, 2005).

A otimização do uso correto dos medicamentos, considerando seus efeitos e a delicadeza do quadro no qual os pacientes de encontram, possibilita que seja oferecido um serviço de maior qualidade e segurança, aspectos que merecem destaque no sentido de promover um melhor uso da unidade de cuidados críticos e intensivos (CARDINAL; MATOS; RESENDE; *et al.*, 2012).

Diante do exposto, da importância do método e de seus benefícios já conhecidos e descritos em literatura, surgiu a necessidade de se conhecer os benefícios do posicionamento e a relação com os demais posicionamentos utilizados nas unidades

de terapia intensiva neonatal.

O presente estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura, conduzido pela seguinte questão norteadora: quais os principais fatores envolvidos no processo de interação medicamentosa em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva?

Este processo de revisão se refere ao delineamento de um estudo secundário através de estudos primários que são analisados de forma criteriosa (GIL, 2010). O estudo estabeleceu como critérios de inclusão artigos científicos em língua portuguesa e inglesa; disponíveis na íntegra e que respondessem à questão norteadora do estudo.

Foi realizada a categorização e análise dos dados obtidos, com elaboração da reflexão sobre o tema proposto. Os descritores controlados foram selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): unidade de terapia intensiva, interações medicamentosas, empregando operadores booleanos “and”. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Ao todo foram encontrados 179 artigos. Em seguida foram selecionados apenas os textos completos disponíveis, reduzindo a amostra para 106 trabalhos. Com o assunto principal sendo Unidade de Terapia Intensiva e Interações medicamentosas, a amostra foi reduzida para 68 artigos. Com o limite humano, mais 4 trabalhos foram eliminados. Artigos escritos nas línguas portuguesa e inglesa diminuíram a amostra para 56 trabalhos. Quando foi selecionado o intervalo de tempo para os últimos cinco anos, a amostra foi diminuída para 28 trabalhos. Ao eliminarmos outros trabalhos como teses e dissertações, a amostra caiu para 27 trabalhos. Destes, foram avaliados quais artigos foram publicados em revistas indexadas por Qualis enfermagem do quadriênio 2013-2016, diminuindo a amostra para 11 artigos.

Assim, foram realizadas pré-leitura e leitura seletiva do material bibliográfico cujo objetivo é verificar quais obras consultadas interessa à pesquisa (GIL, 2010). O processo de busca dos artigos e análise criteriosa ocorreu no mês de julho de 2019. A análise de cada estudo foi realizada de forma descritiva, apresentando a síntese de cada artigo, considerando suas principais conclusões, assim como a avaliação de cada tipo de estudo, o Qualis e ano de publicação do periódico.

2 | DESENVOLVIMENTO E DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS

É possível observar a demonstração do processo de busca na Biblioteca Virtual em Saúde no Quadro I, que oferece uma descrição breve dos artigos incluídos nesta revisão e que serão discutidos posteriormente.

Ano / País	Periódico / Qualis	Tipo de Estudo	Principais Resultados
2019 / Brasil	Escola Anna Nery / B1	Transversal	Fentanil, Amiodarona e Insulina regular estão envolvidos na maioria das interações. Polifarmácia está entre a maiores causas de interação medicamentosa
2018 / EUA	Medicine / A2	Coorte	É necessária a investigação de todos os critérios relacionados ao medicamento para a correta prescrição do mesmo; Polifarmácia e outras comorbidades devem ser cuidadosamente consideradas.
2018 / Brasil	Vigilância em Saúde / B3	Retrospectivo	Os pacientes em UTI possuem risco moderado às interações medicamentosas; Alterações farmacocinéticas prevalecem em adultos; Avaliar a função renal para o ajuste de doses; Manejo do aprazamento das medicações.
2017 / Brasil	Clinics / B1	Coorte Retrospectivo	Interações medicamentosas foram classificadas como moderadas ou de início tardio; Foram identificados casos de falha terapêutica. Polifarmácia foi listada como fator de risco; Peculiaridade em abordar pacientes com HIV
2018 / Brasil	Braspen / B3	Transversal	Todas as interações fármaco-nutricionais em pacientes em dieta parenteral são significativas, classificadas como moderadas; Polifarmácia e o uso de drogas endovenosas são fatores de risco para interações medicamentosas negativas.
2017 / Brasil	Revista de Enfermagem UERJ / B1	Transversal	Houve predominância de interação entre opioides administrados para queimados (tramadol e metadona); O aprazamento dos opioides se apresenta como fator importante no processo de evitar complicações com interações de medicamentos. Existe a possibilidade de danos graves em 88% dos pacientes queimados em uso de opioides aprazados incorretamente.
2017 / Brasil	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / B1	Observacional, Transversal, Retrospectivo	A maioria das drogas utilizadas em UTI não ofereceram sérios riscos aos recém-nascidos; Existe alta incidência de potenciais interações medicamentosas em drogas prescritas a gestantes e lactantes na UTI.

2015 / Brasil	Revista Brasileira de Terapia Intensiva / B2	Transversal	Antimicrobianos são prescritos rotineiramente em UTIs e apresentam elevada quantidade de interações medicamentosas potenciais; A maioria das interações medicamentosas potenciais são consideradas altamente significativas.
2017 / Brasil	Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences / B1	Transversal, Observacional	A maioria das prescrições em UTI apresentam pelo menos uma potencial interação medicamentosa; As interações medicamentosas mais comuns são classificadas como moderadas; Os riscos para estas interações são conhecidos em teoria, mas seus impactos reais devem ser avaliados individualmente considerando o risco benefício entre a suspensão ou monitorização dos efeitos da terapia.
2017 / Brasil	Revista Escola de Enfermagem USP / A2	Exploratório	Polifarmácia aumenta diretamente o risco de interação medicamentosa; A atenção a pacientes com uma grande quantidade de medicamentos prescritos deve ser redobrada; O enfermeiro deve considerar o aprazamento de maneira singular, agindo com autonomia para propor ajustes e substituições; O enfermeiro apresenta papel fundamental no processo de prevenção de interações medicamentosas.
2017 / Bélgica	Journal of Critical Care / A1	Transversal	Interações medicamentosas potenciais foram identificadas na maioria dos pacientes internados em UTI; Essas potencialidades contrastam com os baixos índices de notificação de eventos adversos à medicação, que devem ter sido subestimados; As fontes de informação se apresentam como inconsistentes, dificultando a identificação de potenciais interações.

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.

Dos onze artigos selecionados na presente pesquisa, novem foram publicados em revistas brasileiras, um em revista americanas e outro em uma revista belga. Ressalta-se que foram publicados três trabalhos em revistas de enfermagem, evidenciando a relevância do tema para os pesquisadores e profissionais da área.

Entre os artigos selecionados, cinco foram escritos em língua inglesa e os seis restantes em língua portuguesa. É importante observar que a maioria dos artigos retirados da presente revisão foram eliminados pela não disponibilização do conteúdo completo das pesquisas para avaliação.

É importante observar que mesmo com a indisponibilidade de muitos textos em

sua integralidade, existem diversos trabalhos atuais acerca do tema, com publicações apresentadas nos últimos 5 anos, o que evidencia a importância de aprofundar os conhecimentos acerca dos riscos e intervenções necessárias a evitar ou diminuir os riscos a que os pacientes críticos estão expostos no que diz respeito à terapia medicamentosa e suas potenciais interações a qualquer grau de intensidade.

Em relação ao tipo de estudo, predominou os estudos do tipo transversal, com sete artigos, um estudo exploratório, dois observacionais, três retrospectivos e dois estudos de coorte. Quanto ao qualis das revistas que disponibilizaram seus trabalhos completos por meio virtual, a maioria possui qualis B1, com cinco artigos. Dois artigos são de qualis A2 e outros dois de qualis B3. A pesquisa apresentou um artigo de qualis A1 e outro B2.

No que diz respeito aos resultados dos artigos, a maioria dos artigos evidencia que existem potenciais riscos de interações medicamentosas nas extensas prescrições farmacêuticas para pacientes em estado crítico. As evidências demonstram o papel de relevância que o enfermeiro possui no processo de aprazamento da prescrição médica, devendo este agir de modo autônomo e empoderado para que os riscos relacionados a estas interações sejam diminuídos a ponto de oferecer o máximo de qualidade no processo de cuidar do paciente em terapia intensiva.

É bastante relevante ainda a conclusão de que a polifarmácia está presente entre os principais fatores envolvidos nos riscos de interação medicamentosa em pacientes internados em terapia intensiva. Considerando a necessidade de uma extensa lista de medicamentos e terapias a serem executadas a estes pacientes, alguns fármacos se apresentam como de maior relevância na possibilidade de causar danos sérios a estes pacientes. Este achado está diretamente relacionado à importância dos cuidados de enfermagem necessários no processo de aprazamento e de administração dos medicamentos, avaliando e monitorando criteriosamente por quaisquer sinais e sintomas de efeitos adversos às medicações.

Esta avaliação criteriosa exige aos profissionais que notifiquem quaisquer efeitos das medicações que interagiram seja por farmacocinética, farmacodinamicamente, ou ainda por intervenção da terapia nutricional, seja oral ou intravenosa. Houve relevância nas conclusões que os efeitos das interações medicamentosas ainda são subnotificados, levando a uma percepção velada acerca dos reais impactos dessas interações no ambiente de cuidados intensivos.

Existe relevância no que diz respeito às indicações para que tanto a prescrição da terapia medicamentosa, como o aprazamento e a monitorização criteriosa deva ser considerada individualmente, sempre avaliando os efeitos positivos e negativos no processo de dar continuidade, ajustar, ou suspender o andamento da terapia, sendo preferencialmente discutida em conjunto com a equipe multidisciplinar.

É considerável a observação no que diz respeito às interações possíveis

entre medicamentos e a terapia nutricional, principalmente as terapias nutricionais administradas por meio endovenoso. Além dos cuidados de enfermagem direcionados a prevenir infecções no processo de administrar a nutrição parenteral, é de responsabilidade do enfermeiro, como integrante de equipe multiprofissional, o acompanhamento criterioso de quaisquer sinais de interação entre a alimentação e os medicamentos, cuidando para que os medicamentos prescritos não causem efeitos danosos ao paciente sob seus cuidados.

Entre os extensos medicamentos prescritos e administrados no ambiente de terapia intensiva, existem alguns que se apresentam de maneira rotineira neste cenário, como opioides e antimicrobianos. Houveram conclusões apresentadas nos artigos da presente revisão integrativa que versaram sobre os riscos maiores relacionados a medicamentos como Midazolam e Fentanil, que tanto estão presentes em prescrições a fim de auxiliar no processo de indução do sono e sedação e analgesia para pacientes em processo de dor e criticidade.

É preciso, ainda que sejam consideradas as peculiaridades de cada cenário distinto de terapia intensiva, como as unidades de queimados e a necessidade constante de medicamentos que induzem a sedação e analgesia; ambiente de cuidados com gestantes e puérperas, onde houveram evidências que mostraram a existência de risco moderado para as mulheres, muito embora os recém-nascidos não estão considerados como alto risco para os efeitos destas interações medicamentosas. Os pacientes com síndrome da imunodeficiência humana (SIDA) também merecem cuidadosa prescrição e aplicação de sua terapêutica ao analisarmos que sua condição clínica coloca estes pacientes a uma vulnerabilidade imunológica que possibilita a exposição a efeitos deletérios de medicamentos.

3 | CONCLUSÃO

Com base na revisão realizada, conclui-se que os efeitos adversos e as interações medicamentosas precisam ser identificados o mais rápido possível. A síntese do conhecimento agrupado nesta pesquisa, evidencia a necessidade de intensificar o desenvolvimento de pesquisas direcionadas a fim de melhorar a oferta da qualidade do serviço oferecido à população em situação crítica de saúde.

Um dos fatores mais importantes a ser considerado nos cuidados direcionados a pacientes críticos diz respeito à polifarmácia, tendo em vista como é bastante habitual uma extensa prescrição de terapia medicamentosa. Dessa maneira, mostra-se de extrema relevância conhecer os potenciais riscos das interações medicamentosas para pacientes internados em terapia intensiva, oferecendo, portanto, um cuidado mais individualizado e com menores riscos e melhores resultados no processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, M. M.; SILVA, L. A.; LEITE, I. C. G.; *et al.* Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2015;27(4):353-359.
- BARBOSA, D. L.; MIGUEL, S. S.; COMÉLIO, R. C. A. C.; Interações fármaco-nutrição enteral em unidade de terapia intensiva: determinação de prevalência e significância clínica. **BRASPEN J** 2018; 33 (1): 49-53.
- CARDINAL, L.S.; MATOS, V.T.; RESENDE, G.M.; *et al.* Caracterização das prescrições medicamentosas em unidade de terapia intensiva adulto. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2012;24(2):151-6.
- CORTES, Ana Laura Biral; SILVINO, Zenith Rosa. Fatores associados a interações medicamentosas potenciais em um Centro de Terapia Intensiva: estudo transversal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2019.
- FERRACINI, A. C.; RODRIGUES, A. T.; VISACRI, M. B.; *et al.* Potential Drug Interactions and Drug Risk during Pregnancy and Breastfeeding: An Observational Study in a Women's Health Intensive Care Unit. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2017;39:258–264.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HENRIQUE, D. M.; SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G.; *et al.* Apazamento seguro da terapia analgésica com opioides no paciente queimado: um estudo transversal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017; 25:e28082.
- HO, Y; CHOU, H; CHU, J; *et al.* Comedication with interacting drugs predisposes amiodarone users in cardiac and surgical intensive care units to acute liver injury: a retrospective analysis. **Medicine.** 2018 97:37 (e12301).
- Moreira MB, Mesquita MGR, Stipp MAC, Paes GO. Potential intravenous drug interactions in intensive care. **Rev Esc Enferm USP.** 2017;51:e03233.
- Organização Mundial da Saúde. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. **A importância da farmacovigilância: monitorização da segurança dos medicamentos.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/importancia.pdf>
- RAMOS, G. V.; JAPIASSU, A. M.; BOZZA, F. A.; *et al.* Preventable adverse drug events in critically ill HIV patients: Is the detection of potential drug-drug interactions a useful tool. **Clinics.** 2018; 73:e148.
- RODRIGUES, A. T.; STAHLSCHMIDT, R.; GRANJA, S.; *et al.* Prevalence of potential drug-drug interactions in the intensive care unit of a Brazilian teaching hospital. **Braz. J. Pharm. Sci.** 2017;53(1):e16109.
- SILVA, A.E.; REIS, A.M.; MIASSO, A.I.; *et al.* Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev Latinoam Enferm.** 2011;19(2):378-86.
- SILVA, U. D. A.; SOEIRO, C. L. S.; RESQUE, R. L. Interações medicamentosas e consequentes intervenções farmacêuticas na Unidade de terapia Intensiva de um hospital privado em Macapá, Amapá. **Revista Vigilância em Saúde.** 2018; 6(2):29-37.
- SOUZA, J.; SILVA, J. A. C.; LANGARO, E. Interação fármaco-nutrientes em unidade de terapia intensiva. **BRASPEN J** 2017; 32 (3): 226-30.

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

Data de aceite: 20/05/2020

Kelly Cristina Meller Sangoi

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Silézia Santos Nogueira Barbosa

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Dara Brunner Borchardt

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

Jane Conceição Perim Lucca

Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões – Santo Ângelo/RS

RESUMO: **Objetivo:** delinear uma metodologia para implementar o Núcleo de Cuidados Paliativos em um serviço privado de oncohematologia. **Método:** trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, abordagem quantitativa, com análise descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado com perguntas fechadas, no período de agosto a novembro de 2019. Os participantes da pesquisa foram nove profissionais da equipe multidisciplinar que atuam em um Serviço privado de Oncohematologia no interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** após análise dos resultados

foram construídos gráficos, quadros e tabela.

Considerações Finais: houve modificação na cultura institucional e, atualmente, é possível verificar maior engajamento no processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipe, paciente e família. Sendo assim, paciente e família estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em acompanhar os processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas. Foi sugerido à instituição construir indicador de qualidade assistencial para avaliar se o Núcleo de Cuidado Paliativo cumpre o objetivo de preparar a família para o cuidado ambulatorial e domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Enfermagem oncológica; Educação em saúde.

1 | INTRODUÇÃO

Cuidado paliativo (CP) é um enfoque que propõe melhorar a condição de vida de pacientes e familiares na situação de uma doença grave e que ameaça a vida através do cuidado, do conforto na angústia, da descoberta precoce e da terapêutica correta da dor e de diversos sintomas e problemas

físicos, psíquicos, espirituais e sociais (CARVALHO et al., 2018).

Deste modo, toda pessoa que tenha uma doença que ameace a existência, que consiste em aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição, constituirá elegível para CPs (BRASIL, 2018).

Enumeram-se algumas condutas, entre elas, observa-se: oferecer alívio da dor e diversos indícios aflitivos, não antecipar ou delongar a morte, proporcionar um princípio de base para auxiliar os pacientes a viverem tão ativamente como plausível até a morte, amparar o familiar com a enfermidade do ente querido, compreender as buscas imprescindíveis para melhor envolver e abordar complicações clínicas, agregar os aspectos psicológicos e espirituais no subsídio ao paciente e melhorar a condição de vida que influenciará positivamente o andamento da doença (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

O *St. Christopher's Hospice* é considerado até hoje a principal referência em CP em todo mundo, onde acolhe e assiste integralmente pacientes e familiares, além de desenvolver ensino e pesquisa voltados aos profissionais de vários países (MACIEL, 2012; FLORIANI, 2009, *ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE* 2019).

No Brasil, o surgimento do modelo de CP, chegou ao início da década de 1980, com relatos isolados de auxílio médico a pacientes em finitude da vida. Nesse período o país estava vivendo uma ocasião política de final do regime militar em que o princípio de saúde basicamente utilizava medicina curativa e priorizava o arquétipo hospitalocêntrico. Não se tinha muita preocupação com o “cuidar” do paciente com doença avançada naquela época. O exemplo disso é o ensino de medicina e de enfermagem que era voltado essencialmente para os aspectos biológicos. (CARVALHO; PARSONS, 2012; PEIXOTO, 2004).

O primeiro serviço de CP no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, em seguida em São Paulo no ano de 1986, e em Santa Catarina e Paraná. Depois destes serviços surgiram outros, mas nenhum com vínculo entre si ou com algum tipo de auxílio comum de protocolos para ações de CP. (CARVALHO; PARSONS, 2012; PEIXOTO, 2004). Conforme ASENSI, 2011, p. 73 os cuidados paliativos no sistema de saúde:

são direitos legais de todos os seres humanos, independentemente de etnia, credo, gênero, ou condição social. A Constituição Federal de 1988 materializa esses direitos na Seção II do Título VIII – Da Ordem Social –, que se dedica, especialmente, ao tema da saúde, constituindo um “direito materialmente concebido. (ASENSI, 2011, p. 73).

O Brasil deu um admirável passo na organização desta modalidade com o boletim da Ordem nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as normas para a coordenação dos CPs, à luz dos cuidados contínuos conexos, na esfera Sistema Único de Saúde (SUS). Esta resolução, ajustada durante a 8ª Reunião

do Comitê Intergestores Tripartite (CIT) por emissários das três esferas (federal, estadual e municipal), constitui, de modo oficial, um alvo para o SUS: apresentar cuidados paliativos de categoria e fundamentados em ênfases, adotando a acepção da *World Health Organization* (WHO) para completa Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018).

O câncer é um(a) dos(as) piores esfinges da saúde pública e o motivo mais grave de morte nas regiões desenvolvidas e em desenvolvimento, simulando cerca de 12% de todos os motivos de morte no mundo, responsável por mais de seis milhões de óbitos todo ano. Não obstante, o câncer teve uma taxa geral de mortalidade acrescida durante a maior parte do século 20, em boa parte estimulada pelo acelerado acréscimo nas mortes por câncer de pulmão entre os indivíduos, como resultado da epidemia de tabaco, porém enfraqueceu cerca de 1,5% anualmente desde a década de 1990 (SIEGEL et al., 2017).

Avalia-se que, no País, todo ano, cerca de 650 mil pessoas necessitarão apelar para a modalidade de CP de atenção, por isso seu exercício tem tendência a se desenvolver. Cerca de 80% desse número atribui-se aos pacientes com câncer (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2014). Esse fato vai exigir um retorno mais qualificado da política de saúde brasileira, precisando ter auxílio num aspecto de ajuda integral aos números de dificuldades dos doentes que na finitude da vida se deparam com a doença avançada.

Para a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), mesmo que anualmente mais de cem milhões de indivíduos se favoreçam desta modalidade (incluindo familiares e cuidadores), abaixo de 8% que necessitam desse tipo de proteção têm seu acesso seguro (WPCA, 2014).

Um estudo em Portugal obtido por Queiroz e Capelas (2016) identificou quais os profissionais e a quantidade deles que buscavam entendimento mais avançado em CP. O resultado desse estudo demonstrou que os campos que mais buscaram formação foram médicos e enfermeiros. E existiam 1135 profissionais formados até início do ano de 2015.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estudo de 234 países, territórios e regiões realizados em 2011, os ofícios de cuidados paliativos só constituíram devidamente conexos em 20 países e um adicional de 32% só apresentavam serviços de cuidados paliativos desconexo e 42% dos países não tinham tais serviços (OMS, 2015).

A pesquisa divulgada no Brasil por Silva, et al. (2013), alcançou uma análise das compreensões de uma equipe multiprofissional a respeito da implementação dos CP em Unidade de Terapia Intensiva Adulta, o qual manifestou que a deficiência de formação avançada entre esses profissionais influenciava inteiramente o seu aprendizado, uma vez que o despreparo da equipe com déficit de informação, a

oposição em acolher a inevitabilidade da morte e dilemas éticos-legais envolvendo a temática, influíram categoricamente no enfoque paliativo e no cuidado ao adoentado.

Foi mencionada a ausência de motivação no cuidado ao doente na finitude da vida, por isso que os profissionais relataram que foram formados essencialmente para abordar, ajudar a reabilitar e cuidar. (SILVA et al, 2016).

Mais um estudo no Brasil divulgado por Othero et al (2015) em que participaram 68 serviços brasileiros de CP, destes, a metade apresenta registro no Estado de São Paulo (50%). De acordo com a pesquisa, o modelo de atendimento que prevalece é o do tipo ambulatorial (53%), os pacientes são oncológicos e não oncológicos, isto é, são mistos (57%), prevalece acolhimento maior a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%).

Outro estudo de Silva et al. (2015) feito com enfermeiros de um hospital do Rio de Janeiro, destacou que os profissionais não apresentam base acadêmica para lidar com ocorrências pautadas na complexidade do ser humano e nem no processo da morte. Além disso, corroborou que os profissionais necessitam serem treinados e capacitados por meio de educação permanente.

O trabalho interdisciplinar, auxiliando esta modalidade, é um elemento efetivo e que necessita ser desempenhado por um grupo de profissionais composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães e pessoas voluntárias, hábeis e competentes em todos os aspectos do cuidar, pertinentes à sua área de desempenho (MALAGUTTI; ROHERS, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

O ser humano é feito de corpo, espírito e sentimentos, em que a morte abala os três ao mesmo tempo. Diante da terminalidade da vida o sofrimento não é uma escolha, mas um estado espiritual por decorrência, e uma certeza esperada. Embora se tente diminuir as dores, é difícil não se entregar às emoções (ALMEIDA, 2014).

O início precoce dos CPs melhora a qualidade de vida dos indivíduos, atinge sua maior eficácia quando introduzido em fase inicial no curso da doença. Também, reduz internações e uso de serviços de saúde desnecessários. Todas as pessoas, independentemente da idade, sexo, renda, doença ou tipo de sofrimento, devem ter acesso aos serviços básicos de saúde, incluindo os CPs, visto que devem ser proporcionados em consonância com os princípios da cobertura da saúde universal. (OMS, 2015).

Conforme progressão da doença, o enfoque paliativo precisa ser estendido, ainda em vigor da terapêutica curativa, dispondo os cuidados psicossociais e espirituais. Na etapa terminal, a clínica paliativa se torna prioritária para avaliar condição de vida, dignidade e comodidade. Essa transição do cuidado com foco na cura para o cuidado unicamente paliativo é uma ação continuada e particularizada.

Logo, analisado na figura que segue (SBGG, 2017).



Figura 1. Variação da necessidade de Cuidados Paliativos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2017).

Com a ampliação de análises em CPs no campo da saúde, nasceram situações problemáticas, éticas, bioéticas e de ordem jurídica. Por isso, no dia 23 de novembro foi divulgada no Diário Oficial da União a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe a respeito da Política Nacional de Cuidado Paliativo para o SUS. O Ministério da Saúde, além disso, implantou e regularizou os CPs na conjuntura do SUS, através de determinadas portarias, ligados à área de oncologia e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), além dos planos de lei em curso na Câmara Legislativa.

Junges et.al (2010), relatam que o direito de morrer dignamente constitui uma morte humanizada, sem prorrogação da vida e aflição mediada por terapias desnecessárias. Em meio aos princípios essenciais dos CPs está a inclusão da morte como processo humano e natural e consequência da prática adequada do cuidado na conjunção da ortotanásia, implicando em não provocar eutanásia nem induzir a distanásia dos pacientes nos últimos dias de vida.

O termo utilizado para definir uma morte sem sofrimento é chamado de “ortotanásia” em que o uso de técnicas e prolongamento da vida é dispensado. A distanásia está em contraposição à ortotanásia, já que tem por desígnio delongar a vida a qualquer preço, mesmo com aflição do paciente. A eutanásia constitui o método de morte de um doente por intervenção, com a última finalidade de induzir à morte, acalmando uma dor intolerável, que hoje em dia é ilegítimo no Brasil, mas

acolhida em determinados países. (JUNGES et al., 2010).

A essência do CP pode ser compreendida por uma frase ilustre de Pessini (2004) ao afirmar que:

eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte (PESSINI, 2004, p. 181-208).

Portanto frente ao impacto negativo que a finitude desperta na equipe da saúde, este estudo se justifica, considerando que, dialogando e refletindo sobre esta temática em pacientes oncológicos abrimos espaço para compreensão e entendimento da importância do CP. Dentro desta proposta, implementamos o Núcleo de CP na instituição.

Justifica-se ainda, visando preparar a equipe multidisciplinar, deixando-a apta para atender suas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo este ser e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer.

Diante deste contexto, indagou-se: qual o entendimento da equipe multidisciplinar acerca dos Cuidados Paliativos neste processo de implementação do Núcleo de CP?

2 | OBJETIVO GERAL

Implementar o Núcleo de Cuidados paliativos em um serviço privado de oncohematologia.

2.1 Objetivos específicos

2.1.1 Investigar conhecimento prévio da equipe de saúde sobre CP;

2.1.2 Apresentar o projeto à direção da instituição e à equipe multidisciplinar;

2.1.3 Realizar encontros com a equipe multidisciplinar sobre a temática;

2.1.4 Elaborar material didático para ser utilizado nos treinamentos;

2.1.5 Avaliar o conhecimento da equipe através de um questionário após os encontros.

3 | METODOLOGIA

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com o enfoque quantitativo. A PCA estabelece o conhecimento do pesquisador em base à prestação de determinados serviços assistenciais ao lado do grupo local, ao aludir uma renovação, modificações e/ou inovações do método assistencial durante o seu processo de investigação. (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

A análise quantitativa considera as informações e tornam mais amplos os resultados da amostra para os evidentes. (MATTAR, 2001). Para Esperón (2017), pesquisa quantitativa só é feita quando se tem domínio do que se vai analisar. A pesquisa quantitativa só tem significado quando há um problema definido e há informação e teoria a respeito.

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram todos os profissionais da equipe multidisciplinar que atuavam no Serviço privado de Oncohematologia totalizando nove profissionais, dentre eles: médico, enfermeira, farmacêutica, técnica de enfermagem e psicóloga.

Critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: ser um profissional atuante na instituição e fazer parte do quadro de funcionários. Critério de exclusão: profissional não pertencente à equipe de funcionários e não estar atuantes no serviço.

3.4 Local e período da pesquisa

Foi realizada pela pesquisadora em um serviço privado de Oncohematologia, no interior do estado do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2019. Este serviço foi instituído no ano de 1999 por um grupo de especialistas nas áreas de Oncologia e Hematologia, o desígnio principal do serviço é propiciar uma medicina de elevado nível na região missioneira, oportunizando apoio incondicional ao paciente com neoplasias. (DORNELLES, 2016; COHM, 2019).

O serviço conta com uma equipe multidisciplinar e todos os integrantes apresentam especializações específicas na área. É padrão no estabelecimento, o uso de métodos e tratamentos integrados nacional e internacionalmente, o serviço ao mesmo tempo acomoda uma extensa e atualizada área física, contemplando as requisições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), avalizando dessa forma a absoluta condição, conforto e uma assistência humanizada para o paciente. (DORNELLES, 2016; COHM, 2019).

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado. Deu-se através de uma ferramenta inteiramente estruturada, com perguntas fechadas ou de alternativas fixas, ou seja, alternativas pré-especificadas pela pesquisadora. A finalidade desta técnica incide em garantir a comparação das respostas e facilitar igualmente a apreciação dos dados (POLIT, 2011).

Os participantes foram abordados individualmente nos locais de trabalho, sendo que o convite foi de caráter informal.

A coleta de dados ocorreu no ambiente da instituição, o qual apresentou condições adequadas para o resguardo da privacidade dos participantes.

O formulário estruturado (Apêndice 01) aplicado na análise, foi construído pela pesquisadora baseado nos conhecimentos e estudos sobre a temática, porquanto, foi através desses que foi trabalhada a consolidação e implementação do Núcleo de Cuidados Paliativos em parceria com a instituição coparticipante.

Para o desenvolvimento, seguimos as etapas:

- 1º Etapa- Aprovação do projeto pelo comitê de ética da universidade;
- 2º Etapa- Reunião com o responsável pela instituição coparticipante;
- 3º Etapa- Reunião com os integrantes do núcleo, para apresentação do cronograma e identificação de dúvidas;
- 4º Etapa- Apresentação do Projeto para a equipe multidisciplinar e aplicação do questionário;
- 5º Etapa - Conceito de Cuidados Paliativos e aplicação do questionário;
- 6º Etapa - Interdisciplinaridade, relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional;
- 7º Etapa - Cuidado Paliativo Ambulatorial e Domiciliar;
- 8º Etapa - Controle de sintomas e tratamento farmacológico;
- 9º Etapa - Bioética em Cuidados Paliativos. Reaplicação do questionário;
- 11º Etapa - Apresentação dos resultados da pesquisa.

Após a conclusão dos encontros, analisamos as informações coletadas por meio da aplicação do formulário estruturado (pré e pós teste).

De posse dos dados, avaliamos as informações obtidas, antes dos treinamentos e posterior a eles. A análise dos dados se deu por meio de gráficos, quadros e tabelas, com o desígnio de promover à facilitação e organização as informações obtidas. (FURASTÉ, 2012). A finalidade da utilização de tabelas e gráficos consiste em assessorar o pesquisador a distinguir as diferenças e semelhanças por meio da perceptibilidade em que os dados estão distribuídos. Os gráficos e tabelas são figuras de aparências visuais que são empregados para dar ênfase a certos conteúdos, proporcionando ao leitor e ao pesquisador uma noção mais rápida da

situação estudada (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, instituídas pela autorização 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões – Campus Santo Ângelo sob número do Parecer: 3.462.460, CAAE 15288619.4.0000.5354. Somente após parecer favorável, deu-se início à coleta dos dados (BRASIL, 2012).

Para as pessoas que concordaram em participar, foi apresentado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (Anexo I) em duas vias, sendo requerida a assinatura do participante e disponibilizada uma cópia para o mesmo e outra para o pesquisador. À empresa contratante destes trabalhadores enviamos um ofício solicitando a prática da pesquisa, requerendo a Declaração de Instituição Coparticipante (Anexo II).

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Todas as etapas para o plano de implementação do NCP foram obedecidas: aprovação do projeto apresentado à instituição e cronograma com treinamentos propostos em forma de roda de conversas, slides em Power point e dinâmicas, registrados em ata.

QUANTIDADE DE ENCONTROS	DE	ASSUNTOS DISCUTIDOS	DATA	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES
1º Encontro		Conceito de Cuidados Paliativos e aplicação do questionário.	08/08/2019	06 PARTICIPANTES
2º Encontro		Interdisciplinaridade, relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional.	12/09/2019	06 PARTICIPANTES
3º Encontro		Cuidados Paliativos Ambulatorial e Domiciliar.	19/09/2019	06 PARTICIPANTES
4º Encontro		Controle de sintomas e tratamento farmacológico.	09/10/2019	05 PARTICIPANTES
5º Encontro		Bioética em Cuidados Paliativos. Reaplicação do Questionário.	06/11/2019	09 PARTICIPANTES
6º Encontro		Apresentação Resultados	27/11/2019	09 PARTICIPANTES

Quadro 1- Cronograma para implementação do núcleo em CP.

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

4.1 Caracterização dos participantes

A instituição onde foi realizado o estudo conta com 19 funcionários ao todo.

Dez profissionais da equipe multidisciplinar, sendo destes, nove participaram da pesquisa. A idade dos participantes varia de 23 a 62 anos. A maioria é do sexo feminino 6 (67%). Com relação à categoria profissional, observamos o mesmo número de médicos 3 (33%) e enfermeiras 3 (33%). Sobre o tempo de atuação na profissão, verificou-se que a maioria 8 (89%) já atuam há mais de cinco anos e só um profissional atua entre dois e cinco anos na profissão.

Um aspecto relevante foi a quantidade de vínculo empregatício dos profissionais, configurando sobrecarga de trabalho.

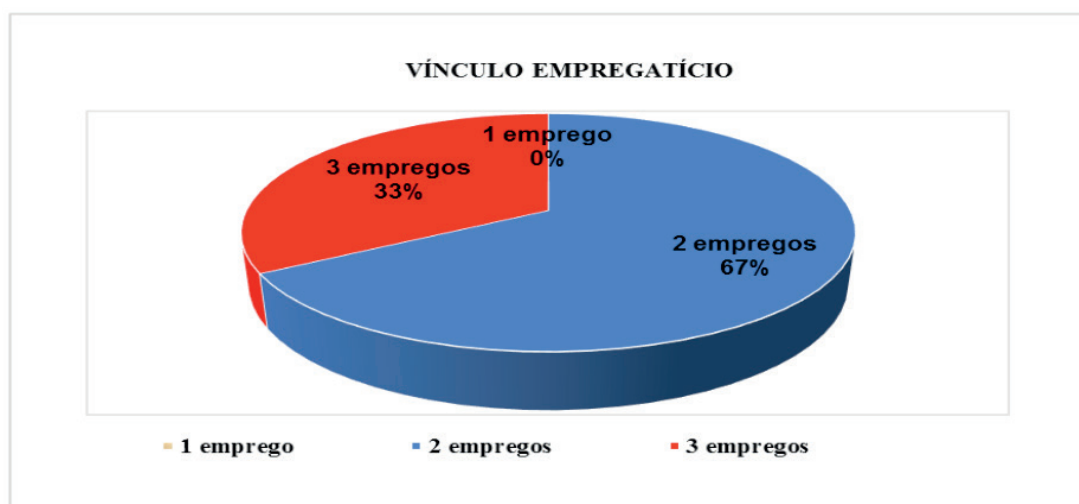


GRÁFICO 1 - Vínculo Empregatício.

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

De acordo com o referencial de Vieira et. al (2016), um modelo característico são os acúmulos de tarefas, em que o profissional acaba exercendo mais de uma ocupação para ter um salário melhor. Esta prática resulta em impactos na saúde, provocando desgaste físico, interferindo na condição psíquica, abalando por sua vez a disposição no exercer das funções.

A partir dos dados levantados do pré e pós teste visualizado no gráfico a seguir, pode-se notar um aumento no nível considerado bom. Os participantes relataram nos treinamentos a necessidade de mais conhecimento sobre o tema.

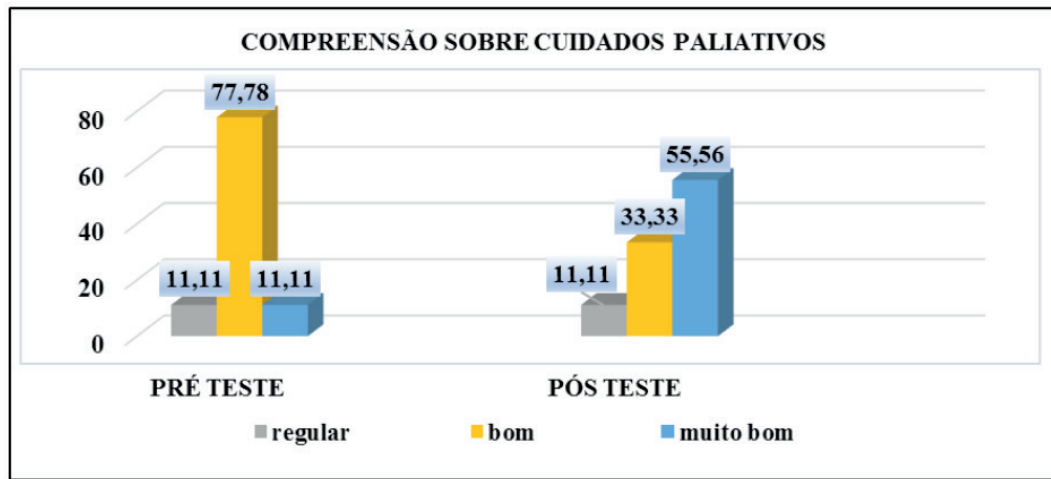


GRÁFICO 2 - Compreensão sobre Cuidados Paliativos

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

Como diz o autor Mezzavila (2016), as instituições cobram dos profissionais destreza e atitudes, desenvolvidas por meio de treinamentos e educação continuada, para que assim, deem o retorno às necessidades que o mercado de trabalho exige e mantenham-se em seus empregos.

Na análise comparativa dos dados do pré e pós teste, quanto a adquirir alguma capacitação ou aperfeiçoamento em CP, no pré-teste 6 (67%) disseram ter algum curso ou educação específica sobre o tema e 3 (33%) não ter nenhuma. Já no pós-teste houve aumento, os 9 participantes (100%), relataram algum aperfeiçoamento.

No pré-teste, dos participantes que tiveram algum curso de aperfeiçoamento em CP, 5 (71%) disseram ter feito na própria instituição e 2 (29%) fizeram fora da instituição, tendo uma mudança no pós-teste em que todos os 9 participantes (100%), relataram ter feito na própria instituição, concluindo que a empresa disponibiliza e oferece treinamentos e capacitações para seus colaboradores.

Muitas instituições têm adotado o Serviço de Educação Continuada como tática para qualificar seus profissionais, sempre implantada em contexto coletivo. É imprescindível ter uma dimensão extremamente maior do que somente o aprimoramento técnico, por meio de uma transformação de padrões e reafirmação de princípios (JESUS,2013).

Em relação a definição da OMS sobre CP obtivemos: pré-teste, 6 (67%) conhecem a definição e 3 (33%) não conheciam o significado. Após os treinamentos, todos os 9 (100%) participantes responderam conhecer a definição do tema após os treinamentos. De acordo com a OMS (2007) CP é melhorar a qualidade de vida do paciente com doença que ameaça a continuidade de vida e de seu familiar, é auxiliar na prevenção e no alívio durante o sofrimento, identificando precocemente e atuando de modo impecável no tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais assim como no cuidado para a diminuição da dor.

No quarto treinamento abordamos o manejo dos sintomas mais comuns em CP e o tratamento farmacológico utilizado para aliviar o desconforto do paciente, devolvendo uma vida com menos sofrimento.

Sobre o atendimento especializado na instituição o paciente com doença avançada na análise do pré-teste, 6 (67%) acreditam que a instituição proporciona esse atendimento e 3 (33%) referiram não haver atendimento especializado. Índice que mostrou uma mudança no pensamento dos colaboradores na análise dos dados no pós-teste em que 6 (67%) entenderam através dos treinamentos que a instituição ainda não tem esse atendimento e 3 (33%) mantiveram a opinião de que a instituição possui esse acolhimento na doença avançada.

Os autores Brandi e Cavasini (2013), relatam em suas escritas a importância da assistência oncológica que segue em busca para assegurar a evolução e o manejo dos sintomas decorrentes do grau de dificuldades da doença, mas que só terá êxito de caráter completo se tiver uma equipe multiprofissional qualificada desde o momento do diagnóstico até as últimas horas de vida do paciente.

A parte que expõe a importância deste cuidado, 8 (89%) ressaltaram que o grau de importância vai de 8 a 10 e 1(11%) afirmou a importância de 6 a 8.

Em relação ao plano de tratamento, os 9 (100%) dos participantes afirmam que o tratamento visa aliviar os sintomas e não a obtenção da cura.

O objetivo do CP é melhorar a qualidade de vida tanto do paciente quanto do familiar, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento através do diagnóstico precoce, da avaliação e tratamento da dor, assim como ajudar com outros problemas que surgirem (VASCONCELOS, et. al. 2015).

Sobre a importância do apoio espiritual na assistência à saúde, 9 (100%) consideram essencial esse apoio, pois o desconhecido, à doença que ameaça a continuidade da vida transmite insegurança, medo da dependência física, financeira e social, fazendo com que tenham necessidade de buscar um novo sentido para a vida.

Como referencia Soratto et. al (2016), o ser humano é conduzido por seus princípios morais e crenças, podendo dizer que o cuidado espiritual é a base da humanização. O cuidado Espiritual colabora para a melhora do físico, significando um suporte emocional (CERVELIN, & KRUSE, 2014).

Sobre os princípios éticos relacionados as condutas da equipe de saúde, os participantes foram unânimes concordando com os princípios éticos alusivo ao paciente, mostrando que o profissional deve cuidar do doente respeitando sua cultura, espiritualidade, liberdade de escolha e maneira de enfrentar a vida e a doença.

Manso (2004) faz menção ao fundamento bioético, que tem como etnologia moral a importância soberana do indivíduo, sua integridade, existência, independência e autonomia.

Mediante a assistência ao luto do paciente, todos os participantes acreditam ser necessário oferecer suporte durante este processo.

A dor do luto pode ser amenizada com apoio do profissional de saúde, que ao oferecer assistência, facilita a exposição dos sentimentos. É importante distinguir as emoções iniciais enquanto naturais, e não bloquear as expressões. Compreender a individualidade do momento é importante para o processo do luto e auxilia o familiar no enfrentamento (SANTOS; SALES, 2011).

MANEJO DOS SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS								
Sintomas	PRÉ TESTE				PÓS TESTE			
	Compreende		Não compreende		Compreende		Não compreende	
	%		%		%		%	°
Dor	78		22		100		-	
Náusea e Vômito	100		-		100		-	
Constipação	89		11		100		-	
Soluço	89		11		100		-	
Delirium	44		55,6		44,44		55,6	
Dispneia	78		22		100		-	
Caquexia	89		11		100		-	

GRÁFICO 3 - Manejo dos sintomas em cuidados paliativos

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

Sobre o sintoma delirium citado na tabela acima, não houve diferenciação na análise dos dados no pós teste, evidenciando necessidades de maiores compreensões sobre o assunto.

Tal qual Albert (2017), alguns sintomas se destacam em pacientes no final da vida, entre esses da tabela acima, a dor, dispneia, constipação intestinal, náuseas e vômitos, são comuns, porém se não forem tratados, podem gerar grande sofrimento ao paciente.

Diante do sofrimento imposto pelas situações-limite as maiores dificuldades foram lidar com pacientes que expressam fortes emoções 4 (44%), também 4 (44%) quando o paciente pedia para morrer. Somente 1(11%) abandona os cuidados para passar menos tempo com o paciente, considerando como fuga para não sofrer com a dor do doente.

Já no pós-teste 4 (44%) relataram que a maior dificuldade é comunicar ao paciente e familiares o agravamento da doença e proximidade da morte, enquanto 2 (22%), consideram muito difícil lidar com as emoções (raiva, medo e tristeza).

Quando o paciente pede para morrer somente 2 (22%) acreditam ter dificuldade. Por isso é suma importância que a equipe tenha um preparo emocional garantindo solidificação do grupo.

É necessário um trabalho efetivo da equipe multidisciplinar para que os profissionais tenham apoio, liberdade de expor suas dores e preparo psicológico no cuidado e com empatia com o paciente e familiares em sofrimento, dando respaldo necessário na finitude.

O autor Peduzzi (2016) ressalta em suas escritas que para obter um trabalho efetivo, a equipe precisa estar organizada com métodos que venham somar com os conhecimentos das outras profissões, fundamentais para o desenvolvimento no acolhimento e no cuidado incondicional ao paciente.

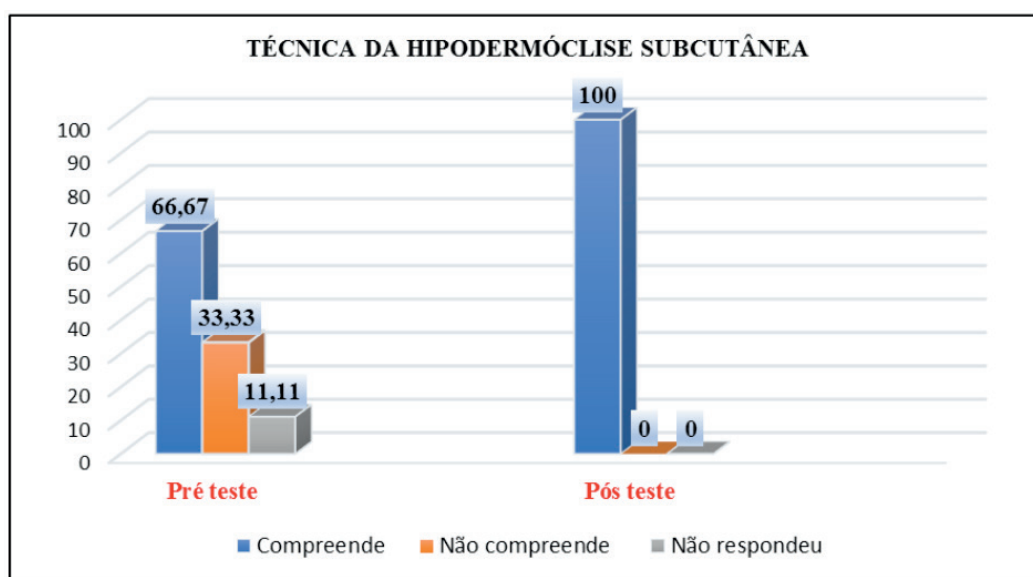


GRÁFICO 4- Técnica da Hipodermóclise Subcutânea

(Resultados obtidos através da análise de dados. Tabela elaborada por BARBOSA, SANGOI, 2019)

A técnica da Hipodermóclise Subcutânea é válida para pacientes com dificuldade de engolir ou tomar medicações via oral com segurança e para casos de vômitos e náuseas. Sendo uma técnica antiga, mas que apresenta muita segurança, como nos mostra a ANCP (2017), como o uso da via subcutânea (SC) conhecida desde 1836. É muito usada para infundir soluções contínuas de volumes até 3.000 ml/24 horas.

Essa técnica se torna muito eficiente para pacientes em CP, por ser via alternativa para suporte clínico utilizado na administração de medicamentos para vômito, dispneia, diarreia, entre outros sintomas comuns em doente paliativo, podendo ser usada também para manter a hidratação adequada e nutrição, que estão impossibilitados de serem administrados por via oral. (PONTALTI et al, 2016). A Hipodermóclise é reconhecida como alternativa segura, por ter viabilidade em administração de medicamentos (ZIRONDE, 2014).

Outro aspecto abordado nessa pesquisa que sem dúvida é muito relevante, é

a questão da ansiedade e depressão em pacientes que sofrem com a progressão da doença. Além de abalar o psicológico, reflete também na qualidade de vida e aderência ao tratamento. Por isso é preciso explorar as preocupações do paciente e o efeito delas sobre o indivíduo como um todo.

Com base nos dados do pré-teste, 5 (56%) dos participantes expuseram que consideram válida a questão do paciente ter medo da morte e a preocupação com sua imagem corporal, enquanto 4 (44%) disseram que a abordagem desses pacientes deve ser mais abrangente, a fim de ter mais êxito no tratamento. Houve uma diferenciação no pós-teste, em que os 9 (100%) dos participantes consideram válida a abordagem do paciente de forma mais ampla, com a finalidade de ter mais êxito no cuidado.

O caráter depressivo e a ansiedade causam significativa diminuição da qualidade de vida nestes pacientes. Se essas condições não forem observadas e devidamente tratadas poderão induzir crescente incapacidade física, sofrimento e morbimortalidade (BUZGOVÁ et.al, 2015).

O autor Guimarães (2012) diverge dos outros autores quando afirma que a ansiedade é uma condição emocional classificada como natural em CP, visto a situação de estresse em que o doente se encontra pertinente à finitude de vida, à insegurança com relação ao futuro, às dúvidas e ao afastamento do familiar.

A depressão, em caso de enfermidade é qualificada por variações sentimentais manifestas de maneiras diferentes em cada pessoa, inerentes à sua individualidade. No paliar não é fácil diagnosticar por coincidir de forma semelhante com a tristeza, a ansiedade, a desmotivação e sintomas físicos estimulados pela doença, sobretudo na finitude da vida (JULIÃO E BARBOSA, 2011).

Questionados quanto a melhora do conhecimento sobre a temática à houve coerência entre o pré e o pós teste, 9 (100%) dos profissionais expuseram a necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre o assunto. Para Braz e Franco (2017), é indispensável a qualificação dos profissionais que exercem este cuidado, pois estará atuando em momentos de fragilidade como finitude e aspectos relacionados as fases do luto familiar.

Após a leitura e organização dos dados coletados, foi possível elencar três elementos principais: Cuidado Paliativo e Aplicabilidade; Equipe Multidisciplinar frente ao Cuidado Paliativo e Os Desafios do Cuidado Paliativo na Oncologia.

Cuidado Paliativo e Aplicabilidade

CP se refere a um tratamento no qual o objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente com impossibilidade de cura. De acordo com a OMS, trata-se de uma metodologia que busca melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares no

enfrentamento a uma doença que ameaça a vida, auxiliando através da prevenção e alívio do sofrimento quando há um diagnóstico precoce, uma avaliação e tratamento correto da dor e outras dificuldades físicas, espirituais e psicossociais (WHO,2004).

Embora a instituição seja privada e tenha um diferencial no tratamento oferecido aos pacientes oncológicos, com medicações de última geração, ambiente confortável, tecnologia avançada e uma equipe preparada para acolher o paciente visando à cura e não o tratamento paliativo, o desafio foi aceito pela equipe multidisciplinar.

No primeiro treinamento abordamos a definição de CP e a importância de aplicá-lo de forma integral aos pacientes oncológicos. Como a instituição oferece tratamento ambulatorial, frisamos os cuidados voltados ao conforto, alívio de sintomas e apoio ao paciente e familiar no ambulatório e domicílio.

O objetivo do CP ambulatorial de acordo com a ANCP é controlar de forma favorável os sintomas da doença, oferecer uma comunicação clara e oportuna com informações possíveis correspondentes ao quadro evolutivo da doença e do tratamento, auxiliar o paciente no entendimento da doença que ameaça a sua vida, nas situações em que a morte é tão ameaçadora quanto o processo da doença (CARVALHO, 2012).

Os pacientes que fazem tratamento ambulatorial geralmente têm uma condição física melhor, certa independência e autonomia, conseguindo se locomover até o ambulatório não necessitando de tratamento hospitalar.

É importante o trabalho desenvolvido pela equipe de visita domiciliar as pessoas e familiares que estão em tratamento oncológico. Nessas visitas devem-se investigar queixas, tentar sanar as dúvidas, oferecer apoio e carinho, orientação ao cuidador, buscando sempre o cuidado humanizado, visando o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente e familiar.

O trabalho de visitas externas visa oferecer apoio apropriado, proporcionando confiança ao cuidador nos cuidados domiciliares, auxilia no entendimento às modificações que acontecem em sua vida, traçando planos estratégicos que ajudam no cotidiano, aliviando a sobrecarga e gerando mais autonomia ao doente. (HCAA, 2014).

A instituição em que foi feita a pesquisa desempenha um trabalho de visita domiciliar, oferecendo suporte aos cuidadores e familiares ajudando traçar métodos facilitadores, gerando vínculo e confiança entre as partes, além de oferecer assistência durante, evitando muitas vezes hospitalização. A instituição em questão mostrou interesse em continuar implementando este cuidado.

Equipe Multidisciplinar frente ao Cuidado Paliativo

A recomendação de Brasil (2017) para compor uma equipe multidisciplinar, é

formá-la com vários profissionais de nível superior (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social), bem como por conselheiro espiritual e voluntário. O grupo de CP geralmente é desenvolvido por multiprofissionais que trabalham de forma integrada, levando em conta o biopsicossocial do indivíduo.

O médico tem um papel muito importante no cuidado ao paciente com doença avançada, ameaçadora à vida. Geralmente este profissional transmite as más notícias sobre o quadro da doença exigindo da profissional sensibilidade, empatia e preparo psicológico para não se deixar abalar.

A Interdisciplinaridade e a relação dos Cuidados Paliativos com a Equipe Multiprofissional, foi abordado no segundo treinamento e reforçado em outros momentos de forma a ressaltar a importância do reconhecimento individual de cada profissional fazendo menção aos conhecimentos específicos em sua área de especialização contribuindo com a equipe, frisando a necessidade do olhar humanizado e holístico necessário para compreender as necessidades que demanda o cuidado.

Pensando nessa contribuição interdisciplinar, a comunicação foi amplamente discutida nos treinamentos, corroborando com Avelar (2010) que reforça a comunicação como algo mútuo, capaz de interferir nas relações, facilitar e gerar mudanças nas pessoas envolvidas.

A comunicação é um fator imprescindível diante do relacionamento e auxílio prestado. O diálogo é um grande causador da humanização e amparo, necessitando de estímulos para aprimorar a comunicação em meio ao próprio grupo e do grupo com pacientes e seus familiares (RENNÓ & CAMPOS, 2014).

Assim sendo, torna-se ferramenta poderosíssima de transformação, especialmente nos dias atuais, com mudanças rápidas e drásticas na forma em que nos comunicamos. Utilizou-se proposta de dinâmica em grupo para refletir sobre a comunicação, reforçando a importância desta. Observou-se boa aceitação da equipe nesta atividade.

A instituição coparticipante reforçou ao final dos treinamentos que dará sequência ao NCP, ressaltando a importância em oferecer capacitação contínua sobre a filosofia paliativista.

Os Desafios do Cuidado Paliativo na Oncologia

O Brasil tem poucos serviços em CP, e número ainda menor daqueles que ofertam cuidados com base científica e de qualidade. Seja na área hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, os serviços de inclusão no modelo de atendimento solicitam que o trabalho seja eficaz e de qualidade (INCA, 2017). No Brasil, além de serem poucos os CP, ainda são cuidados feitos de modo isolado, sem seguir uma

diretriz de trabalho.

De acordo com a União para o Controle Internacional do Câncer (UICC) em 2020 o número casos de câncer terá um aumento de 14% e de 28% em 2030. Para o ano 2019 espera-se mais de 600 mil novos casos de tumores benigno e maligno e 420 mil novos casos de câncer INCA (BRASIL, 2018). Com essa estatística, observa-se o grande desafio e necessidade de incluir esta modalidade na oncologia, haja visto ser um público que demanda cuidado específico e singular.

Com a oportunidade de assistência pelo grupo de CP, o paciente e familiar pode ser motivado a ter mais autonomia com o cuidado, aceitar dialogar e participar na decisão do tratamento (ANCP, 2012). A mudança no cuidado curativo para o que tem o objetivo paliativo, é uma transição contínua, com metodologia de cuidado distinto para cada paciente INCA (BRASIL, 2018).

De acordo com Palliative Care Alliance World, apenas 8% de mais de 100 milhões de pessoas e familiares que necessitam de cuidados paliativos no mundo chegarão a ter acesso a esses cuidados, e em muitos países esse tipo de serviço ainda não é oferecido.

Os países desenvolvidos como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia estão no topo no ranking da pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit, sobre as condições de CP, enquanto países em desenvolvimento ficam com menos pontuação por causa de investimentos baixos do governo nesse serviço e pela cultura que ainda visa os serviços curativos e não paliativos (VICTOR, 2016).

O The Economist (2015) publicou um relatório que mostra a qualidade de morte no mundo, o Brasil ocupou a posição de 42^a de um total de 80 países. Ficando os países Reino Unidos e Austrália com o melhor índice de qualidade de morte, trazendo uma reflexão sobre o CP proporcionado aos brasileiros.

É urgente a necessidade de mostrar-se nova visão da vida mediante o processo de morte e luto aos pacientes e familiares, dando um novo sentido no que se refere a vida e morte, trazendo maior esclarecimento sobre a finitude (SILVA, 2016).

O Brasil alavancou uma conquista relevante no dia 31 de outubro de 2018 com a normatização da resolução nº 41. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer de forma gratuita os cuidados como suporte incluído na esfera do SUS, oficializa o uso dos cuidados paliativos em todos os hospitais públicos do Brasil e torna a prática uma política de saúde (BRASIL, 2018).

Embora tenha ocorrido um avanço deste cuidado no SUS, o desafio é capacitar profissionais para trabalhar com esses indivíduos, oferecendo apoio, cuidado, presença e tratamento embasado cientificamente, ressaltando a qualidade no serviço prestado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, acredita-se que a experiência de implementação NCP descrita neste artigo obteve e continua obtendo resultados positivos. Entre as conquistas alcançadas pela equipe de CP está a educação continuada permanente e a constância de encaminhamentos de pacientes para o acompanhamento em caráter complementar ao assistencial.

Houve ainda reflexões sobre o aumento do número de pacientes encaminhados ao serviço de atenção domiciliar, ou seja, pacientes que puderam receber visita da equipe com planejamento dos cuidados no seu ambiente familiar e social. Entre estes pacientes, sendo dada continuidade ao atendimento em CP, observou-se menor taxa de reinternações por eventos adversos ao tratamento antineoplásico.

Houve modificação na cultura institucional e, atualmente, é possível verificar maior engajamento no processo de apoio aos pacientes em final de vida, havendo diálogo efetivo entre equipe, paciente e família. Sendo assim, paciente e família estão sendo informados de seus direitos quanto às formas de tratamentos existentes e sobre sua autonomia em acompanhar os processos decisórios quanto às terapêuticas adotadas.

Esta pesquisa possibilitou reflexão e diálogo sobre uma proposta de mudança curricular, que atenda a carência dos acadêmicos em relação à filosofia paliativista, oportunizando aos mesmos uma atuação profissional mais completa, tornando-os mais eficientes na atuação para cumprir um dos principais objetivos do atendimento aos pacientes durante a finitude.

Sugerimos a instituição construir indicador de qualidade assistencial para avaliar se o NCP cumpre o objetivo de preparar a família para o cuidado ambulatorial e domiciliar, estimulando que os pacientes melhorem a qualidade de vida e o controle dos sintomas provocados pela doença e tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP**. 2017. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>. Acesso em: 17 nov.2019.

ALBERT RH. End-of-Life Care: **managing common symptoms**. Am Fam Physician. Mar 15;95(6):356-361. 2017.

ALMEIDA, O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p.34-40, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf . Acesso em: 19 de Abri de 2019.

ASENSI, F. D. Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. In: **Cidadania no cuidado-universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, 2011.

AVELAR, ARIANE FERREIRA MACHADO, et al. **10 passos para a segurança do paciente**. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente- REBRAENF- Polo São Paulo-2010.

BUZGOVÁ, R., JAROSOVÁ, D., & HAJNOVÁ, E. **Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care**. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-6. 2015.

BRANDI, A. C.; CAVASINI, S. M. **Psicologia como suporte de apoio ao paciente, à família e à equipe em oncologia**. In: FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. *Enfermagem em Oncologia*. São Paulo: Editora Atheneu. p. 305-314.2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe dentre as exigências a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre possíveis riscos e benefícios**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: **incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: Inca, 2017.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018a. **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, DF, Seção 1, p. 276. 31 out. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018 b. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa2018.pdf>> . Acesso em: 05 jan. 2018.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. **Profissionais Paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado**. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. ampliado e atual. Porto Alegre: ANCP. 2ª ed, 2012.

CARVALHO, RICARDO T. et al. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018.

CERVELIN, A. F. & KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 18(1), 136-42. 2014.

COHM. Clínica de oncologia e Hematologia das Missões. **A história da clínica**. 2019. Disponível em <https://hospitaleclinicas.com.br/cnes/5284228/cohm-clinica-de-oncologia-e-hematologia-das-missoes-ltda>. Acesso em 19 de Abril de 2019.

DORNELLES N. **A Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço privado de oncologia e hematologia**. [Trabalho de conclusão de curso]. Santo Ângelo (RS): Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santo Ângelo; 2016.

ESPERÓN, J.M.T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Esc Anna Nery** 2017;21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100101. Acesso em 10 abril 2019.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 13, supl. 2, Rio de Janeiro, Dec. 2009.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER. **Cuidados paliativos**. 2014. Disponível em: <http://www.cancer.org.br/>

projeto/93/cuidados-paliativos . Acesso em: 10 abril 2019.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das Normas da ABNT.** – 16. ed. – Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2012.

GUIMARÃES, R. D. **Ansiedade e depressão em cuidados paliativos: como tratar.** *Manual de Cuidados Paliativos*, 191-200. 2012.

HOSPITAL DE CÂNCER DE CAMPO GRANDE – ALFREDO ABRÃO (HCAA). **Manual do serviço de atenção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).** Campo Grande, MS, n. 1, 2014.

INCA. Estimativa 2018. **Incidência de Câncer No Brasil.** doi:978-85-7318-2835; 2017.

JESUS BH, GOMES DC, SPILLERE LBB, PRADO ML, CANEVER BP. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Esc. Anna Nery** ;17(2):336-45. 2013.

JULIÃO, M., & BARBOSA, A. **Depressão em cuidados paliativos.** *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 807-818.2011.

JUNGES, J.R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 275-88, 2010. Disponível em: 103 http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/564/537 Acesso em: 12 Abril 2019.

MACIEL, A. P. S et al. **Referências históricas: definições e princípios em cuidados paliativos.** In: *Enfermagem em cuidados paliativos* (Org.) VICENCI, M. C. et al. 2012.

MALAGUTTI, W.; ROHERS, H. A Legislação Brasileira, as Religiões e os Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte.** São Paulo: Martinarri. p. 97-115. 2013.

MANSO, M. ELISA GONZALEZ. A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o princípalismo bioético. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 9, n. 457, 7 out. 2004. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/5781>. Acesso em: 08 nov. 2019.

MARCONI, M. De Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5ª ed. São Paulo; Atlas S.A, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** 3 ed. São Paulo. Atlas, 2001.

MEZZAVILA, I. CRISTINA VERONESE; CARDOSO, J. MANOEL MENDES. Qualificação profissional e empregabilidade: Reflexões pertinentes. **Revista de pós-Graduação Faculdade Cidade Verde.** Vol. 2, N1, ISSN2448-4067. 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). *Palliative care* (Cancer control: knowledge into action - WHO guide for effective programmes - module 5). Recuperado em 20 de setembro, 2007, de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> [Links] acesso em 21 de nov 2019.

OMS. - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève: OMS, 2015. [Links]

OTHERO, M. B. et al. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atkas of Palliative Care. *European Journal of Palliative Care.* 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhaguen, Denmark. p.113. [Links]May 2015

PEDUZZI, M. **O SUS é interprofissional**. Interface (Botucatu). 2016.

PEIXOTO, A. P. **Cuidados paliativos**. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais. 2004. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%generalidades.df>. Acesso em: 06 de Abril de 2019.

PESSINI L. A FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L; Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Loyola ; 2004. p. 181-208. [Links] Acesso em 03 de Abril de 2019.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª edição Tradução: Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Art Med, 2011.

PONTALTI G, RIBOLDI CO, RIODA RS, ECHER IC, FRANZOI MA, WEGNER W. Benefícios da hipodermoclise na clínica paliativa de pacientes com câncer: relato de caso. **Rev Bras Cancerol**; 62(3): 247-52. 2016.

Queiroz, R., Capelas, M.L. Formação avançada em Cuidados Paliativos em Portugal. **Observatório Português dos Cuidados Paliativos**. 2016. Disponível em: <http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Observatorio/Profissionais%20com%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Avan%C3%A7ada%20em%20CP.pdf>>Acesso em 14 de Abril de 2019.

RENNÓ, C., S., N. & CAMPOS, C., J, G. Comunicação Interpessoal: Valorização pelo Paciente Oncológico em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, 18(1), 106-115. [Links] 2014.

SANTOS, E.M. dos; SALES, C.A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 20, p. 214-222, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500027&lng=en&nrm=iso . Acesso em 10 de nov 2019.

SIEGEL RL, et al. Cancer Statistics 2017, *Ca Cancer J Clin*;67:7-30. 2017

Silva, C. F., Souza, D. M., Pedreira, L. C., Santos, M. R., & Faustino, T. N. (2013). Concepções da equipa multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência e saúde coletiva*, 18, (9), p. 2597-2604. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>

SILVA, M. M., SANTANDA, N. G. M., SANTOS, M. C., CIRILO. J. D., BARROCAS, D. L. R., & MOREIRA, M. C. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 19(3), 460 -466. Doi: 10.5935/1414-8145.20150061.2015.

SILVA, *et al*. Os cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**. 62(3): 253-257, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2ed. Rio de Janeiro: SBGG; ANCP; 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2015. 46 p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/.vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 21 de Abril de 2019.

SORATTO, M. T., SILVA, D. M., ZUGNO, P. L., & Daniel, R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, 9(1), 53-63. 2016.

St CHRISTOPHER'S **Sydenham site** Switchboard 020 8768 450051-59 Lawrie Park Road London SE26 6DZ. Disponível em info@stchristophers.org.uk Acesso em 06 de Abril de 2019.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *The 2015 quality of death index*. Ranking palliative care around the world. London, 2015. 68p. [Links]

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 1. Ed. Porto Alegre. 2017. Moria. em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>Acesso em 08 de Abril de 2019.

Vasconcelos, P., Cruz, T., & Bragança, N. Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, 3(2): 14-19. 2015.

VIEIRA, G. CLEMENTINA GALVANI; BRIDA, R. LIMA DE; MACUCH, R. DA SILVA; MASSUDA, E. MITIE; PREZA, G. PEREIRA. **Uso de psicotrópicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho**. Santa cruz do sul. Publicado em 30 de setembro 2016.

V. G. HUNES GRASSI GOMES. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2016; 62(3): 267-270. Disponível em: Acesso em 17 NOV de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: the solid facts. Geneva: WHO; 2004.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. WHO. England. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. [Links] Acesso em 16 e Abril de 2019.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE – WPCA. World Health Organization. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf . Acesso em: 20 Abril 2019.

ZIRONDE ES, MARZENINI NL, SOLER VM. **Hipodermóclise: redescoberta da via subcutânea no tratamento de indivíduos vulneráveis**. CuidArt, Enferm. [Internet]. 2014 [citado em 01 maio 2018]; 8(1):55- 61. Disponível em: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v8_n1_jan_jun_2014.pdf. Acesso em 09 nov de 2019.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA**, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus de Santo Ângelo, que tem por objetivos defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O motivo principal que nos leva a estudar esse tema é a discussão desta temática e a educação da equipe multidisciplinar que atende o paciente oncológico. Ainda fomentamos implantar o Núcleo de Cuidados Paliativos na instituição. Os dados serão coletados através de um questionário estruturado. **DESCONFORTO, RISCOS E BENEFÍCIOS.** Existe um desconforto mínimo para você, em que pode sentir-se desconfortável ao responder a pesquisa. Formas de Acompanhamento e Assistência: caso haja necessidade de assistência relacionada a participação na pesquisa, você será encaminhado ao serviço de psicologia da universidade ou da instituição coparticipante. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalidade ou perdas. Os BENEFÍCIOS para o participante da pesquisa serão: ter oportunidade de contribuir para a construção do conhecimento, refletir sobre os cuidados paliativos em pacientes oncológicos, ter oportunidade de expressar experiências com pacientes paliativos e contribuir para outros estudos sobre cuidados paliativos. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os resultados da pesquisa serão enviados para você, se você desejar. Uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo. Os eventuais custos decorrentes da participação na pesquisa, serão ressarcidos. Caso ocorram danos pela participação no estudo, haverá ressarcimento.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI, na Rua Universidade das Missões, nº 464, prédio 20, telefone: 55-3313-7917, com a professora Kelly Cristina Meller Sangoi pelo

telefone: (55) 996822885 ou com a aluna Silézia Santos Nogueira Barbosa, telefone: (55) 991773480. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

ANEXO II

DECLARAÇÃO DA(S) INSTITUIÇÃO (ÕES) COPARTICIPANTE(S)

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético do **PROJETO IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA**, emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santo Ângelo, Agosto, 2019

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE I

PROJETO: IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM SERVIÇO PRIVADO DE ONCOHEMATOLOGIA

As questões são objetivas e diretas, facilitando suas respostas e compreensão.

ID: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

1. Categoria profissional:

- () Médico
- () Psicólogo
- () Farmacêutico
- () Técnico de enfermagem
- () Enfermeiro

2. Está fazendo algum curso de qualificação?

() Sim () Não

Em caso de sim:

- () Curso de curta duração (até 20 horas) em: em: _____
- () Especialização em _____
- () Mestrado () Doutorado

3. Tempo de atuação na profissão:

- () 0 a 2 anos
- () 2 a 5 anos
- () Acima de 5 anos

4. Quantos vínculos empregatícios você possui além deste?

() Somente este () Este e mais um () Este e mais dois

5. Qual o seu nível de entendimento sobre os Cuidados Paliativos (CP)?

() Regular () Bom () Muito Bom

6. Você já teve algum curso ou capacitação/educação específica sobre CP?

() Não () Sim. Que assuntos foram abordados? _____

7. Caso tenha realizado, o curso ou treinamento este foi oferecido por esta instituição?

() Sim () Não

8. Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?

Sim Não

9. O paciente com doença avançada tem esse atendimento especializado aqui nessa instituição?

Sim Não

10. De 0 a 10, qual a importância dos Cuidados Paliativos para você numa instituição de Oncohematologia?

11. Para você o que fica em primeiro plano no tratamento de pacientes que estão em cuidados paliativos?

Obtenção da cura. Alívio dos sintomas predominantes.

12. Na sua opinião, o apoio espiritual é importante na assistência à saúde?

Sim Não

13. Você concorda com os princípios éticos de autonomia do paciente, justiça, beneficência e não maleficência, no que se refere às condutas dos profissionais da saúde?

Sim Não

14. Na sua opinião, é função do profissional da saúde, nos cuidados paliativos, a assistência à família durante o luto?

Sim Não

15. Para você, a dor do paciente pode se manifestar em quais aspectos? (Marque quantas alternativas quiser)

Físicos Financeiros
 Psicológicos Aspecto total
 Sociais Espirituais

16. Diante do sofrimento imposto pelas *situações-limite*, qual é sua maior dificuldade como profissional?

Comunicar ao paciente e aos familiares o agravamento da doença e a proximidade da morte.

Lidar com pacientes que expressam forte emoções, principalmente raiva, medo e tristeza.

Lidar com o fato de o paciente pedir para morrer.

() Neste momento, alguns profissionais tem tendência em querer abandonar os cuidados, estando menos tempo com estes pacientes;

17. Consideramos como medidas estabelecidas para o tratamento da dor, quando os tratamentos clínicos, farmacológico e fisioterápico forem insatisfatórios:

- () Bloqueios- Bomba intratecal – radiofrequência
- () Massagens relaxantes e adesivos transdérmicos
- () Técnicas de psicoterapia

18. Uma manifestação clínica no caso de um paciente oncológico são as náuseas e vômitos. Assinale algumas condutas que podem ser feitas:

- () Orientar sobre refeições em intervalos menores. Evitar deitar logo após as refeições. Preferir alimentos a temperaturas ambientes ou frios e evitar ingestão de líquidos durante as refeições.
- () Orientar ficar sem se alimentar por 6 horas. Acrescentar tratamento com acupuntura e apoio psicológico.

19. A constipação é outra manifestação oriunda principalmente dos efeitos colaterais dos quimioterápicos. É importante considerar:

- () Doses de medicações utilizadas e uso de laxativos orais.
- () Hábito intestinal atual e comparar com o habitual do paciente. Se há uso de laxativos e se houve efetividade no alívio dos sintomas.

20. A técnica da HIPODERMÓCLISE SUBCUTÂNEA é utilizada para algumas situações, entre elas:

- () Paciente com dificuldade para engolir ou tomar medicação VO com segurança. Está inconsciente e apresenta muita náusea e vômito.
- () Para pacientes lúcidos e que não necessitem de medicamentos.

21. É comum pacientes oncológicos com doença avançada apresentarem soluços. Considerando:

- () As causas mais comuns do soluços são extasia gástrica, distensão abdominal ou refluxo gastroesofágico.
- () Para alívio do soluço orienta-se beber água morna ou ficar em jejum por 7 horas.

22. O impacto da Ansiedade e Depressão não consiste apenas no estresse psicológico, mas reflete-se também na qualidade de vida, aderência ao tratamento e na maneira pela qual o paciente sofre com a progressão da doença. Portanto é

preciso explorar as preocupações do paciente e o efeito delas sobre o indivíduo como todo. Sendo assim considera-se válido:

Medo da morte, preocupação com a imagem do corpo.

A abordagem desse paciente deve ser coletiva, afim de ter mais êxito no tratamento.

23. Delirium é caracterizada por desorganização transitória das funções cognitivas provocada por alterações no metabolismo cerebral. Marque a alternativa incorreta.

O diagnóstico é feito somente por exame NEUROIMAGEM.

Os BENZODIAZEPÍNICOS não devem ser usados como primeira linha para o tratamento da agitação associada ao delirium.

24. Em relação a Dispneia, comum em pacientes paliativos, observa-se os seguintes manejos farmacológicos, considerando a opção correta.

Em crises de dispneia intensa em paciente em cuidado de conforto de fim da vida, a via preferencial é a parenteral, tendo início de ação em torno de 3 a 5 minutos.

O uso de opioide não mostra-se seguro e eficaz no caso de dispneia.

25. A caquexia é uma síndrome multifatorial, na qual há perda contínua de massa muscular. Assinale a escolha relevante:

A indicação de suporte nutricional é uma opção para paciente com caquexia em grau muito avançado.

Fornecer refeições com pequenas porções, priorizando os desejos do paciente, ajuda no manejo não farmacológico.

26. Você acha necessário melhorar seu conhecimento sobre o tema?

Sim Não

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE URGÊNCIAS

Data de aceite: 20/05/2020

Data da Submissão: 27/01/2020

Karina Andrade de Paula

Fundação Educacional do Município de Assis –
FEMA

Assis – SP

<http://lattes.cnpq.br/2779427500269220>

Caroline Lourenço de Almeida

Mestre na Faculdade Educacional do Município
de Assis – FEMA

Assis – SP

<http://lattes.cnpq.br/9899717584418112>

RESUMO: Nas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial. Essa pesquisa teve por objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma UPA sobre os novos protocolos de urgências pediátricas, através de um questionário que aplicado com a equipe.

Esse estudo se justifica, pois, ao se avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem que atua em um serviço de urgência e emergência em relação aos protocolos de atendimentos emergenciais a criança, será obtido quais as deficiências a equipe apresentam para que assim seja aplicado um treinamento para sanar esses possíveis déficits. Tendo em vista os dados analisados, pode se observar que os profissionais na Unidade de Pronto Atendimento – UPA, compreendem como deve ser o atendimento a criança na urgência/emergência, porém não compreendem quanto de medicação deve ser administrado no caso de choque na criança. Uma boa conduta para sanar esse déficit de conhecimentos dos profissionais da área, seria a unidade oferecer treinamento no atendimento a pediatria para seus colaboradores, para que todos não fiquem na dúvida diante de um atendimento de urgência em uma criança. Frente aos resultados da pesquisa, pode se concluir com o estudo que os colaboradores compreendem até determinada parte do atendimento a criança, porém ainda falta conhecimento sobre determinados parâmetros que são protocolos para funcionários que atendem em uma unidade de urgência/emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Urgências Pediátricas; Conhecimento; Enfermagem; Emergência; Criança.

THE KNOWLEDGE OF THE NURSING PROFESSIONALS OF A UNIT OF ADVICE ABOUT EMERGENCIES

ABSTRACT: In emergency situations, the child is almost always the main victim, requiring special attention, given the biological and psychological peculiarities and characteristics of this population group in the country, subject to the diseases caused by childhood diseases, requiring resources materials and human resources for emergency care. This research aims to evaluate the knowledge of the nursing professionals of a UPA about the new protocols of pediatric emergencies, through a questionnaire that will be applied in the team. This study is justified because, when evaluating the knowledge of the nursing team that acts in an emergency and emergency service in relation to the protocols of emergency care the child will be obtained which the deficiencies the team present so that a training is applied to remedy these possible deficits. Considering the data analyzed, it can be observed that professionals in the Emergency Care Unit - UPA, understand how the care of the child should be in the emergency / urgency, but they do not understand how much medication should be administered in the case of shock in the child. A good way to remedy this knowledge deficit of the professionals of the area would be to offer training in the pediatric care to its employees, so that everyone is not in doubt when faced with urgent care in a child. In view of the research results, it can be concluded from the study that the employees understand up to a certain part of the child care, but still lack knowledge about certain parameters that are protocols for employees who attend an emergency / emergency unit.

KEYWORDS: Pediatric Emergencies; Knowledge; Nursing; Emergency; Kid.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade de crianças menores de um ano de idade é um importante indicador de desenvolvimento social de um país, e no Brasil ela vem se apresentando em escala decrescente e atingiu seu menor nível em 41 anos.

Segundo a pesquisa realizada pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) realizada no ano de 2015, 31.160 (crianças menores de um ano morreram em 2015 no país. O total representou uma queda de 21,9% em relação ao apurado dez anos antes, de 39.921 crianças. Ainda na pesquisa citada, lista alguns fatores que ajudaram na queda do indicador, todos relacionados à melhora da qualidade de vida e a ampliação ao acesso a serviços básicos e de

saúde do país (VETTORAZZO, 2016).

O reconhecimento dos sinais e sintomas que demonstram gravidade nos pacientes da faixa etária pediátrica e adolescente é de suma importância no prognóstico. O atendimento precoce pode evitar a evolução para uma parada cardiorrespiratória (PCR), choque, insuficiência respiratória ou piora do quadro clínico vigente. Os gastos públicos com o tratamento diminuem, assim como a possibilidade de complicações e de sequelas (MELO & VASCONCELLOS, 2005).

Segundo Ministério da Saúde, as doenças respiratórias agudas e crônicas são as principais causas de superlotação nos serviços de urgência e emergência pediátrica, onde a atenção primária poderia dar um suporte a está criança e minimizar o fluxo das emergências, fazendo um trabalho com continuidade (RIEGEL, SIQUEIRA, BARBOSA & FONSECA 2014).

O atendimento na Unidade de Pronto Atendimento classifica os pacientes a partir do protocolo de Manchester, que utiliza as cores para classificar o risco em que o paciente se encontra para que se prossiga com o atendimento.

A Triagem de Manchester teve origem na Inglaterra, na cidade de Manchester. No Brasil, foi utilizado pela primeira vez em 2008, no Estado de Minas Gerais, como estratégia para reduzir a superlotação nas portas dos prontos-socorros e hospitais. Hoje, ele é acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e é entendido como uma evolução no atendimento aos quem recorrem a um Serviço de Urgência (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2017).

Nas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial.

A cada ano morrem cerca de 12 milhões de crianças, antes de chegar aos cinco anos de idade, muitas delas, durante o primeiro ano de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento. Sete, de cada dez, dessas mortes devem-se a infecções respiratórias agudas (principalmente pneumonia), à diarreia, ao sarampo, à malária ou desnutrição, e, frequentemente, a uma combinação dessas afecções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A decisão de tomar como objeto de estudo a atuação da enfermeira na assistência à criança, diante de uma situação de emergência, deve-se à verificação de que, no âmbito da enfermagem, poucos estudos têm privilegiado o referido tema e, nesse sentido, este trabalho configura-se como um espaço pouco explorado.

Essas afirmativas justificam a importância de um estudo que avalie o conhecimento da equipe de enfermagem que atuam em um serviço de urgência e emergência em relação aos protocolos de atendimentos emergenciais a criança,

assim, posteriormente um treinamento para a melhora das deficiências encontradas desse conhecimento que seria claramente identificada.

2 | A ENFERMAGEM COMO EQUIPE MEDIADORA A CRIANÇA EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIAS

O processo de trabalho de enfermagem no setor de emergência pediátrica tem como base ideológica a premissa de salvar vidas; a humanização através da conversa, e do explicar o procedimento a criança e ao acompanhante (NEVES Etal.,2016).

Nas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial (TACSI & VENDRUSCOLO,2004).

Os profissionais da enfermagem, tem que estarem habilitados em treinamento tanto técnico quanto científico, pois, além de lidar com situação em que a criança se encontra onde tem que ser prestados os serviços adequadamente de acordo com protocolos, os familiares estão em constante tensão devido ao quadro em que a criança se apresenta. Tudo isso tem que ser levado em conta, pois, quando se presta o atendimento ao paciente, tem que ser visto e prestado o acolhimento a família do paciente.

A atuação mediadora do enfermeiro na Unidade de Atendimento Pediátrico contribui para manter a organização e o funcionamento da sala de emergência, por meio do controle de materiais e aparelhos, da realização de protocolos de atendimento e capacitação da equipe de enfermagem, com a finalidade de garantir uma assistência ótima, rápida e eficaz para diminuir o risco de seqüelas e incapacidades da criança em situação de emergência (TACSI & VENDRUSCOLO,2004).

3 | URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Dentro das urgências podemos atuar em duas linhas diferentes chamadas de suporte básico de vida e suporte avançado de vida.

O suporte básico de vida (SBV) tem como objetivos o rápido reconhecimento das situações de gravidade, a intervenção precoce e a manutenção da estabilidade circulatória e respiratória por meio das manobras de reanimação. Compreende também aspectos da prevenção de fatores e situações de risco, detectando as ocorrências de eventos em determinado local da comunidade e o transporte seguro

do paciente (MELO, 2011).

O suporte avançado de vida (SAV) inclui, além do suporte básico, o uso de equipamentos e técnicas especiais para estabilização e manutenção da circulação e ventilação, monitorização, estabelecimento de acesso vascular, administração de drogas e fluidos, desfibrilação e cuidados pós-reanimação.

As situações de urgência e emergência na faixa etária pediátrica possuem etiologias diversas e o profissional de saúde deve estar preparado para reconhecê-las. O reconhecimento pode ser difícil, porque muitas vezes a criança não sabe manifestar ou descrever os sintomas (VASCONCELLOS, 2011).

4 | PRINCIPAIS PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

A *American Heart Association* (AHA) publicou 2015 uma nova versão das diretrizes para a reanimação cardiorrespiratória e emergência cardiovascular (AHA, 2015). As ações preconizadas são estabelecidas em duas linhas de condução: “suporte básico de vida” e “suporte avançado de vida”.

A principal mudança nas novas diretrizes ocorreu na sequência de atendimento da PCP no protocolo de 2010. O reanimador passou a avaliar o paciente rapidamente, verificando, por inspeção visual, o estado de consciência e identificando a ausência de respiração e/ou presença de respiração irregular ou *gasping*. A diretriz preconizou que a sequência de RCR deveria ser “CAB” (Compressão torácica/abrir vias Aéreas-ventilação/Boa respiração) para adultos, crianças e lactentes (excluindo-se recém-nascidos).

Em crianças e lactentes em parada cardiorrespiratória súbita e presenciada, deve-se suspeitar de arritmia, com a utilização do desfibrilador automático externo (DEA) da forma mais precoce possível. (AHA, 2010).

De acordo com a AHA (2010), o DEA avalia o ritmo cardíaco do paciente e, caso haja indicação de administração de choque elétrico, guia e orienta, por meio de comandos de voz, o operador nas ações a serem executadas, bem como fornece o choque, se esse for indicado. Para crianças de 1 a 8 anos de idade deve-se utilizar o DEA com sistema atenuador de carga pediátrico. Caso não seja disponível, deve-se usar um DEA padrão. Para lactentes, é recomendado o uso de desfibrilador manual ou de um DEA equipado com atenuador de carga pediátrico e pás pediátricas. Se nenhum desses estiver disponível, deve-se usar um DEA sem atenuador de carga pediátrico e as pás de adultos. É possível a utilização de pás de adultos e carga de adulto em crianças, mas não se deve usar pás pediátricas e carga de crianças em adultos.

Os cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória são fundamentais para a sobrevida sem sequelas dos pacientes (MELO, 2011).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Unidade de pronto atendimento possui profissionais de saúde de diferentes categorias. O presente estudo buscou identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem referente a urgências pediátricas. A pesquisa foi realizada no período de 21/06/2018 a 23/06/2018 em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA. Na unidade o local de recebimento é bem estruturado, porém, para se atender uma criança em estado de urgência/emergência falta equipamentos, ou seja, na unidade não tem uma sala de emergência para criança, existe somente uma especializada para adultos que é utilizada para ambos. Quanto aos colaboradores, a unidade tem no total 26 técnicos de enfermagem, 31 auxiliares de enfermagem e 15 enfermeiros. No período estipulado para a pesquisa, do total de 72 funcionários da enfermagem; apenas 24 funcionários aceitaram participar da pesquisa realizada. Foi aplicado um questionário com 4 perguntas para a caracterização dos entrevistados e 5 perguntas sobre o atendimento de urgência na pediatria.

Em relação ao gênero dos colaboradores na enfermagem a marca é evidente, confirmado pela sua trajetória histórica de ser um trabalho eminentemente feminino, embora já se perceba a inserção do homem na profissão, os dados sociodemográficos desta pesquisa ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistências. Dos 23 participantes da pesquisa, 17 eram do gênero feminino. Considerando o local da pesquisa, unidade de pacientes críticos, percebe-se uma relação com outros estudos.

Em um estudo realizado por Padilha (2006) com trinta e oito enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de São Paulo, a caracterização dos participantes apontou que 94,7%% pertenciam ao sexo feminino. Em outra pesquisa realizada por Preto (2009) com vinte e um enfermeiros que atuavam em cenários de unidades críticas, evidenciou-se que 90,5% dos trabalhadores eram do sexo feminino e 9,5% do sexo masculino. Assim, a supremacia do sexo feminino na enfermagem nesta pesquisa, reflete a composição própria da profissão.

Com isso de acordo com a associação das pesquisas citadas e a pesquisa realizada pela autora, o número de homens na unidade de saúde ainda se apresenta em menor escala quando comparado com o gênero feminino.

Quanto a faixa etária, constatou-se que o perfil dos enfermeiros é de adultos jovens, pois 9% (9) dos 23% (23) participantes da pesquisa estavam na faixa etária entre 30 a 39 anos. Os demais se distribuía entre 20 e 29 anos (6), 40 a 49 anos (4), 50 a 59 anos (1) e acima de 60 anos foram (3) entrevistados. Em uma pesquisa referente ao estresse na enfermagem por profissionais que atuam em unidade de pacientes críticos, Guerrer (2008), trouxe que a análise da faixa etária demonstrou que 80,2% tinham menos de 40 anos, o que vem ao encontro do perfil etário dos

sujeitos participantes da pesquisa. Os profissionais que atuam nestes locais são cobrados a absorver novas tecnologias e os novos saberes. Para tanto, há que se demonstrar vontade, disposição e ânimo para aprender frente às novidades que são incorporadas ao cuidado. Deste modo, a escolha dos profissionais deve levar em conta as características deste ambiente, em termos do processo de trabalho, e a disponibilidade do profissional, para se adaptar a este, talvez por isso, o motivo da idade dos entrevistados. Resultados deste estudo levam a sugerir que, no caso dos profissionais mais jovens, o desejo de aprender e de adquirir experiência pode fazer com que eles avaliem como positivos aspectos que os trabalhadores de meia-idade indicaram como causas de insatisfação.

A adesão da participação da pesquisa, também foi contabilizado de acordo com a categoria profissional de enfermagem. Os dados mostram que a maioria que aceitou eram técnicos de enfermagem (10) seguido por auxiliares (7) e enfermeiros (6). O motivo da pouca adesão do profissional enfermeiro traz uma incógnita na pesquisa em questão. Pode-se justificá-la pela sua posição frente a equipe, suas atribuições consomem seu tempo, o que podemos afirmar considerando as indagações de Marques et al (2011), que apontam que a especificidade da competência para trabalhar em saúde se expressa na capacidade de um ser humano cuidar do outro, sendo uma atitude social antes de ser conjunto de conhecimentos profissionais, o que pode ser traduzido como um assumir de responsabilidades. Sendo assim, o enfermeiro tem uma grande responsabilidade que é coordenar sua equipe e gerenciar toda a unidade, acompanhando sempre sua equipe na unidade em que precisar, diminuindo seu tempo vago para participação da pesquisa.

Quanto ao tempo de profissão em anos na enfermagem, nota-se uma grande variação, entre menos de um ano até 15 anos de atuação. De acordo com Garcia et al (2013) no caso dos profissionais mais idosos e, conseqüentemente, com maior tempo de trabalho, entende-se que a experiência favorece, em muitos casos, a adaptação ao emprego e, igualmente, o desenvolvimento de visão mais objetiva, levando-os a atribuir valores mais elevados a aspectos que outros profissionais podem considerar como insatisfatórios. O profissional da saúde quanto maior o tempo de atuação na área, mais experiências ele tem para passar para os profissionais que estão chegando.

Quando questionados sobre a classificação de risco do protocolo de Manchester, a classificação vermelha foi a investigada, devido o tema de urgência da pesquisa. Observa-se que 19% (19) dos 23% (23) entrevistados, sabiam a definição exata da pergunta realizada. Em relação a dispneia na criança, demonstra que 21% (21) dos colaboradores compreendem referente a pergunta realizada sobre a caracterização de dispneia na criança. Tendo em vista o que traz o protocolo da AHA referente ao algoritmo de abordagem da criança no suporte de vida e as respostas dos colaboradores,

apenas 10% (10) funcionários acertaram a resposta, ou seja, pode se observar que eles não têm clareza sobre como iniciar um atendimento em uma criança na urgência. Já referente ao fluxograma de tratamento para urgências respiratórias, demonstra-se 19% (19) dos colaboradores sabem como funciona o fluxograma de tratamento para urgências respiratórias e referente ao choque em pediatria somente 16% (16) dos funcionários acertaram a pergunta realizada.

6 | CONCLUSÃO

Este estudo teve como enfoque avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma UPA sobre os novos protocolos de urgências pediátricas, considerando a sua posição referente ao objetivo desse estudo, ou seja, caracterizar os entrevistados de acordo com o tempo de trabalho na enfermagem, sexo, nível de escolaridade e carga de trabalho semanal. Para caracterização dos colaboradores foi realizado um questionário semiestruturado com perguntas fechadas sendo: sexo; idade; profissão e tempo de profissão e questões específicas sobre a prática da urgência pediátrica. Tendo em vista os dados analisados, pode-se observar que os profissionais na Unidade de Pronto Atendimento – UPA, compreendem como deve ser o atendimento a criança na urgência/emergência, porém não compreendem quanto de medicação deve ser administrado no caso de choque na criança. Uma boa conduta para sanar esse déficit de conhecimentos dos profissionais da área, seria a unidade oferecer treinamento e capacitação no atendimento a pediatria para seus colaboradores. Frente aos resultados da pesquisa, pode-se concluir com o estudo que os colaboradores compreendem até determinada parte do atendimento a criança, porém ainda falta conhecimento sobre determinados parâmetros que são protocolos para funcionários que atendem em uma unidade de urgência/emergência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION GUIDELINES 2015 CPR E ECC. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE.** 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Basic Life Support BLS/BLS - Anytime for Healthcare.** [Cited 2015 Sep 13]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/HealthcareTraining/BasicLifeSupportBLS/BLS-Anytime-for-Healthcare-Providers_UCM_303458_Article.js

MELO, Maria do Carmo; SILVA, Nara Lúcia. **Urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011.

TACSI, Yolanda; VENDRUSCOLO, Dulce. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica.** Revista Latino Americana de Enfermagem vol.12 n°3, maio-junho 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Call of action to the attention integrated to the prevalent diseases of the children.** 2001.

LESÕES POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Data de aceite: 20/05/2020

Thais Leôncio Araújo Fontes

Enfermeira Terapia Intensiva e Dermatoterapeuta;Membro do Grupo De Pesquisa Cicatrizar (UFF)

Bianca Campos De Oliveira

Doutoranda do Programa de Pós Graduação em ciências do cuidado em saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Beatriz Guitton Renaud Baptista De Oliveira

Enfermeira.Professora titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC),da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Carla Teles de Carvalho Herdy Baptista

Enfermeira.Estomaterapeuta.Mestranda do Programa de Pós Graduação em ciências do cuidado em saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Virginia Ribeiro Lima e Andrade

Enfermeira. Mestre.Professora de Pós-Graduação Universidade Estácio de Sá.

RESUMO: O presente capítulo aborda um conteúdo de grande importância para profissionais da área da saúde, e de grande relevância social no contexto da prevenção, informação, e a importância do especialista

no manejo do cuidado a esse paciente com risco para lesões ou no tratamento clínico das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: “Enfermagem”, “UTI”, “Feridas”.

ABSTRACT: This chapter addresses a content of great importance for health professionals, and of great social relevance in the context of prevention, information, and the importance of the specialist in the management of care for this patient at risk for injuries or in the clinical treatment of them .

KEYWORDS: Nursing “,” ICU “,” Wounds “.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) lesão por pressão caracteriza por dano à função e a integridade da pele e tecidos conjuntivos, ocasionados por pressão em proeminências ósseas, uso de dispositivos médicos, alteração de microclima, comorbidades, nutrição, e a condição de saúde do indivíduo. A lesão pode apresentar-se em pele intacta ou úlcera aberta (FERRIS et al., 2019). As lesões por pressão, também conhecidas como úlceras por pressão, são

um dos eventos adversos mais frequentes em pacientes hospitalizados em todo o mundo (NPUAP, 2014 ; PADULA et al., 2018).

Pacientes admitidos em unidades de tratamentos intensivos (UTI) apresentam perfil grave que requer monitorização contínua e expiram cuidados, ficando mais vulneráveis a adquirir lesões por pressão (LPP), levando a esse grupo ficar mais suscetíveis a infecções hospitalares, perda irreversível da integridade da pele, sendo colocada em risco a sua segurança (RODRIGUES, et al.,2018).

Dentre os fatores de riscos vale descrever fatores que contribuem para surgimento de LPP em UTIs, tais como os intrínsecos: idade, imobilidade no leito, estado nutricional, distúrbios metabólicos, fragilidade cutânea, instabilidade hemodinâmica, e os extrínsecos: dispositivos médicos, uso de medicações vasoativas, má avaliação na escolha de colchões, ausência de mudança de decúbito (RODRIGUES et al.2018).

Os pacientes acometidos por essas lesões têm o tempo de permanência hospitalar prolongado, maior experiências de dor, desconforto e sofrimento, além do aumento da morbidade e mortalidade, podendo por consequência elevar os custos hospitalares. (CASCÃO, et al.,2019).

Entende-se que as lesões por pressão são um grande desafio dentro das UTIs, pois aumentam o custo terapêutico, levam ao sofrimento físico e emocional do paciente e seus familiares, criando uma demanda de trabalho qualificado da equipe de saúde, visto que o tratamento dessas lesões é complexo.

Os tratamentos para lesões por pressão envolvem a higienização da lesão e da pele, realização de desbridamento de tecidos desvitalizados por meio químico ou mecânico, escolhas adequadas de coberturas considerando as características da lesão, classificação e descrição da lesão, escolha de procedimentos corretos e avaliação global do paciente, necessitando de um olhar do enfermeiros especialista que seja capaz de realizar uma avaliação clínica concisa e um plano terapêutico efetivo (RODRIGUES, et al.,2018).

2 | ENFERMAGEM NA DERMATOLOGIA

Os primeiros registros históricos sobre os cuidados e a avaliação de lesões baseavam-se em conhecimentos empíricos, e na observação e associação das alterações dos fluídos corporais e os danos representados à saúde. Entende-se que os agravos à pele sempre estiveram presentes no cotidiano e os prelúdios de ensaios para o manejo no tratamento de feridas encontram-se em blocos de argila (2.500 a.C.), documentos em sânscritos (2.000 a.C.), papiros (1.650 a 1.550 a.C.) e escritos de Homero (800 a.C.) que descreveram a tríade clássica de intervenção terapêutica dermatológica: higiene, cobertura e proteção (VIEIRA, et al.,2017).

A avaliação dermatológica recebe avanços marcantes no século XVIII, com o surgimento de novas tecnologias clínicas em mesma época que também emergem melhorias nas técnicas e procedimentos de intervenção, além do surgimento dos primeiros antimicrobianos, conjunto que para a história do tratamento de lesões cutâneas, representa significativo avanço e até mesmo superação das altas taxas de mortalidade relacionadas às lesões (VIEIRA, et al.,2017).

Assim a dermatologia é uma das especialidades mais antigas da medicina e irá completar esse ano 107 anos, porém é uma especialidade nova na enfermagem reconhecida pelo conselho federal de enfermagem (MANDELBAUM, 2012).

Iniciou-se no final dos anos 1970 e início de 1980 a especialidade da enfermagem em dermatologia, esse início foi relacionado a uma fase de transição e busca de novos modelos de assistência, onde se buscava construir suas práticas e seus saberes resgatando os pressupostos de universalidade e integralidade, num contexto de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, compreendendo a pele como um órgão que influencia e é influenciado por todo o contexto individual e que requer uma abordagem multidimensional (MANDELBAUM, 2016).

Ressalta-se que a enfermagem dermatológica apresenta um longo percurso no Brasil, desde a prática cotidiana de cuidados preventivos com a pele, promoção cicatricial de injúrias teciduais, até a atuação dos enfermeiros em programas de atenção voltados a dermatologia, como: hanseníase, leishmaniose, pênfigo foliáceo, psoríase, entre outros agravos, em todos os níveis de atenção à saúde. Esta construção histórica e progressiva permitiu que hoje a profissão conte com o acúmulo de um conjunto significativo de saberes e conhecimentos acerca da atenção à saúde da pele e feridas, consolidados e especializados por enfermeiros, em contínua produção de conhecimento, melhoria das práticas de cuidado e desenvolvimento de recursos tecnológicos (MANDELBAUM, 2016).

Rodrigues, et al.,(2018) ressaltam a importância do enfermeiro no tratamento de feridas como atuante na avaliação, escolha e determinação da conduta sendo um fator fundamental para eficácia do tratamento, enfatizando que a escolha errônea irá trazer complicações e o retardo do processo cicatricial.

Estudo realizado recentemente em Portugal teve como objetivo a identificação do conhecimento de enfermeiros que não eram especialistas em estomatoterapia ou dermatologia e concluiu que os mesmos não possuem conhecimento adequado no manejo das lesões por pressão (CARDOSO, et al.,2019).

O cuidado para tratamentos de lesões vem despertando interesses de diversos profissionais da área de saúde, porém atualmente temos novos recursos tecnológicos tanto para tratamento quanto para prevenção, sendo primordial que os enfermeiros sejam qualificados para ações acerca da avaliação, planejamento, adequado estabelecimento de protocolos para indicação e utilização adequada

destas tecnologias (MAUDELBAUM, 2012).

3 | INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO NA UTI

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) alocam pacientes graves que requerem medidas de suporte à vida e em uso de ventilação mecânica, sedação contínuas, drogas vasoativas, bem como uso de diversos tipos de dispositivos médicos. Todos esses procedimentos interferem diretamente na manutenção da integridade da pele e a mobilização no leito de pacientes vulneráveis ao desenvolvimento de lesão por pressão (TUBAISHAT, et al., 2018).

Souza (2018) mostra a importância da avaliação e detecção precoce de risco de acordo com as limitações que vivenciam em uma UTI uma vez constatado o risco, medidas específicas de prevenção e intervenções de enfermagem direcionadas devem ser implementadas.

Os custos com o tratamento de cada LP pode variar de 2.000 a 30.000 dólares, sendo o custo anual de aproximadamente 8,5 bilhões de dólares, segundo o estudo The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Nos Estados Unidos da América (EUA), a incidência de LP em pacientes hospitalizados varia de 2% a 40%,4 sendo que numa análise de 42.817 internados, observou-se prevalência de 21,5% na Unidade de Terapia Intensiva (GOMES, et al., 2010).

Em relação a dados brasileiros, em um estudo realizado em um hospital universitário na cidade de São Paulo evidenciou incidência de 34,4% de LP (CREMASCO et al. 2013). Outro estudo brasileiro, também realizado em UTI de um hospital de ensino, mostrou incidência de 41,02% (ROGENSKI, et al., 2012).

Segundo Campanili, *et al.*,(2015) os estudos nacionais apresentaram resultados de lesões por pressão em pacientes críticos de 10% a 62% mostrando uma grande variação nos coeficientes de incidência, enquanto estudos internacionais com resultados entre 3,2 e 39%.

De acordo com Cascão, *et al.*,(2019) referem que alguns estudo realizados direcionou o maior número de lesões por pressão ao sexo masculino, enquanto outros estudos referem a maior em sexo feminino e outros ainda não encontram essa variável estatisticamente importante, o mesmo cita a variável idade com grande incidência (33,3%) em maiores de 60 anos, que com a perda da elasticidade da pele pelo detrimento do envelhecimento , desidratação e atrelados a doenças crônicas se tornam um agravo a lesão por pressão .

Segundo estudo realizado em um Hospital no Rio de Janeiro dos 21 pacientes que evoluíram com lesão por pressão durante a internação na UTI 15 (71,4%) tinham diagnóstico médico de hipertensão arterial que de acordo com outros estudos é um dos riscos mais prevalentes, uma vez que o uso contínuo de anti-hipertensivos

reduzem o fluxo sanguíneo e a perfusão tissular , o que leva os pacientes com HAS mais suscetíveis a desenvolver lesão por pressão e 10 (47,6%) de diabetes mellitus, onde há a deficiência da demanda de insulina o que torna esses pacientes predispostos a complicações vasculares periféricas e diminuição da sensibilidade, tendo o risco aumentando para formação de lesões por pressão (CASCÃO, et al.,2019) .

De acordo com Ribeiro, *et al.*, (2018) a área de maior incidência de LPP citada em 3 estudos é a região sacrococcígea. Em uma das pesquisas, o percentual dessa ferida na região em questão alcançou percentual de 50%, totalizando 54 pacientes acometidos.

4 | PREVENÇÃO

Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco para lesão por pressão e seus estudos, na maioria de revisões da literatura, são opiniões de especialistas ou adaptações de instrumentos já existentes. Entretanto, não relatam a identificação dos pesos atribuídos aos fatores de risco nem o emprego de técnicas estatísticas adequadas. Nesse sentido, autores criaram instrumentos de avaliação capazes de prever a ocorrência de UP, sendo os mais conhecidos se utilizados os de Nórton, Waterlow e Braden, sendo a última a mais utilizada em adultos e estudada no Brasil (ZIMMERMANN, et al., 2018).

Cascão *et al.* (2019) reforçam a importância das escalas de avaliação de risco para LPP salientando que são instrumentos importantes no cuidado de enfermagem e a importância de uma avaliação contínua que favorece os mecanismos de prevenção. Dentre as medidas preventivas o mesmo destaca a mudança de decúbito de 2 em 2 horas, bem como a cultura de elevação dos calcâneos “calcâneos flutuantes” ficando livres de qualquer pressão uma vez que aparecem no estudo como outra área de alta frequência de lesões por pressão.

Principais Escalas de Avaliação de Risco - Lesão por Pressão	
Braden	Avalia seis itens: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e cisalhamento. Com exceção do último item que apresenta um escore de 1 a 3, os outros pontuam de 1 a 4. O total pode variar de 6 a 23 pontos. Considerando quanto maior a pontuação menor é o risco do paciente. Assim os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Waterlow	Consiste na avaliação de 11 itens: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, medicações, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (superior a duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. O escore total pode variar de 2 a 69. Considerando quanto maior o escore, maior será o risco de desenvolver a lesão. Os pacientes são estratificados em três grupos, conforme a pontuação: em risco (escore de 10 a 14); alto risco (escore de 15 a 19) e altíssimo risco de desenvolvimento de lesão por pressão (escore > 20).
Norton	Consiste na avaliação de cinco itens: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. O valor total pode variar de 5 a 20 pontos. Considerando quanto maior a pontuação menor é o risco do paciente. O risco de desenvolvimento de lesão por pressão aumenta em pacientes com pontuação ≤ 12 pontos.
Cubbin & Jackson	Essa escala consiste em fatores de risco gerais e fatores de risco específicos do paciente na UTI e inclui idade, peso, histórico médico anterior, condição geral da pele, mobilidade, nutrição, incontinência, higiene, condição mental, hemodinâmica, necessidade de respiração e oxigênio. A pontuação total na escala de Cubbin e Jackson varia de 12 a 48 pontos. O risco de desenvolvimento de lesão por pressão aumenta em pacientes com pontuação ≤ 29 pontos.

Fonte: CASTANHEIRA et al.(2018); ADIBELLI et al. (2019)

A utilização das escalas, permite estimar o risco para o desenvolvimento da lesão por pressão, auxiliando no processo de tomada de decisão, o que proporciona a implementação de medidas preventivas precocemente.

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto pode-se concluir que pacientes alocados em UTIs tem limitações, sendo por dispositivos médicos, uso de sedativos ou por sua clínica sendo as lesões por pressão um problema de causalidade multifatorial. Um olhar científico especializado, mudanças de decúbito e o correto manuseio de instrumentos como escala preditiva de riscos ao desenvolvimento de lesões trazem conforto ao paciente e diminuição de eventos que agravam a saúde do mesmo..

Tendo em vista que as instituições buscam qualidade na assistência com ações e que os índices de lesões por pressão são um mediador de qualidade é imprescindível a atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão na UTI.

O papel da equipe de enfermagem neste cenário da assistência é de extrema importância visto a complexidade das lesões por pressão. O enfermeiro especialista como avaliador e prescritor de condutas assertivas torna o processo mais eficaz e menos doloroso para família e paciente, uma vez que na atualidade a variedade de possibilidades para tratamento e coberturas para prevenção que podem ser utilizadas são inúmeras ,e quando não avaliadas corretamente o uso, trazem também custo elevados para instituição.

O estudo contribui para prevenção, detecção de riscos diminuindo assim a

ocorrência de lesões por pressão nas unidades de terapia intensiva mostrando a importância do especialista como papel fundamental de planejamento dos cuidados de prevenção trazendo, conforto, tratamento ao paciente, e diminuição de eventos e custos hospitalares trazendo qualidade a assistência.

REFERÊNCIAS

ADIBELLI, Seyma; KORKMAZ, Fatos. Avaliação do risco de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: comparação da confiabilidade e validade preditiva das escalas de Braden e Jackson / Cubbin. **Revista de enfermagem clínica** , v. 28, n. 23-24, p. 4595-4605, 2019.

CARDOSO, R.S.S.;Sá.P.C.S.Uso de tecnologias educacionais como instrumento de cuidado ao cliente com lesões de pele. **Revista Enfermagem Atual InDerme** . v. 87, n. 25, 2019

CASCÃO, T. R. V.; RASCHE, A. S.; Pieiro, K. C. D. Incidência e fatores de risco para lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019.

CAMPANILI, T. C. G. F; et al. Incidência de úlcera por pressão em pacientes em unidade de terapia intensiva cardiopulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** . vol.49, n.spe, p.7-14,2015.

CALIRI.M.H.L;et al .História. **Associação Brasileira de Enfermagem de Estomaterapia**, 2010. Disponível em: <<http://sobende.org.br/historia>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

CALIRI.M.H.L;et al .Adaptação cultural. **Associação Brasileira de Enfermagem de Estomaterapia**, 2016. Disponível em: <<http://sobest.org.br/textod/35.acesso>>.Acesso em 17 jan.2020.

CASTANHEIRA, L. S. et al. Escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 2, 2018.

CREMASCO, M. F. et al. Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 15-16, p. 2183-2191, 2013.

FERRIS, A.; PREÇO, A.; HARDING, K.. Úlceras por pressão em pacientes que recebem cuidados paliativos: Uma revisão sistemática. **Medicina paliativa** , v. 33, n. 7, p. 770-782, 2019.

GOMES, F. S. et al. Factors associated to pressure ulcers in patients at adult intensive care units. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1070-6, 2010.

MANDELBAUM. S.H.M. "Enfermagem na dermatologia no Brasil.2012".Disponível em: <<http://protetoresdapele.org.br/a-enfermagem-na-dermatologia/>> Acesso em: 30 jan.2020.

MANDELBAUM, M. H. S. A. Dermatology nursing in Brazil: reality, challenges and perspectives. **Dermatological Nursing, Londres**, v. 15, n. 2, p.06-06, jun. 2016.

PADULA, W. V. et al. Efeitos adversos do sistema de penalidades hospitalares do Medicare PSI-90 em condições adquiridas em hospitais com receita neutra. **Jornal de segurança do paciente** , 2018.

RIBEIRO,J.B; et al. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva .**Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde- UNIT** . v. 5, n. 1, p. 91, 2018.

RODRIGUES,R.N;et.al. Terapia com Laser de Baixa Intensidade na Cicatrização de Lesões

por Pressão em Paciente Oriundo da UTI. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**.v.05, p. 359-418, 2018.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012.

SOUZA, M. F. C. D; ZANEI, S. S. V; WHITAKER, I. Y. Risco de lesão por pressão em UTI: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 201-208, 2018.

TUBAISHAT, A. et al. Prevalência de úlcera por pressão no ambiente de tratamento agudo: uma revisão sistemática, 2000-2015. **Pesquisa clínica de enfermagem** , v. 27, n. 6, p. 643-659, 2018.

VIEIRA, R.Q. et al. Primeiros escritos sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos no Brasil (1916-1947). **Hist enferm Rev**. 2017; 8(2): 106-17.

ZIMMERMANN, G. dos S. et al. Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: REVISÃO INTEGRATIVA. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE CURATIVOS ESPECIAIS EM LESÃO POR PRESSÃO

Data de aceite: 20/05/2020

Marli Aparecida Rocha de Souza
Nellydiê Taynara de Souza
Mayara Barros da Silveira
Altair Damas Rossato

RESUMO: **Objetivo:** Identificar se o conhecimento do enfermeiro mostra-se suficiente para o uso de medidas na prevenção da lesão por pressão, frente ao uso de coberturas especiais e sua indicação adequada. **Método:** Qualitativo, por meio de grupo focal com 6 enfermeiras (os) em um hospital municipal da região Sul do Brasil. **Resultado:** Ressaltado uma lacuna entre o conhecimento referente à formação dos profissionais no âmbito de feridas, principalmente no que se refere a utilização de coberturas especiais. Os profissionais que apresentavam maior conhecimento, eram as (os) que atuavam em unidade de terapia intensiva. Fato corroborado, frente ao perfil dos pacientes que estão internados nessa unidade e sua vulnerabilidade para a instalação de lesão por pressão. **Conclusão:** Evidenciado a necessidade da implantação da educação permanente em saúde de forma a promover aos profissionais reflexão sobre sua atuação,

pelos constantes mudanças tecnológicas vivenciadas na área da saúde e a rotatividade de enfermeiros, onde muitos são recém-formados. Bem como sobre a importância do conhecimento de todos dos manuais de normas e rotinas dispostos nas instituições, no intuito de facilitar essa busca diária.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por Pressão; Prevenção e Controle; Educação Permanente;

ABSTRACT: **Objetivo:** To identify whether the knowledge of nurses is sufficient for the use of measures to prevent pressure injuries, in view of the use of special coverings and their appropriate indication. **Method:** Qualitative, through a focus group with 6 nurses in a municipal hospital in the southern region of Brazil. **Result:** A gap was highlighted between the knowledge regarding the training of professionals in the field of wounds, especially with regard to the use of special coverings. The professionals with the greatest knowledge were those who worked in the intensive care unit. This fact is corroborated by the profile of the patients who are hospitalized in this unit and their vulnerability to the installation of pressure injuries. **Conclusion:** The need to implement permanent health education was highlighted in

order to promote professionals reflection on their performance, due to the constant technological changes experienced in the health area and the turnover of nurses, where many are recent graduates. As well as the importance of knowing all of the rules and routines manuals available in the institutions, in order to facilitate this daily search.

1 | INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LP) é definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo frequentemente localizada na região das proeminências ósseas, que além de ocasionar dano tissular, pode provocar inúmeras complicações e agravar o estado clínico de pessoas com restrição da mobilidade do corpo. (MEDEIROS et. al., 2009).

Um dos maiores órgãos do corpo a ser atingido na LP é a pele. Órgão que nos mantém em contato com o meio externo e que tem como função a proteção das estruturas internas, manutenção da homeostase, responsável pela termoregulação, defesa, percepção e como dito, pela proteção e, portanto quando atingida pode gerar danos irreparáveis. (TEBCHERANI, 2014).

Para que esse órgão se reestabeleça de forma rápida, o enfermeiro deve ter para o atendimento deste cuidado, competências necessárias como o conhecimento e habilidade para realizar curativos, avaliar a condição da pele quanto à integridade ou presença de solução de continuidade, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas (POTTER, 2013; COFEN, 2015).

Essas competências se fazem necessárias devido a grande incidência de lesão por pressão (LP), em nosso País. O desenvolvimento de lesões por pressão faz com que além de interferir negativamente no bem estar físico mental e espiritual do paciente, aumente o custo das internações e tratamentos hospitalares. (SARQUIS, 2014).

Outro fato que deve ser levado em consideração é o grande avanço tecnológico frente a novos dispositivos para uso na prevenção de LP e no seu restabelecimento quando instalado. Frente a isso, o profissional deve estar se aprimorando continuamente e preparar-se para conhecer essas inovações, no intuito de reduzir o erro profissional pelo uso inadequado. O conhecimento gera mobilização de saber, habilidades e atitudes, competências necessárias para o desempenho de suas atividades. (SOBRINHO E CARVALHO, 2004).

A lesão por pressão é considerada como uma grave complicação hospitalar, por esse motivo a equipe multiprofissional deve adotar implantação e implementação de prevenção por protocolos para LP, principalmente aos pacientes expostos ao risco. (CONSUELO et.al., 2009).

Após a instalação da lesão é necessário o uso de uma assistência contínua, sem negligências, imperícia e imprudência. Para que o mesmo tenha um atendimento de qualidade e é imprescindível que o enfermeiro tome para si, a responsabilidade no desenvolvimento de sua equipe, realizando ações educacionais de aprimoramento de suas práticas, competências técnicas, legais e o conhecimento adequado, tudo para prestar uma assistência especializada e de qualidade (SARQUIS, 2014).

Segundo Sarquis apud Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP (Painel Consultivo de Úlceras de Pressão – NPUAP) (2014), as LP são classificadas em quatro estágios: estágio I, a pele apresenta-se intacta com hiperemia, podendo ser dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparada ao tecido adjacente. Estágio II, tem perda parcial de pele, apresenta coloração do leito avermelhada sem esfacelo, podendo ter a presença de flictenas (bolhas). Estágio III tem perda total de pele, tendo o tecido subcutâneo exposto sem aparecimento de tecido ósseo, podendo apresentar esfacelo presente. Estágio IV, perda total de tecido com exposição de proeminências ósseas, tecido muscular e tendões, podendo haver presença de esfacelo ou escara (tecido necrosado), podendo ter como consequência a Osteomielite.

Durante a formação profissional nota-se que o conhecimento sobre prevenção e tratamento de lesão por pressão é considerado conteúdo básico para a formação do enfermeiro, e o controle desse agravo é um indicador de qualidade, que exige o exercício cotidiano para avaliação de risco para sua instalação. (MOURA; CALIRI, 2013).

Ainda segundo Moura e Caliri (2013), os componentes para a competência profissional são: conhecimento (saberes teóricos, do meio e procedimentos), habilidades (saber fazer formalizado, empírico, cognitivo e racional), atitudes (querer, saber e poder-agir). O conhecimento para o cuidado tanto para a prevenção da LP, como após sua instalação exige uma abordagem mais atenta dos profissionais, sendo este, segundo os autores ainda insuficientes.

Frente a isso, o trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre curativos especiais em lesão por pressão.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Reconhecer qual o conhecimento do enfermeiro sobre a prevenção da lesão por pressão, e os meios para sua restauração no uso de coberturas especiais.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o conhecimento do enfermeiro quanto aos meios para prevenir a lesão por pressão.

Analisar o conhecimento do enfermeiro quanto ao tratamento de lesões por pressão e o uso de curativos especiais.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva. Considerada um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. O pesquisador qualitativo conduz as entrevistas e estas apresentam algumas modalidades, entre elas o grupo focal, com a presença de seis a oito participantes (Creswell, 2010). O grupo focal tem como finalidade a interação de um determinado grupo com o pesquisador, que tem um objetivo específico (DYNIEWICZ, 2014).

A atividade do grupo deve ser valorizada, pois permite a interação entre os participantes, favorecendo o conhecimento e aprendizado por meio de todas as partes, a discussão possibilita uma reflexão, sendo que ao mesmo tempo em que ouvem, possam emitir opiniões e pensamentos a respeito do assunto (DYNIEWICZ, 2014). Destaca-se que o grupo focal é realizado por meio de reuniões com um pequeno número de participantes, cuja fala é de comum interesse da pesquisa (DYNIEWICZ, 2014).

Nessa abordagem a presença de um moderador faz-se necessária por ser a pessoa com a responsabilidade de introduzir a discussão, observar e encorajar a fala de cada um, buscar as lacunas nas falas e por meio da construção das relações com os participantes, aprofundar os temas que foram considerados relevantes por todos. (DYNIEWICZ, 2014).

A referida coleta foi realizada com agendamento prévio junto à instituição para marcar as reuniões, com relação ao melhor dia e horário.

Os critérios de inclusão foram; enfermeiros alocados nas unidades de internação adulto tais como enfermarias, unidade de terapia intensiva, ambulatório e como critérios de exclusão; enfermeiros que não estivessem presentes nas duas reuniões ou de folga na data das reuniões, ou fossem entrar de férias no intervalo entre as entrevistas.

Na primeira reunião o pesquisador apresentou o tema da pesquisa, fazendo assim uma introdução, buscando conhecer os participantes, e suas respectivas áreas de atuação, e introdução do tema propriamente dito com início da coleta de dados relacionado às medidas de prevenção e formas de tratamento. Neste momento a

conversa já foi gravada, para que o pesquisador posteriormente pudesse transcrever as falas de forma fidedigna. Porém somente após o aceite de todos na participação e assinatura do TCLE.

A segunda reunião também gravada foi levada a síntese das respostas dadas por todas as enfermeiras, para validação do que foi dito, quanto ao tema lesão por pressão. As perguntas feitas (Anexo 1) durante a coleta no total de 04 estiveram ligadas ao conhecimento sobre: Lesão por pressão; principais cuidados em sua prevenção; meios de iniciar o tratamento com os curativos especiais. Tanto na primeira como na segunda houve a presença de um mediador para conduzir a discussão e de um observador para anotar as reações durante as falas.

As reuniões aconteceram nos meses de outubro á novembro de 2017 e durou em média de 40 a 60 min, cada reunião.

O grupo foi composto por enfermeiros colaboradores do hospital, responsáveis pelas alas de internação adulto independente da especialidade, entre elas unidade de terapia intensiva, posto de enfermagem e ambulatório, num total de oito participantes.

A análise dos dados foi feita a partir da transcrição dos dados obtidos, em um longo processo de elaboração e procura em meio ao volume de informações levantadas, de forma sistemática, verificando quanto ao tema proposto, e aos tópicos abordados, agrupando opiniões, comparando e confrontando posições.

O anonimato para o sigilo de todos os participantes foi respeitado e seus nomes não foram identificados nas entrevistas e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Dom Bosco sob o parecer nº 2.351.321 e com o aceite da instituição local onde foi realizada a pesquisa. Atendendo os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3.3 Análise dos dados

Para realizar a análise dos dados que consiste em extrair das entrevistas transcritas o sentido dos dados de texto e voz e envolve um aprofundamento para gerar entendimento dos dados e seus respectivos significados dentro das frases (CRESWELL, 2007; 2010). Para tanto foi utilizada os 06 passos de Creswell (2010) que correspondem respectivamente a:

PASSO 1 - Organizar e preparar os dados para a análise – Foi realizado a transcrição minuciosa dos dados de voz coletados a fim de montar um único texto para posterior análise.

Passo 2 - Ler todos os dados – Consequentemente após a transcrição citada acima, foi possível realizar a leitura do texto produzido buscando entender a opinião dos participantes da pesquisa.

Passo 3 - **Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação** – Os dados provenientes do texto foram separados conforme a incidência de palavras, com organização do material coletado em segmentos de textos, antes de atribuir seus significados.

Passo 4 - **Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise** – Nesta fase três classes emergiram após a revisão das entrevistas e descrição detalhada de informações sobre as pessoas e a instituição local da coleta.

Passo 5 - **Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa** – Realizada uma narrativa qualitativa quanto a discussão detalhada dos eventos relacionado às classes, o que permitiu identificar e extrair do texto as principais falas, dando significado às palavras no contexto em que foram relatadas

Passo 6 - **Extrair significado dos dados** – E na sexta fase foi realizado a apresentação dos resultados da análise conforme a interpretação da equipe, e em comparação com a literatura pesquisada.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise foram levantados os seguintes dados quanto ao perfil dos participantes:

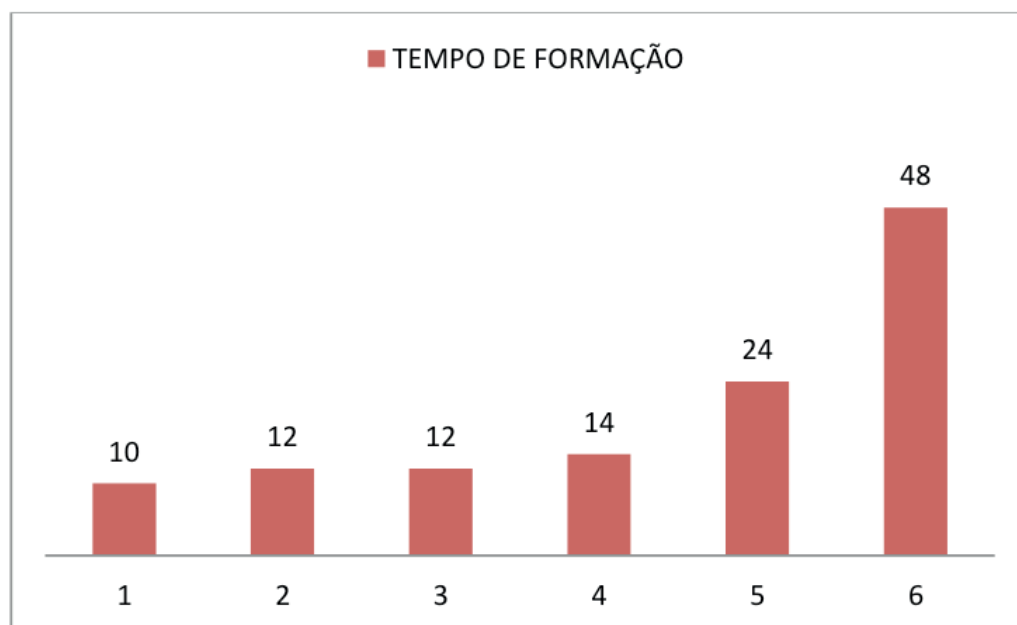


GRÁFICO 1 - TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES (MESES)

Fonte: autoras (2017).

Foi possível observar que do total da amostra 32% dos participantes tinham alguma especialização acadêmica sendo elas em: Unidade de Terapia Intensiva e

Tanatologia. O âmbito da saúde é uma área que passa por constantes mudanças e avanços no conhecimento, pelo meio da pesquisa e a introdução de novas tecnologias, o que gera a necessidade do aprimoramento constante do profissional. A relação do ensino superior e o mercado de trabalho têm corroborado para novos planejamentos e gestão dos planos de estudo (ORTEGA E CECAGNO, 2015).

A busca pelo aperfeiçoamento leva os profissionais a ir ao encontro de diversos conhecimentos o que o auxilia a desempenhar as funções durante a prática profissional, transformando isso em um diferencial.

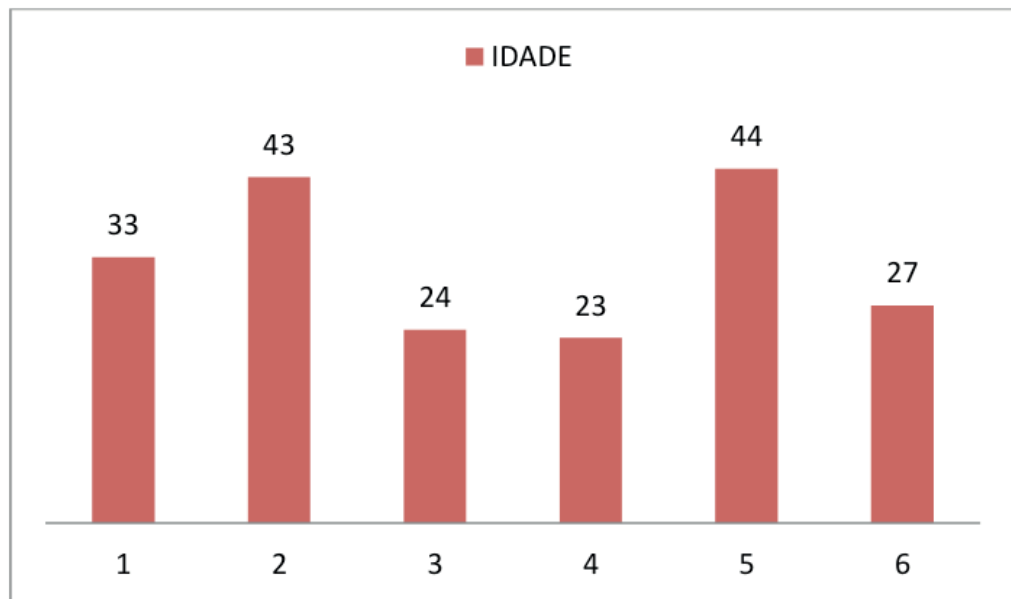


GRÁFICO 2 - IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES 20 A 45 ANOS
FONTE: AUTORAS (2017).

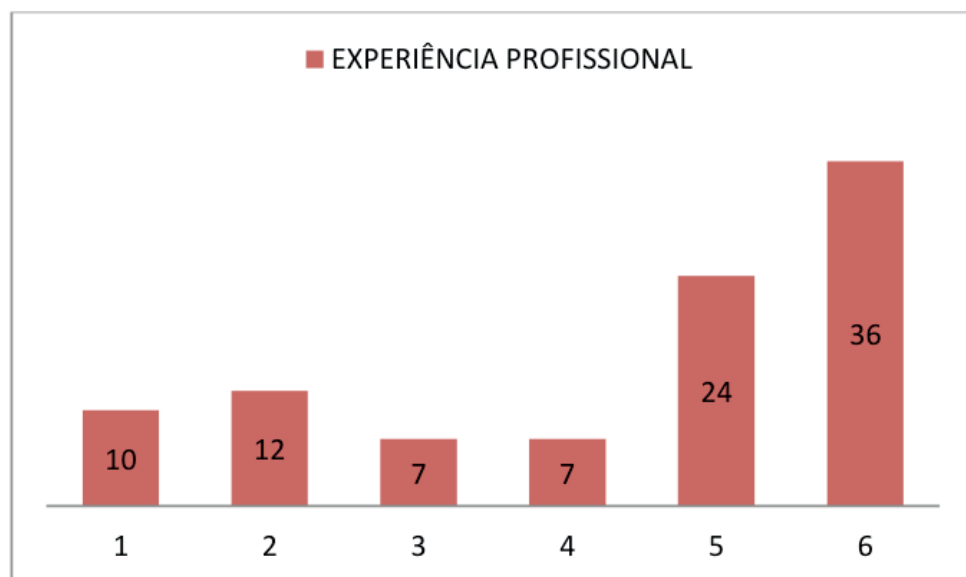


GRÁFICO 3 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (MESES)
FONTE: AUTORAS, (2017).



GRÁFICO 4 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA INSTITUIÇÃO (MESES)

FONTE: AUTORAS, (2017).

O tempo de experiência segundo Tavares e Leite (2014) é um fator que pode trazer maior aprimoramento a formação profissional. A experiência originária do âmbito do trabalho, tanto como educador ou gestor possibilita a aplicabilidade de seus conhecimentos de forma eficaz, com flexibilidade, organicidade, inovação e valorização da experiência.

Ortega et. al. (2015) dizem que os enfermeiros se diferem entre si, como enfermeiros mais experientes, no sentido de mais formação em aspectos clínico-cuidados do paciente, e os enfermeiros que são recém-formados com uma formação teórico-metodológica. Com isso a falta de experiência e de treinamentos específicos, dificulta seu ingresso na atividade profissional, o que gera a necessidade de aprimorar os conhecimentos científicos. (MORAIS et. al.,2008). E entre eles e tema desta pesquisa o processo de avaliação e tratamento de feridas.

Nas instituições existe uma diferenciação dos grupos de profissionais, em um o enfermeiro esta há mais tempo e, portanto, possui maior contado com lesões, fato que gera um leque de experiências diárias. O outro grupo está iniciando na instituição e ainda em busca da habilidade necessária para este cuidado. Frente a isso Tavares e Leite (2014) citam “valorizem a experiência profissional e busquem um equilíbrio, que é próprio do perfil de profissional que se quer produzir”.

A agilidade na prevenção ou tratamento está pautada na ciência de que a pele uma barreira protetora contra microrganismos causadores de doenças, e um órgão sensorial para dor, temperatura e tato, sendo também responsável por sintetizar a vitamina D, tendo como outra função a secreção sebácea que exerce função antibacteriana e antifúngica. Além de ser o maior órgão do corpo, compondo 15% do peso corpóreo total do adulto, revestindo e delimitando toda a estrutura corporal

do ser humano e com espessuras diferentes, variando de uma região para outra. (POTTER; PERRY; 2013, SARQUIS, 2013).

Potter, Perry (2013) relatam que a pele intacta protege contra a lesão química e mecânica, porém quando a pele é lesada, a epiderme funciona recobrando a ferida, compondo a barreira contra microrganismos invasores, enquanto a derme restaura a integridade estrutural da pele e as propriedades físicas.

Quando a pele é lesada pode ocorrer o surgimento da Lesão por pressão (LP) e pode ser definida como:

Área de trauma tecidual causada por pressão contínua e prolongada aplicada à pele e tecidos adjacentes, excedendo a pressão capilar normal, provocando isquemia, podendo levar a morte celular. (Brandão apud Ministério da Saúde, 2013 p.3221).

Segundo Sarquis (2014) as LPs são eventos que acometem geralmente pacientes que se encontram hospitalizados, debilitados, acamados e/ou com seus movimentos corporais restritos, estando diretamente ligada a assistência executada pela equipe de enfermagem. Sendo, portanto, o enfermeiro o responsável direto pelo processo do cuidar em todas as suas dimensões.

NPUAP apud Sarquis (2014) apresenta quatro estágios de LP, sendo elas:

Estágio I – pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece após a remoção da pressão, geralmente em proeminências ósseas, podendo apresentar dor, endurecimento, amolecimento, mais quente ou fria comparando ao tecido adjacente.

Estágio II – perda parcial da espessura da epiderme, apresentando-se com ulcera superficial com leito de coloração pálida, sem esfacelo, podendo ainda apresentar flictenas (com exsudato seroso), intacta, aberta rompida.

Estágio III – perda de tecido dérmico em sua espessura total, podendo ser visível à gordura subcutânea, porém sem exposição de tecido ósseo, tendão ou musculo. Podendo conter esfacelos e ser possível mensurar a profundidade da perda tissular, e conter a presença de deslocamento e tuneis.

Estágio IV – perda total do tecido com exposição de tecido ósseo, musculo ou tendão, podendo ter a presença de esfacelo ou escara em algumas partes da ferida, conseqüentemente podendo haver deslocamento ou túnel e ocasionar Osteomielite, caso não tratada corretamente.

E ainda ressalta que, caso haja suspeita de lesão tissular profunda, ou a LP apresentar-se em estágio Intramuscular (IM) o dano tissular não pode ser visualizado. Caso haja necrose do tipo escara (crosta) a lesão não pode ser estadiada até que a necrose seja removida por inteira.

Como já mencionado, este é um conhecimento que deve ser de apropriação

do profissional enfermeiro que irá ser o elo entre as equipes, tanto para promover a melhor forma de tratamento como a seu monitoramento.

Após a análise dos dados, algumas palavras destacaram-se obtendo maior frequência e relevância, sendo elas: cuidado, fragilidade nutricional, pronto socorro, médico, treinamento, colchão de ar, mudança de decúbito, unidade de terapia intensiva, avaliação, comissão de curativos, enfermeiro, leão por pressão, curativo especial. Frente a isso, três classes emergiram sendo elas:

- Classe 1. Medidas adotadas para prevenção de lesão por pressão;
- Classe 2. Medidas de tratamento de lesão por pressão;
- Classe 3. Suporte institucional para a atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento da lesão por pressão.

Classe 1 - Medidas adotadas para prevenção de lesão por pressão

As palavras que mais se destacaram nesta classe foram: **mudança de decúbito, colchão de ar e escala de *Braden*, fragilidade nutricional.**

A palavra **fragilidade nutricional** obteve destaque na classe 1 e 2, e como esse destaque se sobressaiu no grupo como forma de tratamento será analisada na classe 2, por ter sido mais evidenciada como forma de tratamento.

Com base nisso seguem as falas que estiveram ligadas as discussões dos enfermeiros quanto às medidas tomadas para sua prevenção em suas unidades.

*“A grande ajuda para a prevenção das lesões, além da **mudança de decúbito** é hidratação da pele com hidratante que os familiares trazem ou até mesmo com *dersani* e com o uso de hidratação por via endovenosa ou oral do paciente é grande valia”.*

*“Temos **colchões** infláveis que é de grande ajuda para a prevenção das lesões, além da **mudança de decúbito** que na unidade de terapia intensiva é efetiva, temos pacientes internamos há tempos e que não desenvolveram lesões.”*

A compreensão da prática do cuidar se faz somente se houver uma visão holística do outro, para isso é necessário saber identificar os cuidados com a pele, com o objetivo de mantê-la íntegra durante os períodos de hospitalização. (SARQUIS, 2014).

Segundo Pinho et. al. (2014) a utilização de colchões com superfície redistribuída de pressão em mesas operatórias e leitos hospitalares diminui a probabilidade de formação de novas lesões, onde seu uso permite a redução de 55,4% da incidência das úlceras por pressão (acima do estágio II de evolução).

Outro meio utilizado por eles e referenciado foi o uso da escala de *Braden* como segue:

*“Usamos a **escala de Braden** para a avaliação das condições do paciente, [...], porém, devido ao fluxo e falta de tempo acabamos não realizando [...] ela é feita manualmente.”*

O grau de risco para o desenvolvimento da LP nos pacientes é avaliado por escalas padronizadas, sendo a de *Braden* a mais utilizada. Escala criada por *Braden* e *Bergstron*, com o objetivo de diminuir a incidência de lesão por pressão no serviço onde trabalhava. (JUNIOR, et. al., 2017).

Sarquis (2014) corrobora quanto à importância dessa escala, e ressalta que os órgãos internacionais recomendam a implantação de medidas para identificar a prevalência e incidência de LPs nas unidades hospitalares, e destaca a mais utilizada, a escala de *Braden*. Essa escala é uma ferramenta da América do Norte para avaliação de risco de LP, e muito utilizada no Brasil por conta de sua maior sensibilidade e especificidade e deve ser aplicada sempre no momento da admissão do paciente, fato que irá permitir a implementação de medidas de prevenção e a probabilidade de evoluírem de risco moderado, para alto.

Ela também permite a avaliação de aspectos importantes na formação da lesão e que são divididos em seis sub-escalas como: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Na aplicação da escala as cinco primeiras sub-escalas são pontuadas entre 1 (menos favorável) à 4 (mais favorável); a sub-escala fricção e cisalhamento é pontuada de 1 (menos favorável) à 3 (mais favorável).

Sua classificação vai de 4 à 23, sendo assim, o escore de 15 à 18 classificado como risco médio de desenvolver LP; 13 a 14 riscos moderado; 10 à 12 risco alto; e abaixo de 9 apresenta risco elevado. Quanto menor a pontuação maior o risco de agravar ou desenvolver LP (SARQUIS, 2014).

Segundo *Beergstron et. al.* apud *Sarquis (2014)* o desenvolvimento da lesão por pressão se dá devido a duração da pressão, juntamente com a tolerância dos tecidos para suportar determinada pressão, interligada a isso temos também como fatores fricção, cisalhamento, umidade, redução e/ou perda da sensibilidade e força muscular e/ou mobilidade, incontinência, hipertermia, anemia, desnutrição proteica, tabagismo e idade avançada.

Embora existentes desde a década de 80 e atualizadas nos últimos anos, no Brasil muitos enfermeiros ainda não se apropriaram desse conhecimento acerca das classificações das LPs, em prol da melhora da qualidade da assistência de enfermagem principalmente para a prevenção de tipo tão de ferida crônica como a LP (BRITO; SOUSA; SOUSA, 2013).

Na prevenção ou tratamento da lesão por pressão, os cuidados devem ser realizados com uma assistência qualificada por ser este considerado um dos

procedimentos que requer a atuação e monitoramento direto do enfermeiro.

Classe 2. Medidas de tratamento de lesão por pressão

A segunda classe discute sobre medidas de tratamento, que podem ser ações ou utilização de materiais para ajudar do processo de recuperação da pele afetada, e conseqüentemente sua cicatrização. Tivemos como palavras de maior incidência que se adequa a esta classe: **médico, mudança de decúbito, curativo especial, fragilidade nutricional e lesão por pressão.**

A palavra lesão por pressão não será analisada, por ter sido evidenciado na análise como uma forma constante dos enfermeiros se referirem a ferida, como forma de citá-la de maneira científica não tendo, portanto, valor significativo frente ao tema tratamento.

Seguem as falas que se destacaram foram:

*“O **médico** pede para que avalie, o **enfermeiro** avalia, e escolhe qual cobertura de **curativo** vai usar, quando se tem dúvida conversamos entre nós para sanarem as dúvidas.”*

O conhecimento dos enfermeiros também é adquirido por meio da prática ou com outros profissionais que possuem algum tipo de formação. (MORAES, et. al., 2012)

A intensidade da duração da pressão, juntamente com outros fatores fricção, umidade e força muscular, desnutrição proteica, tabagismo e idade avançada, podem ser um fator crítico e de alta relevância no aparecimento de LPs (SARQUIS, 2014). Potter e Perry (2013) discorrem que o aparecimento de LP em indivíduos hospitalizados é um indicador negativo da qualidade de prestação do cuidado de enfermagem.

Outro fator levantado nas discussões foi com relação ao uso de métodos de tratamento ou os curativos especiais e o conhecimento de cada entrevistado sobre o assunto. As falas que se destacaram foram:

*“Conheço, usamos aqui e a finalidade de cada um, então a placa de **hidrocoloide** prevenção de lesão, **colagenase** para esfacelos, **cavilon**, **sulfadiazina de prata**, essas são as que sei hoje”.*

*“Fui conhecer os **curativos** quando comecei a trabalhar aqui, no caso o **hidrogel** que é usado, o **dersani** pra hidratar a pele do paciente.”*

*“A faculdade mostra muito pouco sobre **curativo** o básico do básico, e em campo de estágio, mas ninguém mostra isso aqui é uma placa de **hidrogel**, isso é um **carvão ativado**, fui conhecer mais sobre **curativo** aqui no hospital [...]”*

*“[...] alguma matéria teve, mas nada que mostrasse como coloca o **curativo** e tudo mais, acho de grande importância uma matéria que abrangesse melhor essa questão”.*

É essencial que o enfermeiro tenha conhecimento referente a esses produtos e sua importância, pois o uso inadequado dos mesmos pode ser prejudicial ao processo cicatricial. O conhecimento é fundamental para o cuidado e a evolução positiva da ferida. (MELO; FERNANDES, 2011). O que se percebe é que nem sempre esse preparo é adquirido durante o curso de graduação. (MEDRANO et. al., 2015).

Segundo Marques, Vieira e Pereira (2013) o conhecimento sobre LP por parte dos profissionais que prestam cuidados aos pacientes é fundamental para a qualidade do cuidado prestado, pois a assistência prestada será prejudicada se a habilidade e o conhecimento estiverem sendo utilizados inadequadamente.

Segundo Medrano et. al. (2015), a formação de enfermeiros nesta área não é a mais completa, o que torna os conhecimentos básicos indispensáveis. Esta situação se agrava se considerarmos que, a qualidade do cuidado da pele de pacientes hospitalizados, depende diretamente de uma enfermagem profissionalizada.

Fato que determina a importância de uma formação adequada, que agregue conhecimento sobre a prática de curativos, e de uma educação permanente, tendo em vista que esse conhecimento promove a redução da incidência dessas lesões. A educação permanente é indispensável e também um meio de incentivo aos profissionais na busca ao aprimoramento de seu conhecimento, refletindo em uma assistência prestada de forma especializada (ROEHRS; MALAGUTTI, 2014).

O que fica evidenciado na fala abaixo, onde o conhecimento está caracterizado como determinante na utilização de material especial no tratamento da LP.

*“[...] para começar o **tratamento**, precisa ver como está à lesão, elas são separadas em alguns tipos de lesão, a partir da avaliação da lesão você vai ver o que vai usar, de repente não vai ter nenhuma lesão e como ela comentou sobre medidas de prevenção no caso a placa de **hidrocoloide** e a **mudança de decúbito** [...]”*

*“[...] em relação ao que ser usado eu tenho menos conhecimento que ela, fui conhecer os **curativos** quando comecei a trabalhar aqui[...]”*

O que corrobora com Melo e Fernandes (2011) onde citam que o curativo é um processo que envolve conhecimento para que seja realizada a escolha certa ao seu tratamento, frente aos diversos tipos de coberturas, assim como sua aplicação por meio de uma técnica correta e que venha promover o processo de cicatrização, tendo como resultado uma boa evolução da lesão e restauração da pele.

O mesmo ressalta ainda que, a avaliação minuciosa e adequada impacta em rápida recuperação, para tanto a seleção do produto deve levar em conta; o tipo de lesão, os tipos de tecidos atingidos, a função de cada produto, assim como tipo de cobertura, associada à fisiologia da cicatrização e os elementos que o prejudicam. Essa forma de ponderação faz a diferença no tratamento e na qualidade de vida do

paciente (MELO; FERNANDES, 2011).

Outro fator ressaltado pelos participantes foi à importância da avaliação nutricional conforme destacada abaixo:

*“Na verdade um dos fatores que eu acho que contribui para a lesão por pressão, é principalmente o **suporte nutricional** do paciente, assim, se o paciente é emagrecido tem uma fragilidade nutricional provavelmente esse paciente vai desenvolver lesão por pressão [...]”.*

*“As lesões são feitas por fricção e pressão, percebemos que em pacientes com **fragilidade nutricional**, pode desencadear lesão mais rápido”.*

Tal observação vem ao encontro do estudo Oliveira, Haack e fortes (2017) onde citam que a intervenção nutricional deve ser analisada como forma de inserir determinados nutrientes que podem interferir de forma positiva no processo de cicatrização da LP.

Todos os fatores citados nesta classe são determinantes na prevenção da LP, juntamente com um suporte nutricional adequado.

Classe 3 – Suporte Institucional para atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento de lesão por pressão.

Esta classe descreve o suporte da instituição no intuito de promover a atuação do enfermeiro na prevenção ou tratamento de lesão por pressão, sendo as palavras destacadas: **unidade de terapia intensiva, cuidado, enfermeiro, treinamento, comissão de curativo.**

Quando discutido sobre as maneiras que existiam na instituição para promover o cuidado prestado ao paciente para um cuidado eficaz foi relatado:

*“Quando temos dificuldade em realizar algum curativo, trocamos conhecimento com **enfermeiros** mais antigos de casa um acode o outro [...]”*

*“[...] acredito que devemos ter mais aulas e **treinamentos**, pois quem tem o total conhecimento e competência ou deveria ter é o **enfermeiro** para que a gente possa tratar dessa ferida de forma eficaz.”*

Marques, et. al. (2014) ressalta o conhecimento sobre a LP por parte dos profissionais que prestam o cuidado diretamente ao paciente, sendo estes fundamental para a qualidade do cuidado prestado, pois a assistência oferecida poderá ser prejudicial se a habilidade e o conhecimento forem realizados de forma inadequadamente.

Roehrs e Malagutti (2014) dizem que a busca pelo conhecimento deve ser algo rotineiro do enfermeiro, o agir ético e a autonomia profissional mostram-se como meta na profissão, principalmente se voltado à pacientes portadores de lesões. Sendo

assim o enfermeiro e sua equipe tornam-se responsáveis no caso do aparecimento de lesão ou a integridade da pele seja prejudicada. Haja vista que, muito se trabalha no tratamento dessas lesões e pouco por sua prevenção.

Durante a pesquisa foi questionado aos participantes sobre a forma com que buscam auxílio em caso de dúvida no tratamento quando da instalação da lesão. No comportamento da equipe quanto a tal questionamento foi evidenciado que estes não possuem de forma imediata a quem recorrer, mas também foi referenciada a existência de informações em forma de manual ou sistema eletrônico, fato que nem sempre conseguem verificar por conta da rotina e demanda diária. Mas nem todos têm esse conhecimento:

*“[...] não vi se tem uma normativa para isso, devido ao tempo, a sobrecarga de trabalho, isso acarreta um mal **cuidado** ao paciente, devido à equipe de enfermagem, decorrente da sobrecarga de trabalho.”*

Fala que vai ao encontro com Novaretti, Santos e Quetério et. al. (2014) onde referem que há a ocorrência de uma grande quantidade de eventos adversos relacionados aos pacientes decorrente da sobrecarga de trabalho colocada sobre os mesmos, as jornadas exaustivas de horas seguidas de plantões.

Carayon & Gurses citado por Novaretti, Santos e Quetério et. al. (2014) já referiram que em 2005, a desproporção do quadro de funcionários da enfermagem é um dos fatores que implicam no mau cuidado, sendo determinante na qualidade dos mesmos. Ainda ressalta que a sobrecarga de trabalho geralmente causa um maior impacto em pacientes que se encontram em unidades de terapia intensiva, sendo considerado um grande fator de risco para a ocorrência de eventos adversos com esses pacientes.

Outro fato evidenciado foi que o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva apresenta um conhecimento diferenciado quanto à lesão por pressão, evidenciado por falas como:

*“[...] **A unidade de terapia intensiva** são basicamente todos da clínica, acaba sendo uma continuidade de tratamento”.*

*“[...] na **Unidade de Terapia Intensiva** quando estava fazendo plantão lá, aprendi bastante coisa, em relação a curativo, “quando coloca placa, não coloca, está muito acamado, e acredito que também a mudança de decúbito, medidas de conforto, não só os curativos, são essenciais, mas o manuseio com o paciente [...]”.*

Sarquis (2014) refere que as LPs são eventos que acometem geralmente pacientes que se encontram hospitalizados, debilitados, acamados e/ou com seus movimentos corporais restritos, estando diretamente ligado com a prestação dos cuidados prestado pela equipe de enfermagem. É de extrema importância que

o profissional tenha conhecimento sobre LP para garantir um cuidado de boa qualidade. (MARQUES et. al., 2013).

No Brasil não há uma estatística precisa quanto ao número de pacientes que são acometidos por essa lesão de maneira geral, os estudos referentes à incidência geralmente são de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), idosos e institucionalizados. (SARQUIS, 2014).

Sendo, portanto necessário um conhecimento institucional disseminado em todas as áreas vinculadas ao processo de cuidar assistencial e a todos os setores assistenciais.

Quando nós estamos perante a um novo saber, negligenciamos os saberes já consolidados com isso se comete equívocos (MARQUES et. al., 2013). Fato que foi evidenciado como de concordância pelos participantes de que a falta do cuidado com vistas ao cuidado da integridade da pele pode gerar complicações, entre elas a lesão por pressão, conforme abaixo:

*“Maus **cuidados** de enfermagem, com certeza, sempre quando o paciente tem lesão é mau **cuidado** da enfermagem [...]”.*

*“ Talvez se tivéssemos um conhecimento maior até poderíamos arriscar mais e o **cuidado** seria melhor.”*

Segundo Junior (2017), o desenvolvimento de lesão por pressão é durante o período de internação hospitalar, onde implica em indicadores relevantes da qualidade da assistência prestada. A lesão por pressão representa uma das principais complicações que acometem pacientes acamados por longo tempo, com isso buscase a qualidade na assistência e ressalta a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de saúde relacionado à lesão por pressão.

Para o reestabelecimento da pele afetada decorrente da lesão por pressão, o enfermeiro deve desenvolver competências necessárias como o conhecimento e habilidade para realizar curativos, avaliar a condição da pele quanto à integridade ou presença de solução de continuidade, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas (POTTER, 2013; COFEN, 2015).

Corroborando com tal afirmação Moura e Caliri (2013) afirmam que o conhecimento para o cuidado tanto para a prevenção da LP, como após sua instalação exige uma abordagem mais atenta dos profissionais, sendo este, segundo os autores ainda insuficientes.

*“eles dão **treinamento** quando acham que é necessário, quando temos dificuldade em realizar algum **curativo**, trocamos conhecimento com **enfermeiros** mais antigos de casa um acode o outro.”*

Quando indagado sobre qual a causa do mau cuidado, se possivelmente poderia ser de alguma ação da enfermagem, a resposta foi a seguinte:

*“Eu acho que muitas, é falta de funcionário, **treinamento** da equipe e a complexidade, você vai atender a várias emergências e não vai se atenta a **mudança de decúbito**.”*

Roehrs e Malagutti (2014) afirmam que a educação permanente deve ser indispensável, incentivando os profissionais na busca de aprimoramentos do conhecimento, refletindo em uma assistência prestada de forma especializada. Fato evidenciado nas falas onde a busca do conhecimento deve ser realizada periodicamente.

Melo et. al. (2017) relata que a educação permanente vem com um intuito de aprimorar as ações já realizadas, e aprimorar as mesmas repassadas aos trabalhadores a fim de que a mesma realize uma articulação dos saberes com a prática de modo mais flexível e participativo, agregando conhecimento pessoal e melhoria da qualidade da assistência prestada. O autor ainda afirma que:

Para tanto, é necessário que os envolvidos no processo conscientizem-se das suas capacidades pessoais que melhor possam servir o processo recursivo de aprendizagem-ensino-aprendizagem e, desta maneira, fazer a diferença na assistência ofertada ao usuário. (MELO; BACKES; TERRA et. al., 2017).

Melo et. al. (2017) ainda referem que é preciso instigar os profissionais a conhecerem diversas áreas de atuação hospitalar e diversos setores, pois assim com conhecimento adquirido, eles podem auxiliar no desenvolvimento, aprimoramento e crescimento dos demais profissionais e instituição, fazendo com que os mesmos busquem por uma participação ativa e construção de conhecimento coletiva, tornando o cuidado multidisciplinar, humanizado e resolutivo.

Silva, Souza, Gonçalves et. al. (2017), referem que a comissão de curativos dentro de uma instituição hospitalar, contribui significativamente para a recuperação do paciente e a mesma “direciona um serviço com mais qualidade ampliando a eficácia e eficiência no trabalho prestado e favorece o aumento da qualidade de vida” a implantação da mesma em hospitais reduz a sobrecarga de trabalho e as taxas de absenteísmo, trazendo benefício não somente para a equipe, mas também para o paciente que recebe o cuidado tendo em troca a satisfação do mesmo.

A instituição é o provedor de apoio ao enfermeiro, no intuito de promover a este, instrumento necessário para o planejamento da assistência. Porém, a busca do profissional ao aprimoramento deve estar desvinculada a essa constante, pois segundo Tanabe e Kobayashi (2013) as “competências necessárias ainda se referem ao saber aprender”, devido ao grande avanço tecnológico e uma realidade no mercado global e isto vinculado ao saber fazer, essa dinâmica facilita a prática diária

e aperfeiçoa as ferramentas e os recursos disponíveis em sua prática profissional.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realização desta pesquisa observou-se que o conhecimento de enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva apresenta-se mais direcionado aos cuidados com lesão por pressão, isso pode ocorrer devido ao maior nível de complexidade que estes pacientes apresentam.

Ainda é possível observar que ao necessitarem de ajuda os mesmos preferem a busca por informações entre os colegas, do que a consulta em materiais disponibilizados pela instituição e/ou em bases científicas, esse fato pode ocorrer devido a diversos fatores, entre eles maior facilidade e melhor administração do seu tempo, frente à demanda diária.

Assim como evidenciado que nem todos os enfermeiros possuem conhecimento sobre esses materiais disponibilizados pela instituição, o que também gera um fator de busca entre os enfermeiros na necessidade de uma avaliação de lesão e estas nem sempre voltada aos conhecimentos teóricos científicos e sim a sua prática profissional.

Demonstrado que na instituição existia uma comissão de curativo e que auxiliava no tratamento das lesões, pelo maior preparo para tanto. Conseqüentemente com o desfecho da comissão, os enfermeiros tiveram que começar a tratar essas lesões, e como a maioria não apresenta muita experiência profissional apresentavam dificuldades quanto a melhor de executar esse tratamento. Essa lacuna deu-se pela não regularidade na educação permanente com o tema sobre lesão por pressão a esses profissionais, o que proporcionaria maior segurança.

A presente pesquisa possibilitou observar que os enfermeiros apresentam uma grande lacuna em sua formação profissional, relacionado ao conhecimento de lesões por pressão e respectivos cuidados após o surgimento deles.

Conclui-se que a educação permanente deve ser contínua devido a profissionais recém-formados e que nem sempre apresentam esse conhecimento proveniente da graduação. O desenvolvimento de manuais, disponibilização de materiais de consulta e aprimoramento profissional sobre o respectivo assunto é relevante, porém a divulgação frequente deve ser revista como também uma forma de capacitar a equipe e proporcionar ao paciente um cuidado com maior qualidade, frente a uma troca de experiências, pautada na cientificidade.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Euzeli da Silva; MANDELBAUM, Maria Helena Santanna; dos santos, iraci. a challenge in nursing care: preventing pressure ulcers in the client. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Rio de janeiro. v.5, n.1, jan. 2013 .

BRITO, Karen Krystine Gonçalves de et al. Chronic injuries: nursing approach in the post graduate scientific production. **Journal of Nursing UFPE on line** Pernambuco. v. 7, n. 2, 2013.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007 p. 248.

Creswell, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** 2. ed. - Porto Alegre: Artmed,2007. p. 248

MELLO, Amanda lemos de, et. al. (RE) pensando a educação permanente com base em novas metodologias de intervenção em saúde. **Revista Cubana de Enfermería**. Cuba v. 33, n. 3, out. 2017.

DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 3ª ed., 2014 p. 92.

FERREIRA, Adriano Menis et. al. Knowledge and practice of nurses about care for patients with wounds. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro. v. 6, n. 3, jul 2014.

FERREIRA, Adriano Menis et. al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, jun 2013.

JUNIOR, Sousa. SILVA, Cintia de Carvalho. DUARTE, Fernando Hiago da Silva. et. al. **Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden**. Revista Estima, v.15, n.1, jan-mar 2017.

MARQUES, Livia Gomes; VIEIRA, Manoel Luís Cardoso; PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira. **A Construção do conhecimento dos Enfermeiros Perante a Nova Classificação da Úlcera por Pressão**. Revista Estima. V. 11, n.1, 2013.

MELO, Elizabeth Mesquita; FERNANDES, Vânia Sousa. **Avaliação do Conhecimento do Enfermeiro acerca das Coberturas de Última Geração**. Revista Estima. v.9, n.4, 2011.

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; CALIRI, Maria Helena Larcher. Simulação para desenvolvimento da competência clínica de avaliação de risco para úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 26, n. 4, 2013.

MORAES, Juliano Teixeira; OLIVEIRA Rita de Cássia; REIS Lígia Helena; SILVA, Mariana Nogueira. **Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária de Saúde de um Município de Minas Gerais sobre o Cuidado em Estomias**. Revista Estima. v.10, n. 4. 2012.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos and SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis. v.17, n.1, 2008.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 5, Out. 2014.

OLIVEIRA, Karina Díaz Leyva de; HAACK, Adriana; FORTES, Renata Costa. Terapia nutricional na lesão por pressão: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 562-570, ago. 2017.

ORTEGA , Maria del Carmen Barbera. CECAGNO, Diana. LLOR, Ana Myriam Seva. *et a.*/ Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 23, n 3, p. 404-405. Mai-jun. 2015.

PINHO, Clarissa Mourão et al. Use of the air mattress in the reduction of pressure ulcers: efficacy and perceptions of nursing. **Journal of Nursing UFPE**. Recife. v. 8, n. 8, p. 2729-2735, jul 2014.

PIZZOL, Sílvia J. S. de. **Uma aplicação da técnica de grupos focais na tipificação de sistemas de produção agropecuária**. Informações Econômicas, São Paulo, SP v. 33, n.12, 2003.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 2 v. p.1204-1261.

RESTREPO MEDRANO, Juan Carlos et. al . Conocimientos relacionados con el manejo de úlceras por presión que tienen los estudiantes de enfermería de una universidad de Medellín, Colombia. **Gerokomos**. Barcelona, v. 26, n. 2, p. 68-72, jun. 2015.

RESTREPO, Juan; ROJAS, Juan Guillermo. Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior. **Avances en Enfermería**, v. 33, n. 1, p. 133-141, jan. 2015.

ROEHRS, Hellen; MALAGUTTI, William. Competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas. *In*: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional**. 2º ed. São Paulo. Martinari, 2014. p. 625-636.

SARQUIS, Micheline Garcia Amorim. Orientação para a Prática Clínica no Tratamento e prevenção de Úlceras por Pressão. *In*: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional**. 2º ed. São Paulo. Martinari, 2014. p. 205-214.

SASSERON, Maria da Glória Martin. Uso de Medicamentos Tópicos no Tratamento de Feridas. *In*: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional**. 2º ed. São Paulo. Martinari, 2014. p. 53-58.

SASSERON, Maria da Glória Martin. Atualidades em Curativos Oclusivos e Semioclusivos. *In*: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional**. 2º ed. São Paulo. Martinari, 2014. p. 117-134.

SOBRINHO , Vicente Grossi; CARVALHO, Eloá Carneiro. Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UFRJ**. v.12, n. 1, 2004. p. 102-108.

TANABE, Lyvia Pini; KOBAYASHI, Rika Miyahara. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do Programa de Aprimoramento Profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo. v. 47, n. 4, p. 943-949, Ago. 2013.

TAVARES, Claudia Mara de Melo, LEITE, Maria Madalena Januário. Conhecimento e experiência de estudantes sobre o mestrado profissional em enfermagem. **Rev Rene**. Fortaleza. v.15 n.1. 2014.p.143, 146.

WOOD, Geri LoBiondo. HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 4ºed., 2001.

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/05/2020

Francisco José do Nascimento Júnior

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza –Ceará

Antonia Edilene Correia de Sousa

Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) – Fortaleza – Ceará

Antionielle Carneiro Gomes

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Andrea Luiza Ferreira Matias

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio - Fortaleza – Ceará

Cristianne Kércia da Silva Barro

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza – Ceará

Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

Ismênia Maria Marques Moreira

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Raffaele Rocha de Sousa

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza – Ceará

Sâmia Karina Pereira Damasceno

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) - Fortaleza – Ceará

Maria Jacinilda Rodrigues Pereira

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau e Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Verilanda Sousa Lima

Graduação em Enfermagem - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA) - Especialista em Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

RESUMO: Objetivo: Atuação do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar (APH) com base em estudos já publicados sobre o assunto, identificando como se conforma a assistência do enfermeiro nesse tipo de

atendimento. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa de abordagem qualitativa, realizada no período de dezembro de 2017 a abril de 2018 com artigos, selecionados minuciosamente, referentes ao assunto abordado. **Resultados:** Após leitura dos artigos selecionados, foi notória a compreensão da importância da atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar, como também a qualificação e treinamento do mesmo e de toda equipe envolvida para melhor desenvoltura, e organização do atendimento. **Conclusão:** O atendimento rápido e avaliação precisam como também conhecimento e agilidade prestada ao cliente/paciente no Atendimento Pré-Hospitalar são de suma importância para evitar maiores agravos, promovendo assim, maiores chances de sobrevividas.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento Pré-Hospitalar, Enfermeiro, Urgência.

THE ROLE OF NURSES IN FRONT OF PRE-HOSPITAL CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Nursing performance in relation to pre hospital care (PHC) based on previously published studies on the subject, to identify how nursing assistance is conformed in this type of care. **Method:** This is an integrative review of a qualitative approach, carried out in the period from December 2017 to April 2018, with articles selected in detail on the subject. **Results:** After reading the selected articles, it was evident the importance of the nurse's role in the Pre-Hospital Care, as well as the qualification and training of the same and of all the team involved for better care and organization of care. **Conclusion:** It is noteworthy that the rapid care and evaluation needs as well as knowledge, agility provided to the client / patient in the pre-hospital care of extreme importance to avoid further aggravations, thus promoting, greater chances of survival.

KEYWORDS: Pre-Hospital Care, Nurse, Urgency.

INTRODUÇÃO

A partir de 1990, com o surgimento das Unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV), desenvolveram-se as atividades do profissional de enfermagem, mais especificamente do enfermeiro, no Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil, como aquelas ações de maior complexidade e de manobras invasivas (ADÃO, 2012).

O Atendimento Pré-Hospitalar é a assistência realizada/desenvolvida fora do âmbito hospitalar, podendo ser direta, quando o profissional vai ao encontro da vítima, ou indireta, através de orientações médica feita por telefone. Para Coutinho (2011), o Atendimento Pré-Hospitalar é a assistência que é prestada, com um cuidado inicial, por ser o primeiro nível de atenção aos clientes portadores de quadros de níveis

agudos, de natureza clínica, traumática, obstétrica, ou psiquiátrica, e que possam levar a um determinado sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte. Coutinho (2011) ainda acrescenta que o Atendimento Pré-Hospitalar pode variar de um simples esclarecimento ou orientação e coordenada médica por telefone até o envio direto de uma ambulância de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, com objetivo de garantir condições básicas indispensáveis de sobrevivência.

SAMU (2014) usa como critérios de abordagem a avaliação Primária, que tem o objetivo de identificar e corrigir situações de risco iminente de morte; e avaliação Secundária, esta com objetivo de localizar alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias morfológicas, instabilidades hemodinâmicas, ruídos anômalos emitidos pelos pacientes alterações de motricidade e sensibilidade, conforme mostram os protocolos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida.

A escolha pelo tema deste estudo deu-se pelo interesse em discorrer sobre a importância do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar a partir de estudos científicos já publicados. Esse interesse surgiu pelo fato de a atuação do profissional Enfermeiro ter sido restringida apenas à assistência, subestimando a competência e capacidade para outras modalidades desse especialista, dentre elas o Atendimento Pré-Hospitalar. Dessa forma, para esse suporte, tanto o enfermeiro como toda equipe devem ser/estar treinados e capacitados para tal atendimento/eventuais situações, conforme a Resolução 9 COFEN no 375, de 22 de março de 2011, que dispõe sobre a presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, e dá outras providências. A atuação do enfermeiro no APH tem grande importância, pois o mesmo dispõe de habilidades, teóricas e práticas, adequadas para oferecer um atendimento integral e humanizado. Conforme Alves *et al.* (2013), o enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência, também desenvolve atividades educativas como instrutor, participar da revisão dos protocolos de atendimentos, da elaboração do material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções, podendo ser responsável pela liderança e coordenação da equipe envolvida. Portanto, podemos ainda refletir que o trabalho em uma instituição de APH exige muito da equipe de enfermagem que se depara todo tempo com situações desconhecidas em um ambiente muitas vezes desfavorável, sendo que, esse trabalho exige rapidez, agilidade e competência para tomada de decisão imediata (COFEN PARECER NO 36/2014).

O enfermeiro está incluso na equipe pré-hospitalar móvel, com papel principal de dar assistência qualificada às vítimas graves, gerenciar a equipe com a qual compartilha seu trabalho, além de ser responsável pelos recursos materiais e de educação da população no que corresponde aos primeiros socorros (LACERDA, 2014).

Conforme Adão e Santos (2012), o atendimento de vítimas graves e com risco de morte deve ser de responsabilidade do enfermeiro, tendo este profissional a função de atuar não só na função assistencial como também na prevenção de necessidades da vítima em questão, estabelecendo prioridades para as intervenções sejam realizadas em tempo hábil para estabilização do estado de saúde do paciente, devendo ocorrer à reavaliação constantemente e durante o transporte para a unidade de referência do sistema de urgência.

A partir de buscas realizadas nas principais bases de dados, evidenciou-se que os estudos sobre o papel do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar problematizam esse tema pela escassez de estudos científicos referentes ao mesmo. Diante das evidências apontadas e a restrita produção científica sobre a atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar, este estudo tem como objetivo verificar, a partir da literatura científica, como se conforma a assistência do enfermeiro no APH.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa acerca da importância do papel do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar, com base em estudos já publicados sobre a temática. A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, constitui basicamente um instrumento da prática baseada em evidências (MATSUDA, *et al.*, 2011). A revisão integrativa oferece maior efetividade na aplicação do estudo escolhido, contribuindo assim, para a resolução de relevantes melhorias referentes ao assunto abordado. Para execução de uma revisão integrativa fazem-se necessárias escolhas de estudos relevantes para a pesquisa. Neste estudo os dados foram selecionados, analisados e substanciados de forma a propiciar uma melhor análise do estudo.

Para construir essa pesquisa, após escolha do tema, fez-se necessário consultar bibliografias tomando como base as constantes averiguações nas bibliotecas eletrônica online SCIELO e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), das quais foram coletados materiais referentes ao tema e que correspondessem às questões norteadoras sobre o papel do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar, disponibilizado na íntegra, nos periódicos de 2011 a 2018 e no idioma português com utilização das palavras chave: Atendimento Pré-Hospitalar, Enfermeiro e Urgência.

Para realização da análise dos dados, foram selecionados 20 artigos científicos durante os meses de dezembro de 2017 a abril de 2018. Após seleção dos conteúdos para referido estudo, foram submetidos a critérios de inclusão artigos disponíveis na íntegra na língua portuguesa e publicados no período de 2011 a 2018, que continham referência aos descritores, leitura classificatória do resumo e texto. Para critérios

de exclusão, artigos que não atendem aos periódicos, em que só disponibilizam o resumo ou estudo com fontes secundárias que se distanciam da temática a partir da leitura dos resumos. Com isso, obteve-se 14 artigos que corresponderam aos critérios exigidos para o estudo.

Para análise de dados, foi realizada leitura minuciosa dos artigos selecionados a partir do ano de publicação, objetivo principal dos estudos, modo de utilização, visando assim, uma melhor conjuntura para compreensão do estudo. A partir da repetição da leitura, obtiveram-se estudos que discorriam sobre a atuação/importância do papel do enfermeiro frente ao Atendimento Pré-Hospitalar. Por conseguinte, foi realizado um estudo sobre análise de conteúdo com base em Bardin (2011), que afirma que, uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ao contrário, ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação. Ainda acrescenta que, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

RESULTADOS E DISCURSÕES

Categoria 1: Adesão do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar

A atividade do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990, com o surgimento das unidades de suporte avançado de vida. Atualmente, o enfermeiro é participante ativo dessa equipe, onde desenvolve importante papel de atendimento assistencial com qualidade, prevenindo complicações, avaliando riscos potenciais e conduzindo o atendimento de forma segura (ADÃO E SANTOS, 2012). Em conformidade com os autores, julgamos a atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar de suma importância, pois, além do mesmo exercer o atendimento primário, através da estabilização dos parâmetros vitais e manobras seguras e necessárias no atendimento para que a vítima chegue em segurança até uma unidade hospitalar, também desempenha ações administrativas que coadjuva o atendimento ministrado ao cliente/paciente seja efetuado com segurança com propósito de favorecer melhor prognóstico de sobrevivência. Para Martins (2012), diante da proposta do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), o enfermeiro é o profissional, que trabalha na supervisão da equipe de enfermagem, execução das prescrições médicas, assistência a pacientes grave, tomada de decisões e no controle da qualidade do serviço.

Categoria 2: Atividades prestadas pelo Enfermeiro no APH

Atuar como enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar exige desse profissional

agilidade/iniciativa, capacitação, competência, equilíbrio emocional e autocontrole, saber trabalhar em equipe, olhar holístico, dentre outros, além de ter perfil para tal finalidade e gostar de trabalhar neste tipo de atendimento, pois, o gostar do que faz reflete na atuação do profissional, por conseguinte, melhores obtenção dos resultados. Alves *et al.* (2013) afirmam que a satisfação com os aspectos positivos do trabalho está relacionada à sua finalidade e aos aspectos negativos, em geral, às condições nas quais o trabalho é realizado, às relações interpessoais e interprofissionais e à comunicação. Para Silva *et al.* (2014), o enfermeiro possui, em sua gama de atribuições no APH móvel, a função de elaborar protocolos internos de atendimento, os quais devem ser desenvolvidos e organizados com consistência na avaliação rápida, prontidão das técnicas de estabilização de condições respiratórias, circulatórias e hemodinâmicas visando o menor tempo gasto, a eficácia, a qualidade e o mínimo de erros.

Conforme afirmações dos autores supracitados, podemos acrescentar que o papel/atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar é respaldado pelo conselho de classe, COFFEN, através da resolução no 375, de 22 de março de 2011, já citado anteriormente neste estudo, ficando claro que a presença desse profissional no APH é de essencial importância para as funções a ele atribuídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O proposto estudo possibilitou a percepção de que a atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar é de suma importância, pois este, além da gerência e administração, também tem maior presença no atendimento assistencial, tanto na abordagem primária como secundária, isso nos permite a compreensão de que o papel do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar é imprescindível em qualquer seguimento da assistência designada à população, desde promoção/prevenção através de orientações educacionais em saúde, como também com capacitação dos profissionais envolvidos no Atendimento Pré-Hospitalar. Como este atendimento difere da prática intra-hospitalar o mesmo exige aprimoramento dos conhecimentos, capacidade para lidar com eventualidades difíceis e estressantes.

Por tanto, este estudo nos permitiu reflexões sobre a cognição da importância da atuação do enfermeiro no APH, visando sempre exercê-lo plenamente da assistência humanizada, proporcionando assim, melhor atendimento e propagação de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. de S.; SANTOS, M. R. dos. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, v.16, n.4, p.601-608, 2012.

ALVES, M. et al. Especificidades do trabalho de enfermagem no serviço de atendimento móvel de urgência. **Texto contexto-Enfer**, Belo Horizonte. v.22, n.1, p.2008-2015, 2013.

BARDI, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo. Edição 70. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. COFEN/CTLN Parecer no 36/2014. **Obrigatoriedade da Presença de um Enfermeiro nas Unidades de Urgência**. Brasília, 26 novembro 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. RESOLUÇÃO COFEN No 375/2011, de 22 de março de 2011 (BR). **Dispõe sobre a presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido**. Brasília (DF), 2011.

COUTINHO, K. C. **Atividades do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar**. Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS, 2011.

LACERDA, R. E. **A importância do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar em urgência**. Fundação Educacional do Município de Assis- 2014.

MARTINS, C. C. F et al. Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros. **Rev. Enferm.** UFSM, v.2, n.2, p. 282-289, 2012.

MATSUDA, L. M; BELLUCCI, J. J. A. O enfermeiro no gerenciamento a qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcho Enferm. Porto Alegre**. v.32, n.4, p.797-806, 2011.

SAMU. **Protocolos de Suporte Básico de Vida**. Elaborado Agost. 2014 e revisado Fev. 2016.

SAMU. **Protocolos de Suporte Avançado de Vida**. Elaborado Agost. 2014 e revisado Fev. 2016.

SILVA, S. F. et al. Dificuldades Vivenciada em um Serviço de Atendimento móvel de Urgência: percepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.4. n.2, p.1161-1172, 2014.

PERFIL DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ADMISSIONAL DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA INTERNADOS EM UM CTI

Data de aceite: 20/05/2020

Ana Maria Pinheiro
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos
Eder Júlio Rocha de Almeida
Jose Rodrigo da Silva
Daclé Vilma Carvalho

RESUMO: Durante décadas, a Enfermagem teve uma orientação dirigida para o imediatismo, embasando-se em ações práticas, de modo não sistematizado. As transformações sócio-econômicas, políticas e educacionais, bem como os avanços do conhecimento científico e as descobertas médicas foram os fatores que contribuíram para que alterações nesta prática ocorressem, visando a autonomia e independência dos profissionais. Ocorreram modificações quanto ao enfoque da profissão que passou a se preocupar com a identificação dos problemas dos pacientes e, posteriormente com os diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, segunda fase do Processo de enfermagem, são essenciais para o planejamento de uma assistência efetiva, permitindo a identificação dos problemas reais ou potenciais do cliente, visando a prevenção, promoção e o restabelecimento de sua saúde.

A Taxonomia proposta pela North American Nursing Diagnosis Association - NANDA é atualmente o Sistema de Classificação de diagnósticos de enfermagem mais utilizado no mundo e está em construção. Portanto, a cada dois anos, estes diagnósticos são revisados a partir de trabalhos desenvolvidos por enfermeiros. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, internados e assistidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, de um Hospital filantrópico de Belo Horizonte, segundo a Taxonomia da NANDA. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva. A amostra selecionada foi constituída por 112 Instrumentos utilizados para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, correspondendo a 33,3% da população estudada. Foram identificados 350 diagnósticos de enfermagem (em média, 3,1 por paciente), agrupados em 26 títulos diagnósticos incluídos em 8 domínios e 14 classes, segundo a NANDA. Estes diagnósticos foram analisados segundo seus componentes estruturais, ou seja, os fatores relacionados e características definidoras, de

acordo com a Taxonomia II da NANDA e discutidos à luz da literatura específica da área. Os resultados deste estudo poderão subsidiar a reformulação do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem utilizado na Instituição campo de estudo. Esperamos ainda que estes resultados contribuam para o desenvolvimento na implementação de outros modelos de assistência e para a produção científica.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologia da assistência – Diagnósticos de enfermagem- Síndrome Coronariana Aguda- Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT: For decades nursing was oriented to immediatism, basing itself in practical action, in a non systematized way. The socio-economic, political and educational changes, as well as the advances of scientific knowledge and the medical discoveries were factors that contributed so that the alterations in practice happened, with the aim on the autonomy and independence of the professional nurses. Changes occurred in relation to the focus of the profession that started to worry about the identification of the problems of the patient and, later, with the nursing diagnoses. The diagnoses made by the nurse, a second step of the nursing Process, are essential for the planning of an effective assistance, allowing the identification of real or potential problems of the patient, aiming the prevention, promotion and the recovery of the patient's health. The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy - NANDA - is, at present, the most used classification system of nursing diagnosis in the world and is being built. Therefore, every two years, these diagnoses are reviewed based on and from works developed by nurses. Then, the present study has as its purpose to analyze the nursing diagnostic profile of the patients with Acute Coronary Syndrome, in hospitals and assisted through the Systematization of Nursing Assistance in Coronary Intensive Care Units, in a philanthropic hospital in Belo Horizonte, according to NANDA Taxonomy. This work is a descriptive, exploratory and retrospective research. The selected sample was constituted by 112 instruments for the Nursing Record and Diagnosis, corresponding to 33% of the studied population. 350 nursing diagnoses were identified (an average of 3.1 per patient), grouped in 26 diagnosis titles included in 8 domains and 14 classes. These diagnoses were analyzed according to their structural components, that is, the related factors and defining characteristics, according to NANDA's Taxonomy II and discussed according to the specific literature of the area. The results of this study will be able to subsidize the reformulation of the Instrument for the Nursing Record and Diagnosis used in the Institution where the study was carried out. We hope that these results contribute for the development of the implementation of other models of assistance and for the scientific production.

KEYWORDS: Assistance Methodology – Nursing Diagnoses – Acute Coronary Syndrome – Intensive Care Unit

INTRODUÇÃO

A vivência de uma prática de Enfermagem abordada até então, de maneira não sistematizada e muitas vezes intuitiva, levou-me a questionar a qualidade da assistência prestada ao paciente crítico, nas instituições em que trabalhava.

Com esta preocupação, quando assumi a Coordenação de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte e, juntamente com os Enfermeiros do setor, sentimo-nos incomodados com a forma que realizávamos nossas atividades.

Frente às características críticas dos pacientes internados em UTI's, observava-se uma tendência de valorização dos cuidados relacionados aos aspectos biológicos da assistência. Esta tendência era reforçada pela ausência de um referencial teórico de Enfermagem referente a essas unidades e predominância do modelo biomédico ou médico-centrado.

Através de grupos de estudos mensais, foi possível a adoção de diversas condutas tais como: capacitação teórica e técnica dos Enfermeiros do setor; elaboração e implantação de protocolos; rotinas técnicas e administrativas; programas de aprendizagem contínua da equipe de Enfermagem e ainda, implantação do Processo de Enfermagem (PE), criando impressos próprios.

Assim, para a implantação deste PE, o grupo sentiu necessidade de buscar uma Teoria que melhor sustentasse o fazer do Enfermeiro em UTI's.

Neste intuito, diversos conceitos, Teorias e modelos específicos à Enfermagem foram estudados pelo grupo, que optou e procurou adaptar ao cotidiano do serviço, a Teoria de Myra Estrin Levine, associando-a a Classificação Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association- NANDA.

Fazer um diagnóstico de Enfermagem é um processo de pensamento crítico, exigindo do Enfermeiro capacidade de análise, síntese e percepção, ao interpretar dados clínicos. Esse processo possibilita a definição de condutas dos resultados esperados do paciente, bem como subsidia as intervenções de Enfermagem necessárias para se obter esses resultados.

O conceito da Teoria de Levine associado à NANDA levou o Enfermeiro a pensar em uma assistência de Enfermagem que deva preocupar-se com aspectos da vida do indivíduo, de forma a ultrapassar as necessidades biológicas, valorizar as dimensões psicossociais do comportamento humano e, sobretudo despertar sua preocupação em relação à importância do caráter preventivo da assistência nas UTI's, até então não abordado.

Em nosso serviço, sentimos necessidade de construir um Instrumento que fosse de rápido preenchimento e que contivesse método sistemático para coletar e analisar dados objetivos e subjetivos sobre o estado de saúde do paciente, incluindo

o exame físico, com a finalidade de fazer o diagnóstico de enfermagem.

Elaboramos um Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, fundamentado na Teoria escolhida, associando esta à Taxonomia I da NANDA.

Tal Instrumento foi construído na forma de “check-list” para o título e as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, devido às condições dos pacientes internados nas UTI's, que exigem uma atuação rápida e segura por parte dos Enfermeiros. Os fatores relacionados associados aos diagnósticos de enfermagem, não constantes no check-list eram descritos em espaço próprio, bem como os títulos e as características definidoras.

Na elaboração deste Instrumento, listamos aleatoriamente para checagem, os diagnósticos de enfermagem da NANDA que supúnhamos serem os mais freqüentes naquela clientela. No entanto, observamos que vários diagnósticos listados neste Instrumento raramente são checados, enquanto que outros necessitavam ser incluídos.

Considerando que ainda não conhecíamos realmente quais diagnósticos de enfermagem eram identificados nos pacientes nas UTI's, tornou-se fundamental traçarmos o perfil diagnóstico de enfermagem admissional em relação a esses pacientes, para subsidiar futuramente possíveis reformulações do Instrumento proposto, no intuito de que tais diagnósticos possam constituir a base para as intervenções de Enfermagem nas UTI's do referido Hospital.

Assim, desenvolvemos esta pesquisa com o objetivo de analisar o perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com SCA, internados e assistidos através da SAE na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte, segundo a NANDA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo. O estudo foi realizado nas UTI's do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte- MG. As UTI's são constituídas por 3 unidades distintas: pós-operatória (9 leitos), clínica (9 leitos) e coronariana (11 leitos). A partir de Março de 2000, todos os pacientes destas unidades foram assistidos através de uma metodologia da assistência que utiliza como marco referencial a Teoria de Levine e no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem a Classificação diagnóstica da NANDA. Desta data até agosto de 2002, foram assistidos 1970 pacientes através da metodologia em foco.

O presente estudo foi realizado na Unidade Coronariana, onde são internados clientes com agravos clínicos e necessidades cirúrgicas e que apresentam risco de morte por doença cardiovascular. Optamos em trabalhar com os Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem de pacientes com SCA internados no

período de agosto de 2001 a agosto de 2002, por considerarmos que a metodologia da assistência já estava melhor sedimentada nas unidades e os Enfermeiros aptos na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Neste período citado, foram atendidos pela SAE na Unidade Coronariana, 336 pacientes com esta Síndrome.

A amostra foi definida aleatoriamente. Optamos em trabalhar com 1/3 dos Instrumentos, ou seja, 112. Os Instrumentos foram numerados de 1 a 336 e a amostra foi selecionada iniciando com o número 1 e excluindo os dois subseqüentes. Fizeram parte da amostra os Instrumentos para Histórico e Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes adultos acima de 20 anos e que apresentavam diagnósticos de enfermagem admissionais, ou seja, nas primeiras 24 horas da sua internação.

Utilizamos como Instrumento uma ficha para coleta de dados elaborada e validada com vista a atender aos objetivos da pesquisa e identificação dos pacientes. Os dados foram coletados diretamente do Instrumento para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem e registrados na ficha para coleta de dados, no período de abril de 2003 a julho de 2003. Os dados foram tratados utilizando-se os recursos de informática e os resultados foram apresentados em figuras, tabelas e quadro e analisados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e também com a literatura específica da área. Foram considerados aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 112 Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem referentes a pacientes com SCA, correspondendo a 33,3% da população estudada. A caracterização dos pacientes está apresentada na FIG. 1, elaborada pela autora.

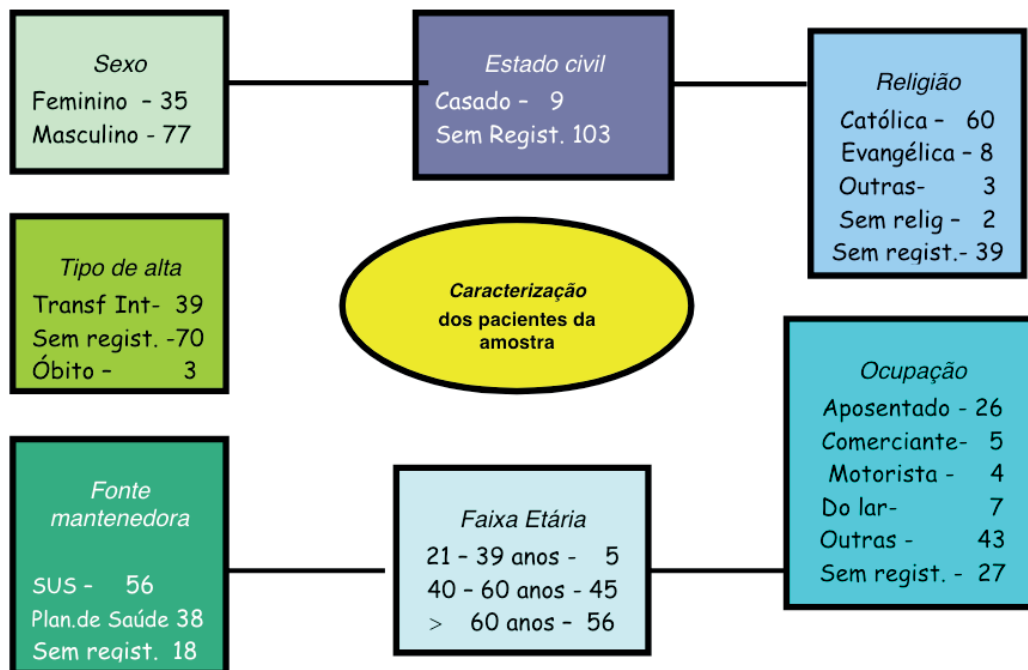


FIGURA 1- Caracterização dos pacientes com SCA, assistidos através da SAE na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte 2001- 2002.

Dos 112 pacientes cujos Instrumentos da amostra foram analisados, a maioria (77- 68,7%), são do sexo masculino e, metade (56 - 50%), tinha idade superior a 60 anos.

Para o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), a taxa de mortalidade por Doença Arterial Coronariana (DAC), aumenta com a idade (AEHLERT, 2007). Segundo Lopes (2004), ser adulto e do sexo masculino são características consideradas indicadoras de risco aumentado para a aterosclerose, elevando com isso a probabilidade de coronariopatia.

Apenas em 9 (8,0%) Instrumentos analisados, havia a identificação sobre o estado civil (casado) do paciente, enquanto que a grande maioria (103-91,9%) não apresentava tal registro. Quanto à religião, destaca-se que em 39 (34,8%) Instrumentos não continha tal informação, e dos Instrumentos que continham este registro (73), a maioria desses pacientes pertence a religião católica (60).

No que diz respeito à ocupação dos pacientes, também em 27 Instrumentos (24,1%) esta informação não foi encontrada. Em 56 (59,5%), havia registros de que os pacientes pertenciam ao Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que, 38 (40,4%) possuíam plano de saúde privado.

Observamos que informações importantes como estado civil, religião e ocupação, que irão auxiliar o profissional a reconhecer o indivíduo em sua totalidade e que estão relacionadas aos Princípios de Conservação das Integridades Pessoal e Social, não foram consideradas em mais de 24% dos Instrumentos analisados, sendo que no caso do estado civil, o percentual sem registro chegou a 91,9%.

A identificação dos pacientes com SCA quanto à realização das intervenções invasivas de Cateterismo Cardíaco (CAT) e/ou Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP), por sexo, está apresentada na FIG. 2, elaborada pela autora.

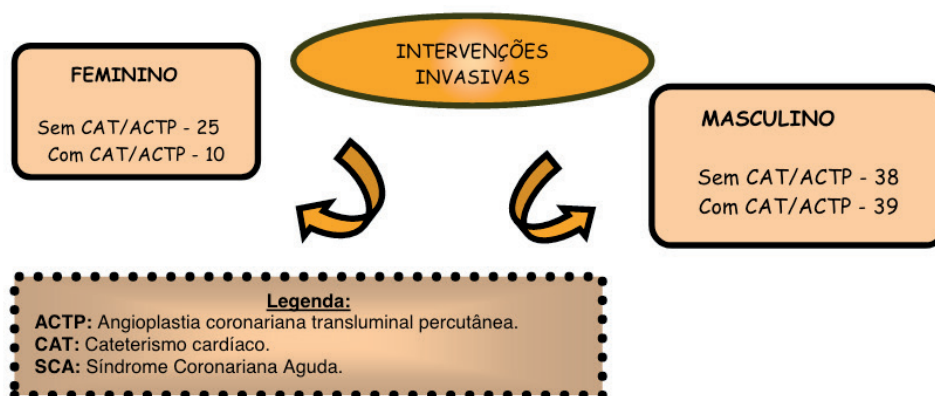


Figura 2 - Distribuição dos pacientes com SCA, assistidos através da SAE na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico, segundo o sexo e a realização das intervenções invasivas de Cateterismo e/ou Angioplastia. Belo Horizonte, 2001-2002

Observa-se que a grande maioria de mulheres (25-71,4%) não foi submetida às intervenções invasivas de CAT e/ou ACTP. No total de 77 pacientes da população masculina, nota-se o contrário: 39 (50,6%) foram submetidos ao CAT e/ou ACTP.

A caracterização dos pacientes (99) que apresentavam registros nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem analisados, com relação às condições associadas à SCA, está apresentada na TAB.1 seguinte.

Condições associadas a SCA	freqüência	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	5	5,0
Hereditariedade	8	8,0
Insuficiência Coronariana	7	7,0
Hereditariedade + Outras	12	12,1
Insuficiência Coronariana+ Outras	4	4,0
Hipertensão Arterial Sist. + "Outras	42	42,4
Outras	21	21,2
TOTAL	99	100

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes quanto às condições associadas à SCA, assistidos através da SAE na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico. Belo Horizonte, 2001-2002

A maior parte dos pacientes (79- 79,7%) apresentava duas outras condições associadas a SCA, no mínimo.

Vale ressaltar que a Hipertensão Arterial Sistêmica "HAS" (47- 47,4%), isolada e associada a "outras condições", apresentou maior percentual. "Pessoas com mais de um fator de risco têm muito mais chances de apresentar doenças vasculares que aquelas que não possuem nenhum"¹.

Lopes (2004), diz que “as informações sobre os antecedentes pessoais e familiares são de grande importância para a avaliação e diagnósticos prévios das cardiopatias”. Em nosso estudo, constatamos que em 12% dos Instrumentos, a hereditariedade estava associada a outras condições que também predispunham a SCA e em 8%, este fator de risco foi identificado isoladamente, fazendo-nos supor que alguns destes pacientes, provavelmente, não tinham conhecimento de suas outras co-morbidades.

Na leitura destes Instrumentos, foi visto que alguns títulos diagnósticos não apresentavam características definidoras e/ou fatores relacionados registrados, os quais subsidiam a elaboração de um diagnóstico de enfermagem. Observamos também que existiam características definidoras e/ou fatores relacionados que estavam registrados, mas não os títulos diagnósticos.

No total, foram identificados 350 diagnósticos de enfermagem que, de acordo com o tipo, de risco e real, continham todos os componentes estruturais necessários.

A TAB.2 apresenta os tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais de pacientes com SCA que foram elaborados pela equipe de enfermeiros e pela pesquisadora.

Tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais	Diagnosticador				Total	
	Enfermeiro		Pesquisador			
	F	%	F	%	F	%
De risco (T + F. Risco)	62	27,1	166	72,8	228	100
Real (T + FR + CD)	68	55,7	54	44,2	122	100
TOTAL	130	37,1	220	62,8	350	100

LEGENDA

n = 350

T = Título diagnóstico

CD = Característica definidora

FR = Fator relacionado

F. Risco = Fator de risco

TABELA 2 - Distribuição dos tipos de diagnósticos de enfermagem admissionais de pacientes com SCA, assistidos através da SAE na UTI Coronariana de um Hospital Filantrópico, de acordo com o diagnosticador. Belo Horizonte, 2001-2002

Do total de 350 diagnósticos de enfermagem admissionais identificados, a maioria (220- 62,8%) o foi pela pesquisadora, e quanto ao tipo de diagnóstico, o maior número foi de risco que corresponde a 65,1%. Os enfermeiros identificaram maior número de diagnósticos de enfermagem reais (68- 55,7%). No entanto, ainda foi possível ao pesquisador identificar 54 (44,2%) novos diagnósticos reais, embora todos os elementos estruturais estivessem registrados.

Do total de 228 diagnósticos de enfermagem de risco identificados, a maioria

(166- 72,8%) o foi pela pesquisadora. Segundo Tannure e Gonçalves (2007), “a validação para apoiar um diagnóstico de risco são os fatores de risco que representam as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente”.

No entanto, apesar de identificarmos nos Instrumentos para Histórico e Diagnóstico de Enfermagem indicadores potenciais (de risco) do cliente, ou seja, fatores de risco relacionados aos diagnósticos de enfermagem, estes não foram identificados pelos enfermeiros, tanto é que deixaram de estabelecer 166 (72,8%) diagnósticos de risco.

Portanto, podemos inferir que a importância do caráter preventivo na UTI Coronariana não estava sendo enfatizada pela equipe, apesar da utilização de uma metodologia da assistência que remete à valorização de todos os níveis de atendimento, ou seja, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Para identificar diagnóstico de risco é necessário que o Enfermeiro tenha domínio sobre os problemas relacionados à SCA, uma vez que não há, neste tipo de diagnóstico, sinais e sintomas evidentes. Consideramos essencial que o Enfermeiro detenha o conhecimento sobre o processo das doenças, bem como seu tratamento e prognóstico, no intuito de intervir precocemente para reduzir seus problemas mais susceptíveis e prevenir ou controlar suas possíveis complicações.

O agrupamento dos diagnósticos de enfermagem (350) permitiu a identificação de 26 títulos diagnósticos e cada paciente apresentou em média 3,1 diagnósticos reais e / ou de risco. Neste estudo, foi possível agrupar estes 26 títulos diagnósticos em 8 domínios e 14 classes.

Os títulos diagnósticos de enfermagem e a frequência com que foram identificados estão agrupados nos respectivos domínios e classes, conceituados segundo a NANDA (2010), e apresentados a seguir.

1) Domínio: Nutrição; **Classe:** Ingestão; **Títulos Diagnósticos de enfermagem:** Deglutição prejudicada (1); Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (2). **Classe:** Hidratação; **Títulos Diagnósticos:** Volume de líquidos deficiente (1); Volume de líquidos excessivo (1); Risco para volume de líquidos deficiente (1).

2) Domínio: Eliminação; **Classe:** Sistema Urinário; **Título Diagnóstico de enfermagem:** Eliminação Urinária prejudicada (4). **Classe:** Sistema Gastrointestinal; **Títulos Diagnósticos:** Risco para constipação (4).

3) Domínio: Atividade/Repouso; **Classe:** Respostas Cardiovasculares; **Títulos Diagnósticos:** Débito cardíaco diminuído (36); Intolerância à atividade (3); Perfusão tissular periférica ineficaz (1). **Classe:** Atividade/Exercício; **Títulos Diagnósticos:** Mobilidade física prejudicada (9); Mobilidade no leito prejudicada (13). **Classe:** Sono/Repouso; **Título Diagnóstico:** Padrão de Sono Perturbado (1).

4) Domínio: Percepção/Cognição; **Classe:** Comunicação; **Título Diagnóstico:** Comunicação verbal prejudicada (3). **Classe:** Cognição; **Títulos Diagnósticos:** Conhecimento Deficiente (1) Confusão Aguda (2).

5) Domínio: Relacionamento de Papéis; **Classe:** Desempenho de Papéis; **Título Diagnóstico:** Interação Social Prejudicada (2).

6) Domínio: Enfrentamento/Tolerância ao Estresse; **Classe:** Respostas de Enfrentamento; **Títulos Diagnósticos:** Medo (2); Ansiedade (8).

7) Domínio: Segurança/Proteção; **Classe:** Lesão Física; **Títulos Diagnósticos:** Membrana da mucosa oral prejudicada (1); Integridade da pele prejudicada (3); Risco para integridade da pele prejudicada (112); Desobstrução ineficaz de vias aéreas (3); Proteção ineficaz (8). **Classe:** Infecção; **Título Diagnóstico:** Risco para infecção (112);

8) Domínio: Conforto; **Classe:** Conforto Físico; **Título Diagnóstico:** Dor Aguda (16).

Dos diagnósticos de enfermagem, 239 (68,2%) correspondem ao domínio Segurança/Proteção. Destaque-se que foram identificados os diagnósticos Proteção ineficaz, Risco para infecção e Risco para integridade da pele prejudicada.

Em nosso estudo, foram identificados os seguintes fatores relacionados e características definidoras deste diagnóstico:

- Proteção ineficaz, relacionada a distúrbio imunológico (secundário a Insuficiência renal crônica), evidenciada por imunidade deficiente.
- Proteção ineficaz, relacionada à terapia com drogas fibrinolíticas (inibidores de glicoproteínas IIb/IIIa) e intervenção invasiva (ACPT), evidenciada por coagulação alterada.
- Proteção ineficaz, relacionada a perfil sanguíneo anormal, evidenciado por hipoglicemia e perspiração.

O paciente que apresenta o diagnóstico Risco para infecção está em “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”⁽³⁾. Tal diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Risco para infecção, relacionado a procedimentos invasivos; destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada.

Dos 112 pacientes, 49 (43,7%) foram submetidos também a outras intervenções invasivas como Cateterismo e/ou Angioplastia.

Quanto ao diagnóstico Risco para Integridade da pele prejudicada, a NANDA (2010) o define da seguinte forma: “estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa”.

O Risco para Integridade da pele prejudicada, em 49 (43,7%) dos pacientes, estava relacionado à idade avançada e fatores mecânicos (curativos compressivos

e contenção do membro em que foi realizada a intervenção invasiva).

Os demais pacientes (63), apresentaram outros fatores de risco que foram agrupados abaixo e o diagnóstico ficou assim redigido:

- Risco para Integridade da pele prejudicada, relacionada à circulação alterada (secundária à Insuficiência vascular periférica), idade extrema, pigmentação alterada (hematomas extensos), sudação contínua, imobilização física e umidade (escore < 11 na escala preditiva de aparecimento de úlcera de pressão).

Portanto, além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente provocada pelo trauma da intervenção de CAT e/ou ACTP, destacamos outros fatores que influenciam na incidência de infecção e predispõem lesões cutâneas, entre eles as condições clínicas do paciente (idade, estado nutricional, doenças crônicas, fatores de risco), as condições técnicas em que a intervenção foi realizada, bem como o tempo de permanência hospitalar anterior ao procedimento.

O domínio Atividade/Repouso agrupou 63 (18%) dos diagnósticos de enfermagem. Destacam-se os diagnósticos de Débito cardíaco diminuído, Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada.

O Débito cardíaco diminuído é definido pela NANDA (2010), pelo “bombeamento insuficiente de sangue pelo coração, para atender às demandas metabólicas corporais”.

Lopes (2004), diz que pacientes com IAM apresentam o pulso de pequena amplitude e frequência cardíaca aumentada na ausência de arritmias. O referido autor acrescenta que uma hipotensão arterial também é observada, induzida por medicamentos, como opiáceos ou coronariodilatadores e não deve ser confundida com choque cardiogênico.

Em nosso estudo, encontramos a mesma etiologia, sinais e sintomas que são descritos na literatura sobre pacientes cardíacos que apresentam o débito cardíaco diminuído. Foram identificados os seguintes fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico em questão:

Débito cardíaco diminuído, relacionado ao ritmo/frequência cardíaca, pré e pós-carga alterados, evidenciado por alterações no ECG, crepitações e hipotensão.

Débito cardíaco diminuído, relacionado à contratilidade alterada, evidenciado por fração de ejeção, volume de ejeção e trabalho do ventrículo esquerdo diminuídos (resultados de ecocardiograma).

Débito cardíaco diminuído, relacionado a ritmo/frequência alterada, evidenciado por arritmia (taquicardia).

O diagnóstico Mobilidade física prejudicada é definido como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”

(3).

Tal diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo neuromuscular (secundário a acidente vascular cerebral), evidenciada pela capacidade limitada para desempenhar atividades motoras.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a medicações (sedação), evidenciada pela capacidade limitada para desempenhar atividades motoras.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo sensório-perceptivo, evidenciada pela incapacidade para desempenhar atividades (glasgow 3).
- Mobilidade física prejudicada, relacionada à desconforto torácico (secundário a isquemia miocárdica), evidenciada por relato verbal.

A Mobilidade no leito prejudicada é a “limitação ao movimento de uma posição para outra no leito”⁽³⁾. Foi observado que 13 pacientes estavam com a capacidade prejudicada de mover-se na cama. Estabelecemos como fator relacionado (etiologia) a este problema, o fato de os pacientes estarem com restrições de movimento prescritas.

O diagnóstico foi assim estruturado:

- Mobilidade no leito prejudicada, relacionada a restrições de movimentos prescritas, evidenciada pela capacidade prejudicada de virar-se na cama.

De acordo com o ACLS⁽¹⁾, a “dor torácica ou mal-estar torácico é o sinal mais importante do ataque cardíaco e sua duração persiste por mais de 20 minutos. A angina geralmente é um mal-estar temporário e, comumente dura de 2 a 15 minutos”.

ANANDA (2010) define o diagnóstico de Dor aguda como: “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real (ou potencial) ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses”.

Tal diagnóstico foi assim estruturado:

- Dor aguda, relacionada a agentes lesivos biológicos (lesão miocárdica, lesão epigástrica, processo inflamatório da próstata), evidenciada por relato verbal e alterações na pressão arterial, respiração e pulso.
- Dor aguda, relacionada a agentes químicos (uso de Tridil®), evidenciada por relato verbal.

O diagnóstico Ansiedade é definido como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo”⁽³⁾. Este sentimento foi relatado em 8 pacientes, em relação a sua internação em UTI.

O diagnóstico foi estruturado da seguinte forma:

- Ansiedade relacionada a fatores familiares (ausência da família) e medo da

morte (procedimentos cirúrgicos), evidenciada por preocupações expressas.

Acreditamos que os diagnósticos Dor aguda e Ansiedade, não foram mais freqüentes pois, muitos pacientes admitidos com um quadro de SCA, recebem o primeiro atendimento, ou seja, medicações para alívio da dor torácica, no ambulatório do hospital, sendo encaminhados logo em seguida à UTI Coronariana.

Os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem admissionais identificados em mais de 7% dos pacientes com SCA, estão apresentado no QUADRO 1.

Títulos diagnósticos	Fatores Relacionados	Características Definidoras	Freq. (n=112)	
Proteção ineficaz	-Distúrbios imunológicos	-Imunidade deficiente	1	
	-Terapia com drogas fibrinolíticas (inibidores de GP IIb/IIIa) e intervenção invasiva (ACPT)	Coagulação alterada	6	8
	Perfil sang. Anormal	- Hipoglicemia e perspiração	1	
Risco para infecção	- Procedimentos invasivos; - Destruição de tecidos; - Exposição ambiental aumentada.	—————	112	112
Risco para integridade da pele prejudicada	- Idade avançada; -Fatores mecânicos.		49	
	- Circulação alterada; -Idade avançada; -Pigmentação alterada; -Sedação contínua; -Imobilização física e umidade.	—————	63	112
Débito Cardíaco Diminuído	-Ritmo/FC alterados, Pré e Pós-carga alteradas	-Mudanças no ECG, crepitações e hipotensão	23	
	-Contratilidade alterada	-Trabalho do V.E., fração e volume de ejeção diminuídos	8	36
	- Ritmo/FC alterados	-Taquicardia	5	
	-Prejuízo neuromuscular	-Capacidade limitada para desempenhar atividades motoras	3	
Mobilidade física prejudicada	-Medicações	-Capacidade limitada para desempenhar atividades	1	9
	-Prejuízo sensorio-perceptivo	-Incapacidade para realizar atividades	1	
	-Desconforto torácico	-Relato verbal	4	
Mobilidade no leito prejudicada	-Restrições de movimentos prescritas	-Capacidade prejudicada de virar-se.	13	13
Dor Aguda	Agentes lesivos biológicos:			
	-Lesão miocárdica (isquemia)	-Relato verbal e respostas autonômicas	10	
	- Lesão gástrica		3	16
	-Processo inflamatório da próstata		1	
	-Agentes químicos (Tridil®)		2	
Ansiedade	-Fatores familiares		6	
	-Medo da morte	-Preocupações expressas	2	8

QUADRO 1 - Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem admissionais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que os resultados deste estudo estimulem os Enfermeiros a implantar um modelo de assistência de enfermagem utilizando a Taxonomia da NANDA para diagnósticos de enfermagem, bem como, pesquisas sobre este tema.

Nossos conhecimentos acadêmicos, nossas experiências vivenciadas na prática e os resultados desta pesquisa, nos levam à crença de que a aplicação do Processo de Enfermagem sustentado por uma Teoria de Enfermagem em UTI resulta na conscientização da equipe quanto à importância da SAE, com ganhos individuais tal a conscientização da necessidade de aprofundar conhecimentos, gerando crescimento profissional.

REFERÊNCIAS

- 1 AEHLERT, Bárbara. ACLS. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. 608p.
- 2 LOPES, M.,; MEDEIROS, J.L. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- 3 NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION- NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação- 2009-2011. Porto Alegre: Artmed. 2010.
- 4 TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. Sistematização da Assistência de Enfermagem: um guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan-LAB, 2010.
- 5 PINHEIRO, A.M.; LEITE, E.F. Identificação dos diagnósticos de enfermagem admissionais em um paciente portador de Pneumonia e Insuficiência Cardíaca Congestiva. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 60. 2007. Belo Horizonte. **Anais...**Belo Horizonte 2007. 102p.

PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA: CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA PREVENÇÃO

Data de aceite: 20/05/2020

Jéssica Brenda Rafael Campos

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Viviane de Oliveira Cunha

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Anádia de Moura Oliveira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Vaneska Carla Soares Pereira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará. –

Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Cícero Rafael Lopes da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Leni Alves Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará

Crystianne Samara Barbosa de Araújo -

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará .

RESUMO: A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica é uma infecção frequente nos pacientes que necessitam está em uso

do ventilador mecânico. Objetivou investigar acerca do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção da Pneumonia associada a ventilação mecânica. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de caráter qualitativo, realizada com 50 acadêmicos de enfermagem de uma instituição privada de ensino superior, que responderam um questionário estruturado. Observou-se que as principais respostas foram referentes à higienização das mãos, sedação do paciente, higiene oral e cabeceira elevada. E em relação ao conhecimento do protocolo de PAV, 64% dos estudantes afirmaram conhecê-lo, mas as medidas de prevenção ainda são pouco conhecidas pelos estudantes. Concluiu-se que os alunos podem estar completando o curso com noção básica dos cuidados para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, e alguns cuidados pouco observados constituem um resultado necessário de ser reavaliado, precisando de um planejamento curricular das instituições de ensino que facilite o processo e o entendimento acerca dos cuidados de enfermagem para pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia Associada a

ABSTRACT: Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation is a frequent infection in patients who need it and is using a mechanical ventilator. It aimed to investigate about the knowledge of nursing students on the prevention of Pneumonia associated with mechanical ventilation. This is a descriptive, exploratory study of a qualitative character, carried out with 50 nursing students from a private higher education institution, who answered a structured questionnaire. It was observed that the main responses were related to hand hygiene, patient sedation, oral hygiene and elevated headboard. Regarding the knowledge of the VAP protocol, 64% of students said they knew it, but prevention measures are still little known by students. It was concluded that students may be completing the course with a basic notion of care for the prevention of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation, and some poorly observed care is a necessary result to be reevaluated, needing a curricular planning from educational institutions that facilitate the process and understanding about nursing care for patients using invasive mechanical ventilation.

KEYWORDS: Ventilator-associated Pneumonia, knowledge, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Pneumonia hospitalar é a segunda maior infecção hospitalar, porém é a que apresenta maior mortalidade entre as IRAS e apesar de acometer pacientes internados em diversos setores do hospital, tem sua maior prevalência nas UTIs, os índices alteram de acordo com os critérios de diagnóstico, pois, quando empregados apenas critérios clínicos e radiológicos, as PAV são diagnosticadas com maior frequência, ao passo que reduz esse número, quando se usa como critério exames complementares (MATARUNA, 2011).

A incidência de pneumonia relacionada à assistência à saúde é de 5 a 10 episódios por 1.000 admissões. Tais infecções correspondem a 15% das IRAS, e em torno de 25% das infecções adquiridas nas UTI. As bases epidemiológicas sobre esse tipo de pneumonia nos hospitais nacionais ainda são vagas. Este fato tornou obrigatória, a partir de 2017, a notificação de PAV ocorridas nas UTI brasileiras. Em uma UTI de São Paulo a média de incidência de PAV foi de 9,87 casos por 1000 dias de ventilação mecânica em 2015 (BRASIL, 2017).

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma infecção das vias aéreas, desenvolvida após 48 horas do início da intubação, tornando-se a principal causa de morte entre as infecções hospitalares, superando a taxa de mortalidade de infecções centrais como sepse grave, infecções associadas a cateteres vasculares centrais e infecções do trato respiratório no paciente não intubado (SEDWICK et al.,

2012).

Ventilação mecânica trata-se da utilização de um equipamento que atua na substituição total ou parcial da atividade ventilatória do cliente, tendo como objetivo manter o equilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio aos clientes que estejam impossibilitados de manterem suas funções respiratórias. É uma técnica utilizada em grande escala em UTI (AMORIM; GOMES, 2015).

Na UTI, o processo de intubação orotraqueal e a VM, é um processo inevitável para manutenção da vida do paciente continuamente, no entanto, a PAV é um dos efeitos adversos comuns, porém grave e importante causa de mortalidade em UTI decorrente desta situação e sua incidência aumentam a cada 28 dias de VM, sendo 3% dia na primeira semana, 2% dia na segunda semana e 1% dia na terceira semana (RODRIGUES; SALIBA, 2013).

É necessário que toda a equipe de saúde saiba que as principais medidas a serem tomadas para reduzir a PAVM devem incluir: a educação dos profissionais de saúde, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, a interrupção na transmissão de microorganismos pelo uso apropriado de equipamento hospitalar e a prevenção da transmissão de uma desenvolvimento de infecções bacteriana (POMBO, ALMEIDA, RODRIGUES, 2010).

Considerando a importância para um melhor conhecimento pelos profissionais de saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva sobre as infecções pulmonares associada a ventilação mecânica, este estudo tem como objetivo principal investigar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca da prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada localizada na Região Metropolitana do Cariri. A população e amostra foi composta pelos acadêmicos do 5º e 10º semestre do curso de enfermagem que já tiveram contato com pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva durante o processo de estágio intra-hospitalar.

Após uma breve explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, os participantes do estudo que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram convidados para dar início às entrevistas.

Os discursos foram analisados individualmente para melhor captação de informações, posteriormente, as entrevistas foram agrupadas e organizadas em uma tabela e também processadas no software Iramuteq através da análise de

nuvem de palavras.

O estudo teve aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Faculdade de Juazeiro do Norte em 11 de setembro de 2019, com o parecer de nº 3.567.304 e esteve de acordo durante toda sua realização com os aspectos éticos da Resolução 510/16.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao todo, foram realizadas 50 entrevistas de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Os dados foram coletados na IES em horários pré-estabelecidos entre as partes a fim de resguardar sua privacidade e anonimato e conseqüentemente as informações passadas por elas.

Dentre os participantes, 37 apresentavam idade entre 18 e 24 anos; 9 entre 25 e 30 anos e 4 acima de 35 anos de idade. Situação civil: maioria dos entrevistados eram solteiros 41, sendo 6 casados, 2 separados e 01 com união estável.

Foi construída uma tabela para contemplar demais dados específicos sobre a Pneumonia Associada à Ventilação mecânica: conhecimento de protocolo, manifestação e diagnóstico.

Conhecimento sobre o protocolo de PAV	
SIM	32 (64%)
NÃO	18 (36%)
PAV prolonga o tempo de Ventilação Mecânica	
SIM	34 (68%)
NÃO	14(28%)
Não souberam responder	02(4%)
PAV surge quantas horas após a IOT	
02 pessoas, (4%)	12h
05 pessoas, (10%)	24h
14 pessoas, (28%)	48h
23 pessoas, (46%)	+72h
06 pessoas, (12%)	Não souberam responder
Confirmação do diagnóstico de PAV	
Exames radiológicos	0 (0%)
Exames Clínicos	0(0%)
Exames laboratoriais	07(14)
Radiológicos, clínicos e laboratoriais.	36(72%)
Não souberam responder	07(14%)

Tabela 1: Conhecimento dos acadêmicos sobre a Pneumonia associada a Ventilação Mecânica. Setembro de 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos pesquisadores.

A pneumonia é a principal causa de infecção institucional dentro das unidades de terapia intensiva, ocorrendo, em mais de 90% dos casos, em pacientes submetidos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica (VM). Desta forma torna-se relevante a sua clínica e seu perfil epidemiológico, a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM); é estudada como uma entidade clínica distinta dentro das pneumonias nosocomiais, representando um dos principais desafios enfrentados pelo intensivista em sua prática diária (RODRIGUES, NETO, SANTOS, 2009).

Estudo recentemente realizado apontou a PAV como uma das infecções relacionada à assistência à saúde (IRAS) mais incidente nas unidades de terapia intensiva, com taxas que podem variar de 9% a 67% de todos os pacientes submetidos à ventilação mecânica o que vem alertar todos que fazem parte desta equipe específica para um olhar diferenciado nos cuidados prestados a este paciente tão exposto a esse tipo específico de infecção (DIAS et.al, 2010).

O diagnóstico etiológico visa definir a presença da pneumonia com o agente patogênico para PAV e requer uma cultura do trato respiratório inferior que pode ser feito através do aspirado traqueal, BAL (lavado bronco alveolar) ou espécimes PSB (escovado broncoscópico protegido). O aspirado traqueal é uma das atribuições do enfermeiro e tratando-se de um método para a obtenção de secreção traqueal para cultura e diagnóstico microbiológico da PAV. Para a técnica utiliza-se sonda traqueal conforme protocolo e após corta-se com tesoura estéril a sonda, introduz no meio de cultura, sendo encaminhado para o laboratório (FROTA et al, 2014).

Todos os pacientes que são suspeitos de PAV deverão realizar coleta de cultura. No resultado da coleta o crescimento de microrganismo acima do limiar de concentração é importante para o diagnóstico de PAV e valores abaixo do limiar são considerados “contaminação da amostra”. O diagnóstico bacteriológico é importante para a terapia antibiótica específica que determinará a droga ideal e seu tempo de administração, evitando seu uso irracional, não sendo restrita apenas ao diagnóstico de PAV (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2005; KALANURIA; ZAI; MIRSKI, 2014).

Para Silva (2009), é necessário recomendar a realização de vigilância da PAV na unidades de terapia intensiva, calcular e acompanhar as taxas existentes visando associá-las às medidas preventivas. De forma geral, sugere-se que a higienização das mãos e a educação continuada da equipe multiprofissional representam alguma das condutas importantes mas não as únicas para a redução das taxas dessa infecção.

Uma estratégia que tem sido adotada com sucesso em muitas instituições de saúde para prevenção de PAV refere-se à criação de protocolos dentro dessas unidades, aplicados de forma multidisciplinar e auditados pelos serviços de controle de infecção hospitalar (MENDONÇA, 2009).

Os protocolos são instruções desenvolvidas que podem facilitar a disseminação de práticas eficazes e a redução de erros, podendo diferir entre si quanto ao formato e método de desenvolvimento, porém, devem estar sempre baseados em evidências científicas (DLUCA et al, 2017)

Outra intervenção interessante e de grande valia que têm sido bastante utilizados são os Pacotes ou Bundles de Cuidados, os quais reúnem um pequeno grupo de intervenções que, quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias substanciais na assistência em saúde (INSTITUTO PARA MELHORIAS EM SAÚDE, 2010).

Silva, Nascimento e Salles (2014) afirma que os profissionais de enfermagem, por manterem contato direto e ininterruptos com os pacientes, desempenham papel primordial na prevenção de PAV, o que se estende também a outros profissionais como fisioterapeutas, porém deve haver uma uniformidade de conhecimentos acerca desses cuidados específicos na prevenção, que são obtidos através da educação

continuada, ou seja, todos os membros da equipe deverão agir da mesma forma cumprindo os protocolos específicos.

A prevenção da PAV tem como finalidade diminuir a instalação de reservatórios de microrganismos potenciais, prevenir a inserção destes reservatórios nos alvéolos pulmonares e contribuir para a proteção do cliente submetido a procedimentos invasivos. Esta ação pode reduzir o uso de medicamentos antimicrobianos, o tempo de internação e a mortalidade relacionada à PAV (MOREIRA et al., 2011).

O Manual de Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda que sejam seguidas algumas medidas para prevenção de PAV, como manter decúbito elevado (30- 45°), adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea, aspirar a secreção subglótica rotineiramente, fazer a higiene oral com antissépticos, cuidados com o circuito do ventilador, processamento de produto de assistência respiratória, entre outros (BRASIL, 2017).



Figura: Análise de nuvem de palavras sobre o *corpus* “Investigar o conhecimento dos alunos do curso de Enfermagem acerca de medidas preventivas da PAV”. Juazeiro do Norte, CE, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos pesquisadores.

Por meio da análise de similitude, foram analisados 38 seguimentos de texto, sendo que tiveram como número de ocorrência 387, 123 número de formas e 75 número de hápax., que correspondeu a 60,98% das formas e estiveram em 19,38% das ocorrências.

Dentre os cuidados mais citados entre os alunos estão: a elevação da cabeceira, a aspiração, higiene oral com clorexidina e a lavagem das mãos. Todos estes cuidados estão inseridos no protocolo da instituição que os acadêmicos têm contato durante o estágio na atenção secundária.

Percebeu-se que os alunos possuem conhecimento sobre as medidas de

proteção para o desenvolvimento de PAV, bem como, para identificar a sua presença no paciente em ventilação artificial. Porém é necessário que as IES enfatizem nos componentes curriculares as recomendações do CDC e ANVISA sobre as formas de prevenção da PAV, assim como das demais topografias de infecções nosocomiais, despertando no aluno todos os cuidados e intervenções de enfermagem necessárias aos pacientes com risco desta morbidade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; GOMES, S. R. Ações de Enfermagem para Prevenção de Infecções Associadas à Ventilação Mecânica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 72-82, jul/dez. 2015.

AMERICAN THORACIC SOCIETY /INFECTIONS DISEASES SOCIETY OF AMERICA (ATS /IDSA). How-to Guide: Prevent Ventilator Associated Pneumonia. **Institute for Healthcare Improvement**, Cambridge, feb. 2012. 45 p. Disponível em: http://www.chpso.org/sites/main/files/file-attachments/ihi_howtguidepreventvap.pdf >. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em 11 dez. 2019.

DÍAZ, L. A. ;LIAURADÓ M, RELLO J, RESTREPO MI. Prevenção não farmacológica da pneumonia associada ao ventilador. **Arch Bronconeumol**. 2010; 46 (4): 188-95.

DLUCA, L.A Jr; WALSH, P; DAVISON, D.D Jr; STONEKING, L.R; YANG, L.M; GRALL, K.J, et al. Impact and feasibility of an emergency department-based ventilator associated pneumonia bundle for patients intubated in an academic emergency department. 45(2):151-7. **Am J Infec Control**.2017.

FROTA, O.P. et al. Colheita de aspirado traqueal: segurança e concordância microbiológica entre duas técnicas. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 618-624, jun.2014. 50 Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-618.pdf Acesso em: 07 de nov. 2019.

INSTITUTO PARA MELHORIAS EM SAÚDE. 5 milhões de vidas campanha. kit de inicialização: evite ventilador associado pneumonia como guia. Cambridge, MA (EUA): **Institute for Healthcare Improvement**; 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2345/introducao_a_campanha_%E2%80%9C5_milhoes_de_vidas%E2%80%9D_do_institute_of_healthcare_improvement_ihi.htm acesso em 18 de set. 2019.

KALANURIA, A. A. ; ZAI, W. ; MIRSKI, M. pneumonia associada ao ventilador na UTI. **Critical Care, Salt Lake City**, v. 18, n. 208, p. 2-8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056625/> acesso em 01 de set.2019.

MATARUNA, Patrícia Cristina De Castro. Pneumonia associada à ventilação mecânica. 2011. 28 f. Dissertação (mestrado em terapia intensiva, área de fisioterapia). Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – **SOBRATI**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_338.doc >. Acesso em: 17 de janeiro de 2019

MENDONÇA, M. Serviço de controle de infecções hospitalares na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Prática Hospitalar**. 2009; 9(66):55-6.

MOREIRA, B. S. G. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: medidas preventivas

conhecidas pelo enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**. Bahia, 2011.

POMBO, CMN; ALMEIDA, PC; RODRIGUES JLN. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1061-1072, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/013.pdf> acesso em 12 nov.2019.

RODRIGUES PMA, NETO EC, SANTOS LRC, KNIBEL MF. Pneumonia associada à ventilação mecânica: epidemiologia e impacto na evolução clínica de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.35(11):1084-1091. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a05.pdf> acesso em 19 set.2017.

RODRIGUES, Ricardo Goulart; SALIBA, Gustavo Niankowski. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Pneumologia Paulista** Vol. 27, No.1/2013. Disponível em: < <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/spp/arquivos/300313.pdf> > Acesso em: 25 de junho de 2019

SEDWICK, M. B. et al. SEDWICK, M. B. et al. Usando práticas baseadas em evidências para prevenir a pneumonia associada ao ventilador. **Enfermeira de cuidados críticos**, Pensilvânia,, v. 32, n. 4, p. 41-54 51, ago. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855078> Acesso em: 20 set. 2019.

SILVA, G. M. da; SEIFFERT, O. M. L. Educação contínua em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, maio / jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/05>. Acesso em: 03 de dez. 2019.

SILVA, S. G. da; NASCIMENTO, E. R. P. do; SALLES, R. K. de. Ventilator-associated pneumonia: discourse of professionals about prevention. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 290-295, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/14.pdf> Acesso em 24 set. 2019.

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UTI

Data de aceite: 20/05/2020

Cintia Regina Silva Pimentel

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Pesquisadora do Núcleo de Estudos Multidisciplinares em Saúde (NEPMS-IESF). Paço do Lumiar – Maranhão.

Karla Mota de Matos

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Saúde (NEPMS-IESF). Paço do Lumiar – Maranhão.

Nisiane dos Santos

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Saúde (NEPMS-IESF). Paço do Lumiar – Maranhão.

Willams Araujo da Costa

Graduando do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Saúde (NEPMS-IESF). Paço do Lumiar – Maranhão.

Adriana Valéria Neves Mendonça

Enfermeira. Especialista em MBA em Gestão em Saúde com ênfase em Auditoria (Estácio de Sá). São Luís – Maranhão.

Rafael Mondego Fontenele

Enfermeiro. Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (UniCEUMA). Docente do Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF). Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Saúde (NEPMS-IESF). Paço do Lumiar – Maranhão.

RESUMO: A pneumonia é um processo infeccioso que ocorre no parênquima pulmonar, quando associada à ventilação mecânica, ocorre em pacientes submetidos à intubação orotraqueal e ventilação mecânica por mais 72 horas. As medidas de prevenção são essenciais para redução deste evento adverso, devendo ser implantadas medidas de controle para padronização de ações. **Objetivo:** Identificar quais as medidas de enfermagem ajuda na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI. **Método:** Foi utilizada como estratégia metodológica a revisão integrativa de literatura, as buscas foram realizadas através das bases de dados LILACS e SciELO, utilizando os descritores em ciências da saúde. A amostra final foi constituída por 8 artigos, que obedeceram criteriosamente aos critérios de inclusão e exclusão, onde somente foram usados somente

artigos completos e publicados no recorte temporal de 2015 a 2020. **Resultados:** Das diversas medidas de profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica, a maioria são decorrentes dos cuidados dos enfermeiros, que possuem um papel influente na equipe multidisciplinar, atuando de forma importante no cuidado com a saúde e de forma decisiva na prevenção, fundamentada na comprovação prática dos cuidados de enfermagem. **Conclusão:** Pode-se concluir que o profissional de enfermagem merece destaque no que diz respeito a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, através da utilização de bundles, educação permanente e medidas simples e de baixo custo como a higienização das mãos. **PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; /Prevenção & Controle.

NURSING PRACTICES FOR PREVENTING PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION IN THE ICU

ABSTRACT: Pneumonia is an infectious process that occurs in the lung parenchyma, when associated with mechanical ventilation, it occurs in patients submitted to orotracheal intubation and mechanical ventilation for more than 72 hours. Prevention measures are essential to reduce this adverse event, and control measures must be implemented to standardize actions. **Objective:** To identify which nursing measures help prevent pneumonia associated with mechanical ventilation in the ICU. **Method:** The integrative literature review was used as a methodological strategy, searches were performed using the LILACS and SciELO databases, using the health science descriptors. The final sample consisted of 8 articles, which carefully followed the inclusion and exclusion criteria, where only full articles published in the time frame from 2015 to 2020 were used. **Results:** From the various measures of prophylaxis of pneumonia associated with mechanical ventilation, most are due to the care of nurses, who have an influential role in the multidisciplinary team, playing an important role in health care and decisively in prevention, based on the practical evidence of nursing care. **Conclusion:** It can be concluded that the nursing professional deserves prominence with regard to the prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation, through the use of bundles, permanent education and simple and low-cost measures such as hand hygiene.

KEYWORDS: Nursing Care; Pneumonia, Ventilator-Associated; /Prevention & Control.

1 | INTRODUÇÃO

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é um processo infeccioso

que ocorre no parênquima pulmonar e atinge pacientes com intubação orotraqueal em ventilação mecânica por mais 72 horas, na qual a infecção não existia antes do procedimento. Os pacientes que precisam do uso de ventilação mecânica já estão debilitados em decorrência da doença de base, tornando o sistema de defesa mais vulnerável, deixando essa clientela mais susceptível às infecções respiratórias, que possuem um alto índice de morbimortalidade (BARROS et al, 2015).

Sendo assim a PAVM é um dos efeitos adversos mais temidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido a sua grande incidência. No Brasil existe uma grande preocupação relacionada à PAVM, pois além de possuir uma alta taxa de mortalidade, traz grandes custos relacionados ao aumento do tempo de internação e do uso de antibióticos. Ela abrange de 10% a 15% das infecções hospitalares, sendo que de 20% a 50% dos afetados por esse tipo de pneumonia vão a óbito, devido a isto a prevenção torna-se de extrema importância (MEDEIROS; SILVA, 2016).

Considerando o alto índice de pacientes que precisam de Ventilação Mecânica (VM) na UTI, se faz necessária uma equipe de enfermagem capacitada para manuseio adequado referente à monitorização dos parâmetros ventilatórios, mobilização, coleta de secreções, aquecimento e umidificação dos gases inalados, assim como cuidados referentes às condições hemodinâmica do paciente visando a diminuição de efeitos adversos. A observação dos pacientes que fazem uso de VM se torna competência do enfermeiro, pois para uma boa evolução o paciente precisa de cuidados contínuos, capazes de identificar suas necessidades individuais (GOMES et al, 2018).

As medidas de prevenção são essenciais para redução da PAVM, devendo ser implantadas para controle e padronização de ações como aspiração traqueal, técnica adequada de incubação, manutenção do decúbito elevado do paciente e higienização correta das mãos, entres outros cuidados. A profilaxia se deve em grande parte à equipe de enfermagem, levando em consideração que a maioria dos cuidados com a ventilação são realizados pela equipe de enfermagem (VIEIRA et al, 2014).

Nesse contexto é preciso que o profissional de enfermagem esteja em contato com novos conhecimentos e técnicas, aprimorando suas habilidades em relação ao tema. A justificativa do presente baseia-se na importância das ações da equipe de enfermagem no controle de pneumonia associada a ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva, e teve como objetivo identificar quais as medidas de enfermagem ajudam na prevenção de PAVM na UTI.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, que teve sua

elaboração através de seis etapas, que são: a identificação do tema e seleção da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; a categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e a apresentação da síntese de conhecimento (BOTELHO et al., 2011).

Para definir a pergunta norteadora foi usada como ferramenta a estratégia de PICO, onde o “P” esta relacionado à população de estudo (No caso pacientes que fazem o uso de ventilação mecânica na UTI), o “I” está relacionado à intervenção utilizada (no caso as ações de enfermagem na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica), o “C” que não foi utilizado na metodologia da pesquisa (por não tratar de estudos comparativos), e o “O” que está relacionado ao desfecho de interesse (no caso identificar quais ações auxiliam na prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica na UTI). Sendo assim foi delimitada a seguinte pergunta norteadora: Quais ações de enfermagem ajudam na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva?

As buscas foram realizadas através das bases de dados (LILACS e SciELO, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem; pneumonia associada à ventilação mecânica; prevenção e controle, realizada no período de fevereiro de 2020.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível online e gratuitamente; publicados no recorte temporal de 2015 a 2020; redigidos em português; que respondessem à pergunta norteadora e que focassem nas ações de prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, monografias, reportagens, dissertação de mestrado, resenhas, carta ao editor e os artigos duplicados. A síntese de busca está apresentada na Tabela 1.

BASE DE DADOS	Nº ENCONTRADOS	Nº SELECIONADOS	Nº INCLUÍDOS
LILACS	36	09	04
SCIELO	15	10	04

Tabela 1. Amostragem de artigos conforme pesquisa em bases de dados científicas predefinidas. São Luís, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram identificados 15 artigos na SciELO e 36 na LILACS, que após os critérios de inclusão e exclusão restaram apenas 10 na SciELO e 9 na LILACS. Em seguida, os estudos foram lidos e analisados para estratificação de trechos que

respondiam ao objetivo da presente pesquisa. A amostra final foi constituída de oito artigos.

Os estudos foram explorados a propósito de atender o objetivo da revisão e assim foram dispostos de acordo com a base de dados, título, autores e principais resultados como se observa no Quadro 1.

Nº	BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS
E1	LILACS	Impacto de ação educativa na manutenção do decúbito elevado como medida preventiva de pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva	MANSANO et al, 2017	No presente estudo foi demonstrado aumento da adesão à recomendação de manter o decúbito elevado e concomitante redução na frequência de pneumonia, porém esses achados foram transitórios
E2	LILACS	Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica sob a ótica de acadêmicos de enfermagem	MARAN et al, 2019	Observou-se que as principais respostas assertivas foram intervenções referentes à higienização das mãos (94,9%), sedação do paciente (89,8%), higiene oral (86,4%) e posição da sonda nasotérica (83%).
E3	LILACS	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca da Prevenção e Medidas Educativas	MELO et al, 2019	Menos da metade dos profissionais demonstrou conhecimento suficiente em relação as praticas de prevenção da PAVM, e a grande maioria dos profissionais demonstraram interesse em capacitações.
E4	LILACS	Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica	LOURENÇONE, 2019.	A média da taxa de adesão às medidas preventivas da PAV pela equipe de enfermagem variou conforme a medida preventiva avaliada durante os seis meses
E5	SCIELO	Impactos e fatores determinantes no bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica	RODRIGUES et al, 2016.	observou-se aumento na incidência de PAV após implementação do bundle, diferente dos outros estudos.
E6	SCIELO	Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	ALECRIM et al, 2019.	O item com maior adesão foi a avaliação diária da sedação e redução sempre que possível, seguido da troca do circuito a cada 7 dias. A manutenção da pressão do cuff entre 20 e 30 mm H2O foi o item com menor adesão. A adesão ao conjunto completo apresentou conformidade em 20 das oportunidades.

E7	SCIELO	Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	BARROS et al, 2019	Foram observados 30 pacientes sob ventilação mecânica, totalizando 44 dias de observação, no qual foram realizadas 2.002 observações. No período do estudo, 3 (50%) práticas se mantiveram acima de 80% de adesão, demonstrando a importância de um monitoramento dos cuidados incluídos no bundle.
E8	SCIELO	Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem	CRUZ; MARTINS, 2019.	A verificação da pressão do cuff e a aspiração de secreções foram os procedimentos que registraram menor adesão. Verificou-se uma taxa de pneumonia associada à ventilação de 0,3%.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados por base de dados, título, autores, periódico e ano de publicação.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Visando um melhor entendimento em relação aos dados analisados ao longo desta revisão integrativa da literatura, formularam-se três categorias analíticas: conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das medidas de prevenção da PAVM na UTI; A utilização do *bundle* para prevenção de PAVM; e Principais ações de enfermagem que ajudam na prevenção de PAVM na unidade de terapia intensiva.

3.1 Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das medidas de prevenção da PAVM na UTI

A UTI é um local que possui diversos pacientes vulneráveis e susceptíveis a contrair infecções, sendo a pneumonia associada a ventilação mecânica uma das mais frequentes, com uma taxa de 9% a 67% dos pacientes submetidos a ventilação mecânica. A prevenção da PAVM pode diminuir esses índices, portanto se torna fundamental que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento de como realizar essa prevenção, levando em consideração que o enfermeiro na UTI possui contato direto com os procedimentos relacionados aos pacientes (MELO et al, 2019).

Para oferecer um atendimento de qualidade é necessário que os profissionais de enfermagem tenham amplo conhecimento teórico dos princípios da ventilação mecânica, mesmo que muitas vezes o ventilador seja manuseado por outros profissionais. Observa-se que é importante desde a graduação o profissional de enfermagem ter acesso ao aprendizado em relação às práticas para prevenção da PAVM, pois no estudo fica nítido que a turma que obteve um ensino de qualidade está mais preparada para lidar com questões referentes à prevenção (MARAN et al, 2019).

Mudanças na percepção e na cultura da segurança no cuidado dos pacientes

hospitalizados se mostram significativas no que se diz respeito a prevenção das infecções relacionadas ao cuidado, assim como o investimento em treinamentos e capacitação dos profissionais. De acordo com o estudo essa educação deve ser contínua para que os resultados não sejam transitórios, tornando as medidas de prevenção eficazes (MANSANO et al, 2017).

3.2 A utilização do bundle para prevenção de PAVM

Devido à grande incidência de PAVM muitas instituições fazem a implementação do *bundle*, um conjunto de medidas que tem como intenção a profilaxia da PAVM, e que possui como estratégia a realização de pequenas ações padronizadas na rotina das UTI's, afim de uniformizar as ações dos profissionais, que quando realizadas corretamente e em conjunto melhoram os resultados dos pacientes. Porém para que o *bundle* funcione é necessária a educação continuada dos profissionais antigos e novos da instituição, pois quando os responsáveis por realizar as medidas não as realizam de forma correta o efeito é o contrário do esperado, ou seja os índices de PAVM na UTI crescem, piorando os resultados dos pacientes (RODRIGUES et al, 2016).

A dificuldade da implementação do *bundle* hoje em dia está em garantir que a uniformidade das intervenções listadas tenha uma adesão satisfatória, em longo prazo, para serem usadas em conjunto com as outras medidas de prevenção, que devem ser embasadas em evidências de sua eficácia, levando em consideração o estado crítico dos pacientes. A rotina de desempenhar as práticas de prevenção da PAVM está se tornando cada vez mais frequente na assistência de enfermagem, esse acontecimento se deve a vigilância do cuidado e a educação dos profissionais da unidade de terapia intensiva (BARROS, 2019).

3.3 Principais ações de enfermagem que ajudam na prevenção de PAVM na unidade de terapia intensiva

Das diversas medidas de profilaxia da PAVM, a maioria é decorrente dos cuidados da equipe de enfermagem, que possui um papel influente na equipe multidisciplinar, atuando de forma importante no cuidado com a saúde e de forma decisiva na prevenção, fundamentada na comprovação prática dos cuidados de enfermagem (CRUZ; MARTINS, 2019).

O enfermeiro realiza diversos procedimentos na UTI, estando em contato direto com o paciente ele possui a responsabilidade de prevenir a PAVM através de suas ações, que dentre elas podemos destacar: a elevação da cabeceira em 30 a 45°; cuidados com o circuito do ventilador, fazendo a troca apenas quando visivelmente sujo ou com mau funcionamento; realização da higiene oral do paciente adequada; e a monitorização da pressão do balonete (cuff), a fim de evitar o comprometimento

da microcirculação traqueal decorrente da pressão excessiva e a passagem de secreção subglótica na pressão insuficiente. Medidas como estas tiveram sua eficiência comprovada nas UTI's (LOURENÇONE et al, 2019).

Também destaca-se como ação preventiva o uso da clorexidina, que apesar de já ser um cuidado imprescindível na UTI em pacientes submetidos a ventilação mecânica muitos profissionais acabam não utilizando. Em muitos casos isso ocorre por conta da falta de conhecimento dos profissionais em relação à eficácia desse método e o risco da não adesão para os pacientes internados, que ficam mais vulneráveis a contrair uma PAVM (ALECRIM et al, 2019).

4 | CONCLUSÃO

A pneumonia associada à ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva é de extrema preocupação, levando em consideração as altas taxas de incidência e morbimortalidade.

A equipe de enfermagem possui um papel de inestimável importância na prevenção, sendo que estes profissionais possuem contato direto com os pacientes críticos que fazem uso de ventilação mecânica, e tornam-se diretamente responsáveis por realizar ações que visem diminuir os riscos.

Portanto as ações realizadas pela equipe de enfermagem devem ser estimadas e adotadas pelos profissionais visando à diminuição da PAVM. Assim pode-se concluir que o profissional de enfermagem merece destaque no que diz respeito à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. A partir disso espera-se que esta revisão de literatura possibilite a compreensão dos leitores da importância das medidas de prevenção de eventos adversos, educação contínua e utilização de *bundles* que visem padronizar a assistência para evitar erros relacionados à assistência.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, R. X.; TAMINATO, M.; BELASCO A. G.; BARBOSA, D. A.; KUSAHARA, D. M.; FRAM, D., Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Acta Paul Enferm.** V. 32, n. 1, p.11-7, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201900003>.

BARROS, L. F. N. M.; ALMEIDA, S. C. A. M.; MAEDA, B.; DIOGO, D. B.; OLIVEIRA, J. A., orientações para a equipe de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 4, n. 2, p. 52-67, 2015.

BARROS, F. R. B. Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Cuid**, v. 10, n. 2, p. 746, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.746>.

CRUZ, J. R. M.; MARTINS, M. D. S., Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n 20, p. 87 - 96, JAN./FEV./MAR 2019.

DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18035>.

GOMES, F. A.; CARVALHO, E.M.; FERREIRA, J. N. M., Atribuições e dificuldades na assistência de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica invasiva: uma revisão integrativa. 2018. **Repositório UFU**. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24500/1/Atribui%C3%A7%C3%B5esDificuldadesAssist%C3%Aancia.pdf>. Acesso em 26 de mar de 2020.

LOURENÇONE, E. M. S.; BRANCO, A.; MONTEIRO, A. B.; FONSECA, J. P.; CAREGNATO, R. C. A., Adesão às medidas preventivas versus incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 2, maio 2019. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12596>.

MANSANO, F. P. N.; BELEI, R. A.; VINCI, L. A. S.; MELO, B. L. D.; CARDOSO, L. T. Q.; GARCIA, J. C. P.; CARRILHO, C. M. D. M.; EZAIAS, G. M.; GRION, C. M. C., Impacto de ação educativa na manutenção do decúbito elevado como medida preventiva de pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 1, p. 21-26, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.945>.

MARAN, E.; SPIGOLON, D. N., MELO, W. A., BARRETO, M. S., TOSTES, M. F. P., TESTON, E. F., Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica sob a ótica de acadêmicos de enfermagem. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n.1, p.118123, jan/mar 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.118-123>.

MEDEIROS, M. R. C.; SILVA, M. C. O., Cuidados de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa. **Carpe Diem: revista cultural e científica do UNIFACEX**, v. 14, n. 2, p. 74-85, 2016.

MELO, M. M.; SANTIAGO, L. M. M.; NOGUEIRA, D. L., et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca da Prevenção e Medidas Educativas. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. esp, p. 377-382, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.377-382>.

RODRIGUES, A. N.; FRAGOSO, L. V. C.; BESERRA, F. M.; RAMOS, I. C. Impactos e fatores determinantes no bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1045-51, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0253>.

VIEIRA, C. E. N. K.; ANDRADE, P. S.; ENDERS, B.C.; COURA, A. S.; ENDERS, B. C.; & DUTRA, M. O. M. Ações de enfermagem para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão sistemática. **Enfermería Global**, v. 13, n. 35, p. 338-361, 2014.

QUALIDADE DE VIDA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/05/2020

Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA.
Caxias - Ma. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4182139495145734>

Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA.
Caxias - Ma. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9915193601653792>

Monyka Brito Lima dos Santos

Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão
- UniFacema, Caxias - Ma. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6560552273096253>

Lea Sinimbu Macedo

Faculdade Aliança. Teresina - Piauí. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5566698559972266>

Silvania Maria Cunha do Nascimento

Centro Universitário Uninovafapi. Teresina - Pi.
E-mail: silvanamariacunha@gmail.com

Maria José Alves Vieira

Centro Universitário Uninovafapi. Teresina - Pi.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6617245480211829>

Rosa Alves de Macêdo

Centro Universitário Uninovafapi. Teresina - Pi.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1504326935478263>

Amanda Karoliny Meneses Resende

Universidade Estadual do Piauí - UESPI.
Teresina - Pi. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3126388137953689>

Rosalina Ribeiro Pinto

Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão
- UniFacema, Caxias - Ma.

Maria de Jesus Alves de Melo

Centro Universitário Uninovafapi. Teresina - Pi.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4328452526238862>

Telma Beatriz do Nascimento Sousa

Universidade Estadual do Piauí - UESPI.
Teresina - Pi. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3438111430906531>

Isabela Karyne Paz Pereira

Faculdade Santo Agostinho - Unifsa. Teresina - Pi.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8530458066271933>

RESUMO: O estudo objetivou avaliar a qualidade de vida da equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Municipal, da cidade de Caxias, MA, Brasil. Trata-se de um estudo de campo com caráter descritivo de abordagem quantitativa. O instrumento que possibilitou a coleta de dados foi o questionário SF-36, que contém dados de identificação e oito domínios que englobam seus 36 itens. Os dados coletados foram analisados mediante avaliação estatística com o auxílio do programa SPSS 18.0, um Programa Estatístico para as Ciências Sociais. Os resultados apontam que dos entrevistados, 06 eram enfermeiros e 20

técnicos em enfermagem, 42,3% possuíam faixa etária entre 20 a 30 anos, 23,1 % de 31 a 40 anos, 19,2 de 41 a 50 anos e com idade > 50 anos totalizaram 11,5%. Em relação ao tempo de serviço já vivenciado pelos profissionais, 34,6% possuíam de 2 a 5 anos, 23,1% entre 6 e 10 anos, 34,6 mais que 10 anos de serviço. Concluiu-se que a qualidade de vida (QV) pode ser entendida como um conjunto de fatores que envolvem o indivíduo e a influência que estes podem causar na vida de uma pessoa. Os resultados mostraram que a qualidade de vida desses profissionais em algum momento da sua trajetória chega a ser prejudicada, mas isso não provoca danos maiores à sua saúde, não interferindo assim nas atividades realizadas no ambiente laboral e na vida particular.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

QUALITY OF LIFE OF THE NURSING TEAM IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The study aimed to evaluate the quality of life of the nursing team that works in the Intensive Care Unit of Hospital Geral Municipal, in the city of Caxias, MA, Brazil. It is a descriptive field study with a quantitative approach. The instrument that enabled data collection was the SF-36 questionnaire, which contains identification data and eight domains that comprise its 36 items. The collected data were analyzed through statistical evaluation with the aid of the SPSS 18.0 program, a Statistical Program for Social Sciences. The results show that of the interviewees, 06 were nurses and 20 nursing technicians, 42.3% were aged between 20 and 30 years, 23.1% were between 31 and 40 years old, 19.2 were between 41 and 50 years old and aged > 50 years totaled 11.5%. Regarding the length of service already experienced by the professionals, 34.6% had between 2 and 5 years, 23.1% between 6 and 10 years, 34.6 more than 10 years of service. It was concluded that quality of life (QOL) can be understood as a set of factors that involve the individual and the influence that these can cause in a person's life. The results showed that the quality of life of these professionals at some point in their trajectory is even impaired, but this does not cause greater damage to their health, thus not interfering with the activities carried out in the work environment and in private life.

KEYWORDS: Quality of life. Intensive Therapy Unit. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se hoje, a importância de entender um pouco sobre a qualidade de vida (QV), estando ligada a autoestima e ao bem-estar pessoal, o que envolve uma série de aspectos. Em relação aos profissionais da área de saúde, a QV relacionada ao trabalho vem despertando crescente interesse, em vista do valor de fatores pessoais,

ambientais e organizacionais envolvidos no contexto do trabalho e sua relação com a qualidade da assistência prestada. Apesar disso, há carência de instrumentos que mensurem a necessidade e a satisfação desses profissionais no contexto da prática e percepção acerca do seu trabalho (KIMURA; CARANDINA, 2009).

Todos os setores hospitalares possuem grandes responsabilidades, principalmente a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde estão internados os pacientes em estado crítico, o que demanda mais esforços da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem. O cansaço físico que é reflexo da assistência e cuidados de enfermagem, somado ao desgaste mental advinda da relação com os familiares/pacientes que por muitas vezes acabam se envolvendo emocionalmente, são fatos que refletem diretamente na QV dos profissionais de saúde que atuam na UTI (PASCHOA et al., 2007).

A QV pode ser entendida como um processo onde se tem a necessidade de diminuir os anseios psicofisiológicos, é estar bem na condição física, social e mental. Para que isso ocorra é necessário que o indivíduo consiga atenuar vários fatores que possam lhe causar efeitos negativos, como por exemplo, a rotina diária que se segue correlacionada ao seu trabalho. Para tanto, objetivou-se avaliar a qualidade de vida da equipe de enfermagem que atua em uma UTI

A enfermagem, em especial, é a que se encontra mais ligada a esses pacientes e da mesma forma como em outras profissões na área da saúde, necessita de mensuração da QV dos funcionários, a fim de identificar referências objetivas e subjetivas originadas da própria prática e da visão dos auxiliares/técnicos e enfermeiros intensivistas no que tange ao seu trabalho no processo de QV, o que pode melhorar consideravelmente a assistência que estes profissionais exercem (KIMURA; CARANDINA, 2009).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo com caráter descritivo de abordagem quantitativa. Na pesquisa de campo, o objeto é abordado em seu ambiente próprio, onde a coleta de dados é feita em seu meio natural, sem intervenção por parte do pesquisador (SEVERINO, 2017).

O cenário de estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Municipal de Caxias Gentil Filho na cidade Caxias/MA. Participaram da pesquisa 26 profissionais de enfermagem, sendo 06 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, incluiu-se os trabalhadores da UTI que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e possuir mais de 01 anos de experiência, excluindo os que não atendiam aos critérios supracitados.

Os dados foram coletados em 2014, por meio da aplicação do questionário SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item short-Form Health Survey) e posteriormente submetidos ao agrupamento através do programa SPSS18.0 um Programa Estatístico para as Ciências Sociais. Dessa forma, obtiveram-se os escores para cada variável, sendo elas: idade, categoria profissional e tempo de serviço e os domínios do questionário: capacidade funcional, limitação por aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspectos emocionais e saúde mental.

Os aspectos éticos da pesquisa foram preservados, utilizando-se do TCLE, ademais, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, foi aprovado pelo CEP sob parecer nº 305.713 e CAAE: 08799212.4.0000.5554, obedecendo aos preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa conta com 06 enfermeiros (23,1%) e 20 técnicos de enfermagem (76,9%). Quanto à frequência dos participantes em relação as suas respectivas idades, a tabela 1 mostra que 42,3% possuíam faixa etária entre 20 a 30 anos, 23,1% de 31 a 40 anos, 19,2 de 41 a 50 anos e com idade > 50 anos totalizaram 11,5%. Em relação ao tempo de serviço já vivenciado pelos profissionais, 34,6% possuíam de 2 a 5 anos, 23,1% entre 6 e 10 anos, 34,6 mais que 10 anos de serviço, como mostra a tabela 1.

Categoria profissional	N	%
Enfermeiro	6	23,1
Técnico de Enfermagem	20	76,9
Faixa etária		
20 a 30 anos	11	42,3
31 a 40 anos	6	23,1
41 a 50 anos	5	19,2
>50 anos	3	11,5
Não respondeu	1	3,8
Tempo de serviço		
2 a 5 anos	9	34,6
6 a 10 anos	6	23,1
> 10 anos	9	34,6
Não responderam	2	7,7
Total	26	100

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, Caxias - MA, Brasil, 2020.

Fonte: Pesquisa direta, Unidade Terapia Intensiva do HGMC GF.

A diferença na quantidade de enfermeiros e relação aos técnicos de enfermagem é uma realidade comum em hospitais, onde a porcentagem de técnicos de enfermagem é superior à de enfermeiros e regulamentada pela Resolução COFEN Nº 189/96, que estabelece parâmetros para o quadro de profissionais de enfermagem de uma instituição de saúde, confirma em seu artigo 5º o quantitativo de pessoal do resultado obtido na pesquisa (COFEN, 2013).

Para que a saúde do trabalhador seja preservada é necessário que o quantitativo de profissionais esteja condizente com o número de clientes atendidos no serviço de unidade. A UTI onde se realizou o estudo oferece em cada plantão 1 enfermeiro para o setor e 1 técnico em enfermagem para cada dois pacientes. A resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, onde “dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.”, no seu artigo 14 afirma que são essenciais no mínimo 01 enfermeiro para cada 08 leitos e 01 técnico de enfermagem para cada 02 leitos em cada turno (BRASIL, 2010).

Dessa forma é possível notar que a instituição não está de acordo com a resolução quanto a quantidade de enfermeiros por leitos, uma vez que a UTI desta possui 1 profissional enfermeiro para 14 leitos. Quanto aos profissionais de nível médio, encontra-se adequado a necessidade do hospital, seguindo o que a resolução dispõe.

Garantir a qualidade do cuidado na UTI não depende apenas pela qualificação profissional, mas da quantidade disponível de profissionais, o número adequado de funcionários é premissa imprescindível para manter a qualidade da assistência prestada e para contribuir com a conservação de boas condições no ambiente laboral como também preservar a QV do profissional. Com o ideal quantitativo de enfermeiros e técnicos haverá menor incidência de danos à saúde dos pacientes e diminuição da carga excessiva de trabalho, refletindo diretamente na QV dos profissionais (INOUE; MATSUDA, 2009).

No quesito faixa etária, os entrevistados em sua maioria eram adultos jovens (42,3%), isso demonstra que a população de trabalhadores da UTI, campo de pesquisa, se difere dos resultados das pesquisas realizadas por Oler et al. (2005), onde a faixa etária predominante está entre 30 e 40 anos de idade.

Apesar da população analisada no estudo ser predominantemente de adultos jovens, um ponto que pode ser observado e que pode gerar consequência sobre a saúde do profissional de enfermagem, foi o fato de possuir trabalhadores >50 anos. O estudo de Martins (2002) obteve dados que demonstraram que os trabalhadores na faixa etária de 49 a 59 anos tiveram escores mais baixos em todos os domínios, o que remete uma QV insuficiente.

O tempo de atuação é um importante fator que pode induzir na sua QV, uma vez que depois de certo tempo, o indivíduo, por mais que esteja satisfeito

profissionalmente, necessita estar em uma fase de repouso e lazer, além está exposto há mais tempo às doenças ocupacionais. Dependendo da intensidade, do tempo e do campo de atuação, a rotina ao longo dos anos pode provocar danos à saúde, com o sofrimento aos acidentes de trabalho e às doenças adquiridas por conta do trabalho. Nesse contexto, é a equipe de que mais está vulnerável ao aparecimento desses agravos (LIMA, 2001).

O estresse ocupacional é decorrente das tensões associadas ao trabalho e à vida profissional e quanto à área de saúde, o enfermeiro e sua equipe realizam um trabalho que necessita de atenção, muitas vezes desempenha atividades com elevado grau de dificuldade e responsabilidade, constituindo fatores psicossociais que favorecem a presença do estresse no trabalho (ROCHA; MARTINO, 2010).

A tabela 2 abaixo, traz a relação dos escores obtidos para cada domínio/ dimensão do questionário SF-36. Observa-se que houve maior impacto no domínio “dor”, considerando a média apresentada de 52,12 e o menos afetado foi o domínio “saúde mental” (77,23), sendo o que mais se aproxima de 100. Os outros domínios compreendem entre 64,12 e 76,94 pontos. Em relação ao desvio padrão dos escores obtidos, o que teve menor pontuação foi o “estado geral de saúde” com 15,269 e o maior foi “aspectos emocionais” pontuando 33,675.

SF-36	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	75,00	23,152	30	100
Limitação por aspecto físico	73,08	32,344	0	100
Dor	52,12	23,692	20	84
Estado geral de saúde	64,12	15,269	20	85
Vitalidade	64,81	21,189	15	100
Aspecto social	74,04	22,892	25	100
Aspectos emocionais	76,94	33,675	0	100
Saúde mental	77,23	18,513	28	100

Tabela 2: Escores obtidos para cada domínio do questionário de qualidade de vida SF-36, Caxias - MA, Brasil, 2020.

Fonte: Pesquisa direta, Unidade Terapia Intensiva do HGMCGF.

O SF-36 é um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem da UTI. Esse questionário é composto por 11 questões constituídas por 36 itens, onde cada domínio gera uma pontuação de acordo com os itens relacionados a cada um, que segundo Ciconelli et al. (1999) varia de zero (equivale a pior estado de saúde) a 100 (equivale ao melhor estado de saúde). Os domínios trabalhados são: Capacidade Funcional (CF), Limitação por Aspecto Físico (LAF), Dor, Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade, Aspecto Social (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM).

Foram satisfatórios os resultados encontrados para cada uma das escalas CF, LAF, VT, AS, AE e SM, todas com 100 pontos, porém, as escalas de Dor e EGS atingiram apenas 84 e 85, respectivamente, o que não deixa de ser uma boa pontuação. Diferente deste resultado, o de Oler et al. (2005) obteve valores mínimo compreendendo entre 20 e 42 pontos e máximo de 100.

Ao analisar os resultados acima, observa-se que houve considerável impacto no domínio Dor, considerando a média apresentada de 52,12 pontos e o menos afetado foi o domínio Saúde Mental com 77,23 pontos, sendo o que mais se aproxima de 100 pontos. Os outros domínios compreendem uma média entre 60 e 80 pontos. O impacto em todos os domínios da escala do SF-36, sugerindo que a qualidade de vida dos profissionais pode ser comprometida em algum momento da sua vida, mesmo assim não sendo prejudicial à saúde.

Segundo Lima (2001), o trabalho em um ambiente hospitalar é considerado como estimulante, mas, ao mesmo tempo envolve diversas situações onde o profissional participa de atividades árduas e difíceis tanto para o paciente e familiar, como para a equipe, em especial a de enfermagem. Além de em muitos momentos ter que realizar atividades como andar por longos percursos, trabalhar horas em pé. O fato da “Dor” ser o domínio mais afetado pode estar relacionado ao desgaste físico e mental que estes profissionais são submetidos diariamente.

Os domínios aspecto físico e saúde mental, no estudo de Oler et al. (2005), apresentaram números semelhantes na porcentagem, sendo que 10% dos sujeitos apresentaram escores <50. Esse aspecto pode estar relacionado ao acometimento da saúde mental por conta do sofrimento psíquico, que muitas vezes se deve pelas longas jornadas de trabalho, ritmos acelerados de produção, grandes responsabilidades, entre outros.

Miranda et al. (2012) em seu trabalho sobre dor crônica em profissionais da enfermagem de uma UTI afirma que a dor está presente nos pesquisados, fala ainda que o estresse, a má postura e a realização de atividades físicas que exijam força podem resultar no aparecimento dessas dores, principalmente na cabeça e na coluna. Dessa forma, o autor citou que a dor em trabalhadores é um agente estressor que gera consequências negativas na vida de uma pessoa, agindo sobre os domínios físicos, psicológicos, bem como, em sua vida social.

Os resultados do questionário SF-36, confirmou-se que em todos os domínios ponderados se alcançou uma média que variou de 52 a 78 pontos, considerada adequada para a qualidade de vida, comparados a média para o estudo de 50 pontos. Em consonância, Oler et al. (2005) apresentou resultado semelhante, evidenciado pelos valores obtidos na pontuação dos 08 domínios avaliados, que se aproximam de 100 variando de 74 a 89 pontos na média, correspondendo a um melhor estado de saúde para sua amostra estudada.

Em relação ao desvio padrão, dos escores obtidos o que teve menor pontuação foi o Estado Geral de Saúde com 15,269 e o maior foram os Aspectos Emocionais pontuando 33,675. Temos então que o EGS se enquadra como o de melhor regularidade nos resultados, ou seja, esse domínio foi o que menos sofreu alterações não influenciando em uma má QV dos profissionais. Em contrapartida, os AE caracterizam uma razoável QV, por apresentarem maior dispersão em seu resultado.

O estado geral de saúde se refere à avaliação pessoal de maneira holística do indivíduo, que abrange a situação atual e as perspectivas futuras, assim como a resistência ao adoecer. Os aspectos emocionais, por sua vez, avaliam o quanto os problemas emocionais afetam o trabalho e outras atividades diárias, considerado a redução do tempo dedicado a eles, diminuição do rendimento e do cuidado no trabalho (MOTKE; FRANCO, 2003).

Em relação ao aspecto emocional, este pode interferir mesmo indiretamente na atuação do profissional de enfermagem, por isso é importante que os profissionais saibam lidar com seu estado emocional afim de não prejudicar no trabalho. Melara et al. (2006) diz que a UTI, ambiente de cuidados diferenciados, é um setor dinâmico, com muita tecnologia, portanto, um desafio para o profissional de enfermagem, que deve ter algumas características definidoras como segurança, qualificação, iniciativa e estabilidade emocional.

Seguido do AE está o domínio limitação por aspecto físico, com valor do desvio padrão bem semelhante (33,675 e 32,344, respectivamente). Motke e Franco (2003), explanam em seu trabalho que os AF analisam o grau em que a falta de saúde podem interferir no trabalho e atividades diárias fora dele, produzindo consequências como, por exemplo, um rendimento menor do que o desejado. As situações de desgaste físico e/ou emocional podem ser determinantes de alterações na qualidade de vida do trabalhador de saúde, geradas por pressão psicológica por parte dos familiares, pacientes e colegas de equipe, além da tensão a qual são submetidos quando em situação de atendimento de emergência.

A tabela 3 apresenta o conjunto de variáveis correlacionadas para a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI do Hospital Geral de Caxias, e para tal foi utilizado o coeficiente de Pearson que de acordo com Moore (2007) “mensura a direção e o grau da relação linear entre variáveis quantitativas”, ou ainda, o coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida de associação linear entre variáveis que se associam quando ambas guardam semelhanças na distribuição dos seus escores.

Questionários SF-36	Categoria profissional	Faixa etária	Tempo de Serviço
Capacidade funcional			
Correlação de Pearson	0,02 ^a	-0,392 ^b	-0,351 ^b
p-valor	0,922	0,047*	0,078**
Aspectos físicos			
Correlação de Pearson	0,399 ^b	0,082 ^a	-0,083 ^a
p-valor	0,044*	0,689	0,688
Dor			
Correlação de Pearson	0,337 ^b	0,182 ^a	0,053 ^a
p-valor	0,093**	0,373	0,798
Estado geral de saúde			
Correlação de Pearson	0,047 ^a	0,025 ^a	-0,004 ^a
p-valor	0,82	0,903	0,985
Vitalidade			
Correlação de Pearson	0,434 ^c	0,243 ^b	0,151 ^a
p-valor	0,027*	0,233	0,461
Aspectos sociais			
Correlação de Pearson	0,282 ^b	0,04 ^a	0,115 ^a
p-valor	0,164	0,845	0,576
Aspectos emocionais			
Correlação de Pearson	0,078 ^a	-0,324 ^b	-0,088 ^a
p-valor	0,705	0,106	0,67
Saúde mental			
Correlação de Pearson	0,017 ^a	0,108 ^a	0,127 ^a
p-valor	0,934	0,601	0,537

Tabela 3: Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do questionário SF-36 e características de qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI do Hospital Geral. Caxias – MA, Brasil, 2020.

*P-valor < 0,05; **P-valor < 0,10; ^a Correlação muito baixa (r = 0,00 a 0,200). ^b Correlação baixa (r = 0,200 a 0,400). ^c Correlação moderada (r = 0,400 a 0,600).

Fonte: Pesquisa direta, Unidade Terapia Intensiva do HGMC GF.

É possível perceber que ocorreu uma correlação moderada positiva e estatisticamente significativa (p-valor < 0,05) apenas entre o domínio vitalidade e a variável categoria profissional. Existe uma correlação muito baixa entre os domínios: estado geral de saúde e saúde mental, e as variáveis: faixa etária, categoria profissional e tempo de serviço. Esse resultado difere do estudo feito por Soárez et al. (2007), que em seus achados obteve a vitalidade como a correlação negativamente mais expressiva, que analisa o nível de energia e de fadiga de um indivíduo.

Esse resultado não corrobora com de Fernandes (2009), em seu trabalho sobre

análise da qualidade de vida segundo o questionário SF- 36, quanto a relação dos domínios e a profissão dos entrevistados, que apontou diferença estatisticamente significativa em três aspectos da qualidade de vida: estado geral da saúde, dor e aspectos sociais.

Quanto à faixa etária, seu estudo mostrou que nenhum dos oito domínios sofreu significativa variação (p -valor >0.05) e em relação ao tempo de serviço. Obteve diferença estatisticamente significativa somente no domínio estado geral de saúde, no qual os funcionários com tempo de serviço maior que 6 anos obtiveram significativa vantagem sobre os funcionários com tempo de serviço entre 3 e 6 anos.

Os dados obtidos apontam ainda que houve uma correlação inversa (negativa) entre a capacidade funcional e faixa etária (-0,392), capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral, aspectos emocionais e tempo de serviço (-0,351, -0,083,-0,004,-0,088, respectivamente); indicando que em um modelo estatístico que vise descrever o comportamento destes atributos estas variáveis devem ser consideradas. Tal achado demonstra que a capacidade funcional decresce com o aumento da faixa etária, assim como capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral, aspectos emocionais decrescem com o acréscimo do tempo de serviço.

A correlação positiva e significativa da categoria profissional pode ser observada nos domínios aspectos físicos (0,044, p -valor= $<0,05$), dor (0,093, p -valor= $<0,10$) e vitalidade (0,027 p -valor= $<0,05$) o que significa que os mesmos aumentam ou diminuem na mesma proporção. Vale ressaltar que dentre tais domínios o que apresentou menor índice médio positivo de correlação para todas as variáveis foi o EGS, sendo para este domínio a faixa etária a variável com menor relação (0,025) o que significa que quanto maior a faixa etária em que se encontra o profissional menor será seu estado de saúde.

Já no trabalho de Guitti (2006) foi possível verificar uma associação estatística significativa entre a variável demográfica, idade dos profissionais com o aspecto capacidade funcional, indicando que quanto maior a idade do cuidador, maior será o impacto na disposição e habilidade para executar tarefas físicas, quando forem necessárias.

No estudo realizado por Motke e Franco (2003), o domínio do SF-36 que se deparou mais comprometido entre os sujeitos analisados foi dor física caracterizada pela medida da intensidade da dor sentida e seu efeito no trabalho habitual e nas atividades diárias.

O significado deste dado pode ser explicado pelo fato de que a enfermagem é uma profissão que exige um grande trabalho corporal, onde o esforço físico é de suma importância para a realização deste trabalho, e isto pode interferir na capacidade funcional do sujeito, que pondera o grau das atividades físicas da vida diária, como o cuidado pessoal, caminhar. Dessa forma, quando a CF afeta a QV

consequentemente também é alterada.

A avaliação da qualidade de vida conforme a profissão apresenta uma correlação positiva e significativa da categoria que pode ser observada nos domínios: aspectos físicos (0,044, p-valor= $<0,05$), dor (0,093, p-valor= $<0,10$) e vitalidade (0,027, p-valor= $<0,05$) o que significa que existe uma proporcionalidade entre a categoria profissional a que o indivíduo pertence e os escores obtidos com base na análise destes domínios, ou seja, os mesmos aumentam ou diminuem na mesma proporção.

Acerca disto, Coelho Neto e Garbaccio (2008), afirmam que o trabalho expõe os profissionais a situações extremamente estressantes e desgastantes, o que afeta diretamente a vitalidade dos mesmos. O estresse e a dor são consequência de uma redução da qualidade de vida no trabalho, o que pode ser ocasionado pela insegurança sobre perspectivas futuras do emprego, em função de extensas jornadas de trabalho, esforço para equilibrar profissão e família, além de lidar com o sofrimento e a morte, geralmente trabalham, em condições longe do ideal, falta de reconhecimento profissional e a baixa remuneração.

Essas condições podem interferir na saúde do trabalhador e levar ao adoecimento, que por vez, poderá refletir em dores agudas e crônicas e comprometimento físico geral, o que abala a qualidade de vida. Além disso, pode prejudicar a qualidade da assistência prestada, pois uma vez que o profissional não se encontra em bom estado de saúde não poderá prestar cuidados com mais dedicação e satisfação.

Conforme Miranda et al. (2012), a prevalência de dor crônica é elevada entre os trabalhadores de enfermagem na UTI, e essa dor incomoda e interfere nas atividades cotidianas diárias em vários aspectos da vida, como profissão, sono/repouso, humor, capacidade de concentração, habilidades cognitivas e nos relacionamentos, refletindo na diminuição da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem.

Diante dos resultados encontrados no estudo realizado por Cordeiro (2012), pode-se afirmar que a QV é mediada pela saúde e pelo trabalho envolvendo a vida de um ser humano como um todo, em seus vários aspectos. Em seu estudo, nota-se que os profissionais de enfermagem apresentam parâmetros de QV aceitáveis. E os demais fatores interferentes na QV desses profissionais consistem na baixa renda salarial, riscos ocupacionais, duplicidade de empregos, condições laborais precárias, ausência de cursos de capacitação, acúmulo de atividades, pouco tempo para o lazer, interferência do trabalho na vida familiar e sofrimento psíquico.

4 | CONCLUSÃO

Na compreensão da qualidade de vida da equipe de enfermagem, o estado geral de saúde se mostrou afetado quando analisado o desvio padrão e o menos afetado foi o domínio que fala sobre os aspectos emocionais. Este fato pode ser em

decorrência de que apenas o domínio dor se mostrou prejudicado e em pequena proporção, não afetando holisticamente a vida dos trabalhadores. Quanto ao domínio menos afetado, sugere que apesar de a UTI ser um ambiente estressante, os profissionais conseguem desenvolver habilidades que envolvam situações onde se depara com sofrimento alheio.

A tabela de correlação de Pearson e o instrumento utilizado demonstraram que dimensões que sofreram variação foram capacidade funcional quando relacionada a faixa etária, uma vez que a medida que idade aumenta a capacidade funcional decresce, evidenciado pela existência de correlação inversa. Por outro lado, o aspecto físico, a dor e a vitalidade apresentaram correlação positiva, ou seja, à medida que uma cresce a outra também se eleva. Dessa forma percebe-se que a idade é um fator que pode provocar alterações no desempenho de um indivíduo, mas este fato não influencia numa má qualidade de vida.

Os domínios mais afetados foram da dor, estado geral de saúde e capacidade funcional, porém, todos em pequenas dimensões, o que é satisfatório. Dessa forma, é possível considerar que a qualidade de vida dos profissionais que atuam em um UTI por mais que exija vários aspectos, quando em boas condições de trabalho, não prejudica a qualidade de vida do profissional nem no que tange a sua vida particular nem as suas atividades desenvolvidas no ambiente laboral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2010.

CICONELLI, R. M., et al. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 39, n. 3, 1999.

COFEN - Conselho Federal em Enfermagem. **Portal do COFEN/Resoluções.** Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/resolucao>> Acesso em: 22 jun 2018.

CORDEIRO, T. M. S. C. e. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Rev Bras Qualidade de Vida**, v. 04, n. 01, p. 36-46, 2012.

COELHO NETO, N. M; GARBACCIO, J. L. O estresse ocupacional no serviço de Enfermagem hospitalar: reconhecimento e minimização. **Interseção** v.1, n.2, p:71-81, 2008.

FERNANDES, I. I. B.; VASCONCELOS, K. C. de; SILVA, L. L. L. da. **A análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 nos funcionários da gerência de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade da Amazônia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Fisioterapia. Amazônia, 2009.

GUITTI, A. C. W. **Comparação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pacientes**

com epilepsia do lobo temporal e epilepsia mioclônica juvenil. (Mestrado), Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Neurologia. SP, 2006.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev Eletr Enf**, v. 11, n. 1, p. 55-63, 2009.

KIMURA, M; CARANDINA, D.M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. **Rev. esc. enf. USP**, n. 43(spe), p:1044-1054, 2009.

Lima Junior, J. H. V.; ESTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Rev. adm. Empres.** São Paulo. v. 41 n.3 p:20-30, 2001.

MARTINS, M. M. **Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais em Enfermagem no Trabalho em Turnos.** 2002. Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

MELARA, S. V. G. et al. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arq Ciênc Saúde**, v 13, n 3, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v 5 n.1 p:7-18, 2000.

MIRANDA, N. A. et al. Dor crônica em trabalhadores de Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **J Nurs Health**, v. 2, n. 1, p. 50-62, 2012.

MOORE, D. S. **The Basic Practice of Statistics.** New York, Freeman. 2007

MOTKE, M. B.; FRANCO; G. P. Qualidade de vida em saúde da equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Contexto & Saúde Editora Unijuí**, v.3, n.5, p:129-148, 2003

OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico. **Arq Ciênc Saúde**. V. 12, n.2, p. 102-110, 2005.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, v. 20 n. 3 p:305-310, 2007.

ROCHA, M. C. P. da; MARTINO, M. M. F. de. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, Campinas, v. 44, n. 2, p. 280-286, jun, 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 2ed. SP: Cortez, 2017.

SOÁREZ, P. C. et al. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. **Rev. Panam Salud Publica**, v.22 n.1 p:21-28, 2007.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/ UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoría de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Assistência 3, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 54, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 85, 89, 90, 92, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 104, 105, 106, 110, 114, 132, 137, 138, 141, 143, 147, 149, 153, 158, 159, 163, 166, 169, 170, 174, 180, 182, 184, 185, 187, 188, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 212, 214, 217, 218, 219, 220, 228, 229, 230, 233, 235, 241, 242

Assistência Hospitalar 62, 64

Atendimento 14, 22, 33, 34, 44, 63, 68, 71, 78, 95, 99, 129, 137, 142, 144, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 163, 173, 174, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 207, 211, 227, 238

C

Cardíaca 88, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 209, 212

Centro Cirúrgico 13, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 89, 243

Cirurgia Bariátrica 75, 76, 77, 78, 82, 83, 85, 86, 87

Cirurgia Cardíaca 88, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116

Conhecimento 2, 3, 9, 11, 15, 16, 26, 27, 28, 31, 32, 37, 38, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 62, 63, 66, 70, 71, 74, 76, 77, 82, 85, 88, 90, 93, 94, 114, 124, 131, 132, 135, 140, 149, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 163, 166, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 199, 206, 207, 208, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 221, 225, 226, 227, 229, 230

Controle 8, 25, 38, 58, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 90, 91, 95, 96, 99, 100, 101, 106, 108, 111, 113, 115, 131, 133, 134, 143, 144, 159, 172, 174, 196, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 230

Coronariana Aguda 16, 199, 200

Criança 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163

Crítico 11, 12, 13, 16, 20, 118, 119, 123, 183, 201, 233

Cuidados 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 26, 32, 34, 35, 36, 44, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 63, 66, 68, 73, 75, 78, 85, 88, 89, 91, 93, 95, 96, 98, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 113, 116, 119, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 160, 165, 166, 170, 171, 176, 179, 181, 182, 184, 186, 187, 189, 190, 201, 213, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 233, 238, 241

Cuidados de Enfermagem 2, 4, 6, 44, 63, 85, 89, 93, 102, 116, 123, 124, 171, 187, 213, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 233

Cuidados Paliativos 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 66, 73, 126, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 136, 138, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 170

Custos 8, 32, 44, 53, 54, 55, 57, 59, 60, 99, 106, 114, 149, 165, 167, 170, 224

D

Diagnóstico 11, 12, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 65, 69, 72, 92, 108, 114, 127, 137, 141, 155, 167, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 214, 216, 218

Diagnósticos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 63, 69, 104, 110, 112, 113, 116, 199, 200, 202, 203, 206, 207, 208, 209, 211, 212

E

Educação 8, 33, 37, 39, 51, 67, 71, 76, 77, 78, 85, 86, 96, 115, 126, 129, 136, 144, 149, 152, 172, 184, 188, 189, 190, 194, 215, 218, 221, 223, 228, 229

Efetividade 26, 36, 75, 76, 77, 154, 195

Emergência 7, 18, 66, 73, 98, 99, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 192, 194, 198, 238, 243

Enfermeiro 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 66, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 84, 88, 90, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 115, 116, 122, 123, 124, 142, 148, 152, 159, 162, 164, 166, 169, 172, 173, 174, 175, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 207, 218, 221, 222, 224, 227, 228, 235, 236, 243

F

Ferida 89, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 168, 180, 182, 183, 184, 185

G

gerência 4, 5, 25, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 48, 66, 74, 197, 242

Gerência 2, 25, 27, 28, 40

I

Infecção 15, 19, 21, 22, 34, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 208, 209, 211, 213, 214, 217, 218, 219, 220, 224, 230

Interações 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125

L

Lesão 19, 92, 98, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 208, 210, 211

M

Medicamentosas 57, 92, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125

Metodologia 3, 14, 17, 20, 21, 25, 27, 42, 43, 45, 48, 53, 55, 88, 93, 104, 107, 108, 126, 132, 140, 143, 146, 175, 190, 195, 200, 202, 203, 207, 215, 225, 233, 243

O

Oncológica 126, 137

P

Paciente 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 44, 49, 54, 57, 58, 63, 67, 68, 69, 75, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 106, 112, 113, 118, 119, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 132, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 173, 179, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 193, 195, 196, 199, 201, 204, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 217, 220, 224, 226, 228, 230, 237

Pancreatite 17, 18, 19, 21, 22, 23

Pediátricas 156, 157, 160, 161, 163

Pensamento 11, 12, 13, 16, 36, 74, 137, 201, 220

Pneumonia 109, 158, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230

Pós-operatório 84, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116

Pressão 35, 84, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 209, 210, 226, 227, 228, 229, 238

Prevenção 6, 14, 22, 54, 76, 84, 85, 88, 89, 92, 94, 95, 99, 100, 101, 108, 113, 114, 115, 116, 122, 136, 137, 141, 145, 159, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 195, 197, 199, 207, 213, 215, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230

Q

Qualidade 6, 9, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 54, 58, 59, 71, 75, 77, 82, 85, 86, 88, 89, 93, 95, 100, 105, 119, 123, 124, 126, 129, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 154, 157, 169, 170,

174, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 196, 197, 198, 201, 227, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243

R

Risco 15, 88, 97, 103, 115, 168, 171, 207, 208, 209, 211

S

Saúde 1, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 68, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 153, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 176, 178, 180, 187, 190, 192, 195, 197, 199, 201, 204, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 228, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243

Segurança 27, 29, 35, 36, 39, 40, 44, 89, 90, 100, 101, 118, 119, 125, 139, 145, 151, 154, 165, 170, 189, 196, 208, 220, 227, 238

Síndrome 16, 18, 22, 84, 92, 124, 155, 199, 200, 203

T

Tecnologia 32, 76, 78, 86, 96, 141, 231, 238

Teorias 42, 43, 45, 49, 51, 63, 73, 93, 201

U

Unidade de Terapia Intensiva 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 32, 53, 55, 57, 58, 60, 65, 67, 72, 118, 119, 120, 125, 128, 147, 167, 170, 172, 175, 176, 177, 181, 185, 186, 187, 189, 199, 220, 221, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 243

Urgência 19, 66, 73, 90, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 192, 193, 195, 198

UTI 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 19, 22, 54, 57, 98, 101, 109, 115, 119, 121, 122, 161, 164, 165, 167, 169, 171, 187, 190, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 214, 215, 220, 222, 224, 225, 227, 228, 229, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243

V

Ventilação Mecânica 109, 112, 167, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230

Vida 3, 9, 35, 36, 54, 58, 59, 77, 78, 85, 86, 88, 89, 97, 105, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 162, 167,

184, 188, 193, 194, 196, 198, 201, 204, 215, 231, 232, 233, 236, 237, 238, 239, 240, 241,
242, 243

 **Atena**
Editora

2 0 2 0