



Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem

2

*Sílène Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)*

*Tecnologia e Inovação
para o Cuidar em
Enfermagem*
2

Sílène Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 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
 Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
 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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 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
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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 Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
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
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª 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
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
 Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
 Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
 Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
 Profª 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
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
 Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof. Me. Gustavo Krah – Universidade do Oeste de Santa Catarina
 Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
 Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
 Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
 Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
 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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Prof. Dr. Kápio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 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. Dr. 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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T255 Tecnologia e inovação para o cuidar em enfermagem 2 /
Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-495-5

DOI 10.22533/at.ed.955201610

1 Enfermagem. I. Barbosa, Silene Ribeiro Miranda
(Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem” é uma obra que retrata as discussões científicas diante das experiências diárias da enfermagem, dividido em capítulos que nortearam a aplicabilidade da ciência do cuidado.

O objetivo da proposta foi apresentar a coleção com assuntos atualizados de caráter informativo e gerador de reflexões visando o crescimento profissional. O contexto fundamenta as discussões, desde os cuidados de enfermagem, dentro da assistência hospitalar e da Atenção Primária Básica de Saúde (UBS), passando pela educação em saúde e por fim, e não menos importante, na enfermagem contemporânea, atualizando a proposta da oferta de ações e cuidados de enfermagem.

Os trabalhos estão divididos em três volumes a fim de subsidiar as informações, contextualizando junto à praticidade do cuidado. A apresentação dos conteúdos demonstra a evolução do conhecimento em consonância com a praticidade da oferta do cuidado.

A enfermagem contemporânea configura na preocupação com a saúde e na qualidade de vida profissional, assim como na oferta e na expansão dos cursos, com metodologias inovadoras de ensino e suas repercussões. O tema Educação em Saúde retrata ações em saúde que possibilitam a melhora individual e profissional que repercutiram na conduta profissional. O tema Cuidado em Enfermagem deslancha experiências contextualizadas que fortaleceram a dinâmica da assistência de enfermagem, tanto a nível Hospitalar quanto em nível de Atenção Básica.

Assim sendo, a obra Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem, traz fundamentalmente os resultados diante das oportunidades e das experiências vivenciadas pelos autores, embasados cientificamente. A conhecer a dedicação e fundamentação da Editora Atena por um material de qualidade é que destaco a confiabilidade na contribuição do conhecimento.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLIENTES POLITRAUMATIZADOS NO ÂMBITO INTRA-HOSPITALAR – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Renato Ferreira Negrão
Rauane Rodrigues Teixeira
Cristiane Cavalcante Amorim
Taline Monteiro Barros
Geovana Ribeiro Pinheiro
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.9552016101

CAPÍTULO 2..... 6

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A IMPORTÂNCIA E OS BENEFÍCIOS DA LÁVAGEM DAS MÃOS ANTES DO CONSUMO DE ALIMENTOS

Nayanne Victória Sousa Batista
Narla Daniele de Oliveira Souza
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira
Erika Evelyn da Costa
Maria Jussara Medeiros Nunes
Marcelino Maia Bessa
Karline Kelly da Silva
Lucas Souza Leite
Thaina Jacome Andrade de Lima
Flávio Carlos do Rosário Marques
Maria Valéria Chaves de Lima
Francisco Clebyo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.9552016102

CAPÍTULO 3..... 12

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS LESÕES TRAUMÁTICAS PÓS-CIRÚRGICAS NA PERSPECTIVA DA ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Danielle Bezerra Cabral
Daniela Cristina Zanovelo
Larissa Gabriella Schneider
Jacira Batista de Oliveira
Renata Mendonça Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.9552016103

CAPÍTULO 4..... 24

APLICAÇÃO DA FERRAMENTA SENTIMENTOGRAMA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM ADOLESCENTES

Gabriela Silva dos Santos
Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Cosme Sueli de Faria Pereira
Dirlei Domingues dos Santos

Felipe Baima dos Santos
Alison Malheiros de Castro
DOI 10.22533/at.ed.9552016104

CAPÍTULO 5..... 32

AS DIMENSÕES ASSISTIR E GERENCIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Sarah Masson Teixeira de Souza
Beatriz Francisco Farah
Fernanda Esmério Pimentel
Juliana Nazaré Bessa-Andrade
Nádia Fontoura Sanhudo
Herica Dutra Silva
Maria Tereza Ramos Bahia
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Thays Silva Marcelo

DOI 10.22533/at.ed.9552016105

CAPÍTULO 6..... 48

AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: ERROS E CUSTOS

Adam Carlos Cruz da Silva
Vivian Schutz

DOI 10.22533/at.ed.9552016106

CAPÍTULO 7..... 57

ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO ALEITAMENTO MATERNO

Rebecca Camurça Torquato
Ana Paola de Araújo Lopes
Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares
Kesia Cartaxo Andrade
Maria Solange Nogueira dos Santos
Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva
João Emanuel Pereira Domingos
Lidiane do Nascimento Rodrigues
Aliniana da Silva Santos
Edna Maria Camelo Chaves

DOI 10.22533/at.ed.9552016107

CAPÍTULO 8..... 66

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E O DIREITO À SAÚDE: A ADVOCACIA DO PACIENTE

Eloá Carneiro Carvalho
Helena Maria Scherlowski Leal David
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella
Sheila Nascimento Pereira de Farias
Bruno Soares de Lima
Karla Biancha Silva de Andrade

Sandra Regina Maciqueira Pereira
Samira Silva Santos Soares
Midian Oliveira Dias
Carolina Cabral Pereira da Costa
DOI 10.22533/at.ed.9552016108

CAPÍTULO 9..... 78

AUDITORIA DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO EDUCACIONAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Gislaine Saurin
Fernada Braga Azambuja
Anelise Ferreira Fontana
Jeane Cristine de Souza da Silveira

DOI 10.22533/at.ed.9552016109

CAPÍTULO 10..... 86

AUTOESTIMA E SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA OFICINA TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Valéria da Silva Matos Lima
Deylane Abreu dos Santos
Naiara de Jesus Teles Gonçalves
Whellen Auxiliadora Lobato Silva
Brenda do Socorro Gomes da Cunha

DOI 10.22533/at.ed.95520161010

CAPÍTULO 11..... 93

AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DAS MÍDIAS SOCIAIS PARA ORIENTAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

Ana Heloísa Lopes da Silva
Luana Lucas dos Santos
Reginaldo Dias
Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz

DOI 10.22533/at.ed.95520161011

CAPÍTULO 12..... 99

GERENCIAMENTO DA DOR E ESTRESSE NO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Ana Carolina Santana Vieira
Anne Laura Costa Ferreira
Anyele Albuquerque Lima
Beatryz Rafaela Santos Lima
Bruna Luizy dos Santos Guedes
Camila Thayná Oliveira dos Santos
Izabelly Carollynny Maciel Nunes
Ingrid Martins Leite Lúcio
Lara Tatyane Ferreira Santos Honório
Luana Cavalcante Costa Ferraz
Rossana Teotônio de Farias Moreira

DOI 10.22533/at.ed.95520161012

CAPÍTULO 13.....113

IMPACTO DA ESTOMIA INTESTINAL PARA A SEXUALIDADE DA PESSOA ESTOMIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Viviane da Silva de Santana

Suellen da Silva Nascimento Rosa

Ariane da Silva Pires

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Ellen Marcia Peres

Lidiane Passos Cunha

Albert Lengruber de Azevedo

Deyvyd Manoel Condé Andrade

Kelly Cristina Freire Doria

DOI 10.22533/at.ed.95520161013

CAPÍTULO 14..... 127

MÉTODO CUMBUCA: UMA PROPOSTA DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ligia Lopes Ribeiro

Nathália Telles Paschoal Santos

Elizabete da Silva Dantas de Jesus

José Wáttylla Alves dos Santos Paiva

Paula Taciana Soares da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.95520161014

CAPÍTULO 15..... 134

NURSE PERFORMANCE IN HEALTH EDUCATION: LITERATURE REVIEW

Ilka Kassandra Pereira Belfort

Pablo Mafra Silva

DOI 10.22533/at.ed.95520161015

CAPÍTULO 16..... 149

O OLHAR DE ENFERMEIROS SOBRE PESQUISA QUANTITATIVA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Isadora Caldeira Belini

Heloisa Campos Paschoalin

Rosangela Maria Greco

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Denise Cristina Alves de Moura

Rejane da Silva Rocha

Caio César Batista Andrade

DOI 10.22533/at.ed.95520161016

CAPÍTULO 17..... 155

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES

Werbeth Madeira Serejo

Wanberto dos Reis Pinto
Wemerson Campos Furtado
Jaíron dos Santos Moraes
Igor Ricardo de Almeida Vieira
Cleidiane Cristina Sousa da Silva de Oliveira
Márcia Fernanda Brandão da Cunha
Marina Apolônio de Barros Costa
Rafael Rocha de Melo
Hedriele Gonçalves de Oliveira
Nathália Cristina Ribeiro Pinheiro Silva
Raylena Pereira Gomes

DOI 10.22533/at.ed.95520161017

CAPÍTULO 18..... 164

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIAS VISANDO O AUTOCUIDADO NO DOMICÍLIO

Natália Machado Passos da Silva
Rafaele de Oliveira Santos
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Ariane da Silva Pires
Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves
Carlos Eduardo Peres Sampaio

DOI 10.22533/at.ed.95520161018

CAPÍTULO 19..... 176

PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE PAPILOMAVÍRUS HUMANO E A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

Antônia Samara Pedrosa de Lima
Alyce Brito Barros
José Rafael Eduardo Campos
Sabrina Martins Alves
Maria Leni Alves Silva
Petrúcyra Frazão Lira
Emanuel Cardoso Monte
Thayná Bezerra de Luna
Francisco Rafael Soares de Sousa
Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

DOI 10.22533/at.ed.95520161019

CAPÍTULO 20..... 189

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Mallany Lurya dos Santos Miranda
Tatiana Peres Santana Porto Wanderley
Guiomar Virginia Vilela Assunção de Toledo Batello
Marcia Pessoa de Sousa Noronha

DOI 10.22533/at.ed.95520161020

CAPÍTULO 21..... 200

RECONHECIMENTO DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA POR ENFERMEIRAS NA EMERGÊNCIA: ESTRATÉGIAS E CUIDADOS

Jéssica Costa da Silva Sena
Juliana de Oliveira Freitas Miranda
Rebeca Pinheiro Santana
Keize Araújo de Oliveira Souza
Maricarla da Cruz Santos
Thaiane de Lima Oliveira
Francisca Claudia Pinheiro Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.95520161021

CAPÍTULO 22..... 217

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS MULTIDISCIPLINARES PARA GESTANTES EM UMA PERSPECTIVA DE CUIDADO AMPLIADO

Deylane de Melo Barros
Marystella Dantas Magalhães
Jaira dos Santos Silva
Layana Maria Melo Nascimento
Laiz Alves Coutinho
Hallyson Leno Lucas da Silva
Mariza Inara Bezerra Sousa
Mayron Raphael Pereira Viana
Ayla Cristina Rodrigues Ramos da Costa
Thalita de Moraes Lima
Mayna Maria de Sousa Moura
Francisco Lucas de Lima Fontes

DOI 10.22533/at.ed.95520161022

CAPÍTULO 23..... 228

USO DO TELEMONITORAMENTO E Telenfermagem como estratégia de cuidado ao paciente crônico ambulatorial durante a pandemia COVID-19

Alessandra Sant'Anna Nunes
Alyne Corrêa de Freitas Reis
Ariane da Silva Pires
Bruna de Jesus Freitas
Carla Tatiana Garcia Barreto Ferrão
Cíntia Araújo Duarte
Eugenio Fuentes Pérez Júnior
Fernanda Henriques da Silva
Kelly dos Santos Silva Pêgas
Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos
Rachael Miranda dos Santos
Raíla de Souza Santos

DOI 10.22533/at.ed.95520161023

CAPÍTULO 24..... 241

VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ellen Marcia Peres
Helena Ferraz Gomes
Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves
Gabriela Porto Salles de Assis
Dayana Carvalho Leite
Priscila Cristina da Silva Thiengo Andrade
Ariane da Silva Pires
Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires
Inez Silva de Almeida
Andréia Jorge da Costa
Karine do Espírito Santo Machado
Gabriela Francisco Silva

DOI 10.22533/at.ed.95520161024

SOBRE A ORGANIZADORA..... 255

ÍNDICE REMISSIVO..... 256

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLIENTES POLITRAUMATIZADOS NO ÂMBITO INTRA-HOSPITALAR – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/10/2020

Renato Ferreira Negrão

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

Rauane Rodrigues Teixeira

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

Cristiane Cavalcante Amorim

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

Taline Monteiro Barros

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

Geovana Ribeiro Pinheiro

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

Leandro Silva Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus -AM, Brasil

RESUMO: Objetivo: Elencar a importância da capacitação da equipe de enfermagem nos âmbitos emergências, preparando-os para politraumas, melhorando em eficiência teórica e prática. Com objetivo de identificar as dificuldades e eventos evitáveis proporcionando atendimento qualificado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, realizada nos bancos de dados: SCIELO, BVS-MS, SOBECC e ANVISA. Os descritores utilizados foram: “politraumas”, “assistência

de enfermagem”. O período delimitado compreendeu 2000 a 2020. Com critérios de inclusão e exclusão definidos, encontrou-se um total de 30 artigos e 7 foram selecionados para o estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Importância, Enfermagem, Politrauma e Intra-hospitalar.

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE FOR POLYTRAUMA PATIENTS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT – AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: List the importance of training the nursing team in emergencies, preparing them for multiple traumas, improving theoretical and practical efficiency. In order to identify difficulties and avoidable events, provide a qualified service. **Method:** This is a bibliographic search, of the type integrative review, carried out in the databases: SCIELO, BVS-MS, SOBECC and ANVISA. The descriptors used were: “polytrauma”, “nursing care”. The delimited period comprised 2000 to 2020. With defined inclusion and exclusion criteria, a total of 30 articles were found and 7 were selected for the study.

KEYWORDS: Importance, Nursing, Polytrauma and In-Hospital.

INTRODUÇÃO

De acordo com Organização Pan-americana de Saúde (OPAs), atualmente por ano temos 5,8 milhões de óbitos por clínicas como AIDS, malária e tuberculose sendo, a mortalidade por politrauma cerca de 10%

dos óbitos, de acordo com tais dados a tendência ao mesmo é duplicar até 2030. Traumas hoje correspondem a maior parte de incapacitações permanente, tais ocorrem em sua maioria em clientes de 5 a 44 anos, ou seja, em crianças, jovens e adultos mais novos, mostrando o cuidado que existe nos tempos atuais com idosos e quedas. Dados obtidos das OPAs mostram que na faixa etária entre 15 a 29 anos temos traumas por trânsito mais frequentes sendo consecutivamente, seguido por homicídios, suicídios, afogamentos e queimaduras. No Brasil, politraumas ocasionados por acidentes de trânsito continuam elevando-se, representando uma taxa acerca de 22,3 óbitos por 100 mil habitantes¹.

A partir dos anos 80 iniciou-se capacitações de inúmeros profissionais que atuavam diretamente no atendimento emergencial, em 1985 criou-se a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET), sendo a primeira associação relacionada. Atualmente no Brasil existem inúmeros tipos de cursos e especializações voltados às práticas emergenciais de média e curta duração, são elas, PHTLS (Pre Hospitalar trauma life support), ATLS (advanced trauma life support) e TLSN (trauma life support for nurses). Tais cursos harmonizam o conhecimento teórico com o prático favorecendo a atuação da equipe de enfermagem na evidência de emergências traumáticas interagindo de forma favorável à equipe multiprofissional².

Há características agravantes em nosso país relacionado à economia individual, que faz com que a população não tenha interesse na procura de promoções básicas de saúde, observa-se que casos como esses também sejam frutos de uma boa política de saúde não bem aplicada³.

Com isso, presentemente, as emergências encontram-se sobrecarregadas pelo fato de haver falta de caracterização, dito isto, é corriqueiro vermos casos não emergenciais, contribuindo para superlotação do sistema público, podendo-se assim diminuir a quantidade de pessoas atendidas com reais emergências e politraumas^{2,3}.

OBJETIVO

Elencar a importância da capacitação da equipe de enfermagem nos âmbitos emergências, preparando-os para politraumas, melhorando em eficiência teórica e prática. Com objetivo de identificar as dificuldades e eventos evitáveis proporcionando assim um atendimento qualificado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, realizada nos bancos de dados: SCIELO, BVS-MS, SOBECC e ANVISA. Os descritores utilizados foram: “politraumas”, “assistência de enfermagem”. O período delimitado compreendeu 2000 a 2020. Com critérios de inclusão e exclusão definidos,

encontrou-se um total 30 artigos e 7 foram selecionados para o estudo.

RESULTADOS

Politraumatismo é visto por profissionais da área como um evento adverso inevitável ou inesperado, posto que se tem um crescente epidemiológica, podendo-se vir silenciosa e algumas vezes letal, colocando-o como grande problema de saúde pública⁴. Em sumo, a assistência de enfermagem inicia-se com a avaliação e realização de alguns exames físicos e visuais primários como MOV (Monitoração, Oximetria, Vaso calibroso), proteção de vias aéreas, controle hemorrágico externo, estado neurológico inicial tudo para o primeiro resguardo vital e em segundo, com a avaliação detalhada do cliente politraumatizado⁵.

O enfermeiro nesse âmbito, além de ser o coordenador de assistência ao politraumatizado e ao paciente grave, deve ser capaz de atuar em casos de emergências, saber orientar e delegar tarefas a equipe, definir prioridades, por tal modo, é de suma importância o discernimento e capacidade teórica e prática para lidar com “clientes, família de cliente e profissionais da área”, em outras palavras, o enfermeiro atuante na emergência é um gerenciador da assistência, desde a montagem da unidade até a assistência direta ao politraumatizado em nível 1 e 2⁶.

O enfermeiro capacitado é basal na assistência dos clientes, na incubação de protocolos de atendimento, capacitação técnica das equipes e material didático com a educação continuada e na supervisão, proporcionando-se um atendimento rápido, organizado, seguro não somente para o cliente, mas também para sua equipe. O profissional de enfermagem deve usufruir conhecimentos técnico-científicos para que o trajeto terapêutico, juntamente com uma conduta ideal a esse cliente chegue ao resultado esperado caso não chegue que tenha a capacidade de revê-lo e alterá-lo. A assistência de enfermagem necessita que haja uma preocupação também com a reabilitação psicossocial, por isso deve seguir o modo holístico; Através de múltiplos profissionais habilitados para o comprometimento de convalescença⁷.

Em suma, o trabalho do enfermeiro é básico e se divide em dois. O primeiro é o de estar em conformidade com todas as regras internacionais, nacionais e locais, integrar permanentemente atividades multiprofissionais; o segundo, por sua vez, é o dever de respeitar, conhecer a variabilidade das situações, particularidades dos clientes e necessidades de forma humana porém técnica-científica⁷, por esses motivos, presamos tanto por conhecimento, atualizações e busca, busca por mais.

O enfermeiro preparado/especializado é fundamental visto que, esse cenário o cliente encontra-se em uma linha de vida e morte tênue, venho a destacar a importância da produção de tecnologias como *CheckList* entre outras ou atualização tecnológicas como biometrias digitais com prontuários salvos, inovações essas que

a saúde necessita e que o enfermeiro é capaz de desenvolver por ter conhecimento local das necessidades específicas.

CONCLUSÃO

Dirigindo-se aos clientes vítimas de politraumatismo, uma assistência integral e qualificada é imprescindível vindo do enfermeiro e sua equipe, essa assistência requer multiplicidade de conhecimentos e a compreensão quanto ao processo de liderança de equipe responsável, destacando-se o interpessoal e a tomada de decisões que levem o cliente a uma melhora. Os tratamentos destinados aos mesmos serão mais eficazes quando bem trabalhados entre toda a equipe multiprofissional, sempre regulamentados e atualizados. Nossa literatura é escassa de artigos relacionados a atuação do enfermeiro frente a politraumatismo deixando uma lacuna de possibilidades podendo a vir bons e maus caminhos.

A urgência e emergência estão nessa discursão pôs é necessário o entendimento de “o que devo fazer”, o enfermeiro é extremamente qualificado para fazer tais trabalhos em Sala Vermelha e é defendido por seu código de ética, tal, preconiza que isto é função do enfermeiro, mas, que o trabalho multiprofissional é também indicado, tendo cada categoria profissional suas limitações. O objetivo de tal estudo foi mostrar o desempenho assistencial crucial que o enfermeiro quando capacitado tem e pode fazer, incentivando a novos trabalhos mais profundos na área.

Conclui-se que, a assistência de enfermagem é integrada e qualificada visando a promoção, prevenção de agravos e cuidados diretos, com a tentativa de diminuir dados complexos aos mesmos, sendo crucial o papel do enfermeiro nesse contexto. Assim, o quão o enfermeiro é capacitado e quanto ele for ágil, melhor será o prognóstico do quadro do cliente politraumatizado podendo-se diminuir ou até desfazer qualquer possível sequela e futuro óbito.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde – DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS (DATASUS). Sistema de informação hospitalares – SIH. 2020.
- 2- Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as emergências. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
- 3- Domingos CB. Seção de enfermagem em emergência: emergência de dilemas [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- 4- MONTEZELI, J. H. et al. Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. Cogitare Enferm. Curitiba, v.14, n.2, p.384-387, abr/jun. 2009

5- THOMAZ, V.A, GUIDARDELLO, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing, 2012.

6- FIGUEREDO, N. M. A.; Práticas de enfermagem: Fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Yendis, 2011.

7- DACIN, R. R.; CAVAZZOLA, L. T. Serviço de assistência médica de urgência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAPÍTULO 2

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A IMPORTÂNCIA E OS BENEFÍCIOS DA LAVAGEM DAS MÃOS ANTES DO CONSUMO DE ALIMENTOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 29/06/2020

Nayanne Victória Sousa Batista

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/5507022809507392>

Narla Daniele de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/4993664655817308>

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/4437324318943452>

Erika Evelyn da Costa

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros - RN
<http://lattes.cnpq.br/4559402540621636>

Maria Jussara Medeiros Nunes

Universidade do estado do Rio grande do Norte
Mossoró – RN
<http://lattes.cnpq.br/7833106970537955>

Marcelino Maia Bessa

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/0288098227317335>

Karline Kelly da Silva

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/1462098538629841>

Lucas Souza Leite

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros - RN
<http://lattes.cnpq.br/4130823441590217>

Thaina Jacome Andrade de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros – RN
<http://lattes.cnpq.br/0179241793640809>

Flávio Carlos do Rosário Marques

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros - RN
<http://lattes.cnpq.br/7706863270083779>

Maria Valéria Chaves de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Pau dos Ferros - RN
<http://lattes.cnpq.br/8315076744385098>

Francisco Clebyo da Silva

Universidade do Estado do Rio Grande do
Norte
Caicó – RN
<http://lattes.cnpq.br/7167343279588354>

RESUMO: A alimentação é uma das condições básicas para a promoção e a proteção da saúde.

A prática incorreta de manipulação pode promover a transmissão de antígenos das mãos dos consumidores para os alimentos, podendo ocasionar o desenvolvimento de doenças infecciosas. É possível reduzir a incidência de infecções e doenças como diarreia, resfriados e conjuntivite com o simples ato de lavar as mãos. Diante da importância da lavagem das mãos como medida preventiva para inúmeras patologias, este trabalho tem por objetivo sensibilizar os consumidores de um restaurante a aderir tal hábito. Trata-se de um relato de experiência realizado com clientes de um restaurante da cidade de Pau dos Ferros-RN. Foi realizada distribuição de panfletos seguida de algumas orientações sobre a importância da lavagem correta das mãos. Participaram 50 pessoas que frequentam diariamente o restaurante. Sendo as mãos um foco de contaminação de alimentos, a sua adequada lavagem, como também a frequência com que é realizada, adquire uma importância fundamental para que não contribuam com a contaminação dos alimentos. Assim, qualquer usuário que manipule alimento durante a sua permanência no restaurante, deve preocupar-se com a correta higienização das mãos, para que deste modo reduza a possibilidade de contaminação dos alimentos e a consequente ocorrência de doenças. Considerou-se que apesar de haver um conhecimento, mesmo parcialmente, por parte da maioria dos indivíduos participantes sobre a importância da correta higienização das mãos, notou-se pouco interesse para realizar esse ato preventivo.

PALAVRAS-CHAVE: Higienização das mãos. Alimentos. Educação em Saúde.

EDUCATIONAL ACTIONS ON THE IMPORTANCE AND BENEFITS OF HAND WASHING BEFORE FOOD CONSUMPTION

ABSTRACT: Food is one of the basic conditions for the promotion and protection of health. Incorrect handling practices can promote the transmission of antigens from consumers' hands to food, which can lead to the development of infectious diseases. It is possible to reduce the incidence of infections and diseases such as diarrhea, colds and conjunctivitis with the simple act of washing your hands. Given the importance of hand washing as a preventive measure for numerous pathologies, this work aims to sensitize consumers of a restaurant to adhere to this habit. This is an experience report made with customers of a restaurant in the city of Pau dos Ferros-RN. Pamphlets were distributed followed by some guidance on the importance of proper hand washing. Participated 50 people attended the restaurant daily. Since hands are a focus of food contamination, their proper washing, as well as the frequency with which they are carried out, is of fundamental importance so that they do not contribute to food contamination. Thus, any user who manipulates food during his stay in the restaurant, should be concerned with the correct hand hygiene, so that this way reduces the possibility of contamination of the food and the consequent occurrence of diseases. It was considered that although there is a knowledge, even partially, on the part of most of the participating individuals on the importance of correct hand hygiene, little interest was noted to perform this preventive act.

KEYWORDS: Hand hygiene. Foods. Health education.

1 | INTRODUÇÃO

A alimentação é uma das condições básicas para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando o processo de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. A partir do desenvolvimento industrial a sociedade brasileira passou por enormes mudanças nos hábitos de vida, sobretudo nos alimentares (BADARÓ, AZEREDO & ALMEIDA, 2007).

Houve um aumento no consumo de alimentos fora de casa, principalmente em restaurantes, em decorrência de fatores como mudanças no âmbito familiar, por exemplo, onde a mulher ocupa um espaço no mercado de trabalho o que acaba diminuindo o seu tempo disponível para preparar as refeições da família, ou ainda dificuldades do mundo moderno como o aumento da distância e o tempo gasto no deslocamento, o que diminui o tempo disponível para as refeições nos lares (BADARÓ, AZEREDO & ALMEIDA, 2007).

Com o crescimento da oferta desses serviços as pessoas ficam expostas a uma série de riscos desde a contaminação microbiana associada a práticas incorretas de manipulação, como a transmissão de antígenos das mãos dos consumidores para esses alimentos, podendo ocasionar o desenvolvimento de doenças infecciosas. Dessa forma surge a necessidade de buscar medidas que venham prevenir problemas à saúde da população (ALMEIDA et al, 1995).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) é possível reduzir a incidência de infecções e doenças como diarreia, resfriados e conjuntivite com o simples ato de lavar as mãos. Dados como estes estimulam cada vez mais para que chamemos a atenção sobre a importância que precisa ser dada a esse assunto (SANTOS & GONÇALVES, 2009).

A higienização e antissepsia das mãos são medidas individuais simples e eficazes, cujo objetivo é prevenir a propagação das doenças infecciosas removendo os microrganismos patógenos que podem ser transferidos de um alimento para outro diretamente por utensílios contaminados, manipuladores de alimentos, superfície de contato e ainda pelo ar. Quando feita de forma correta essa medida é uma das melhores formas de evitar a contaminação desses alimentos por microrganismos (BRASIL, 2007).

A antissepsia pode ser definida como um conjunto de técnicas que visa a diminuição dos microrganismos presentes na pele. Nas mãos isso acontece durante a higienização com sabonete antisséptico ou por uso de algum agente antisséptico após a lavagem e secagem das mesmas (BRASIL, 2007).

Diante da importância da lavagem das mãos como medida preventiva para inúmeras patologias, este trabalho tem por objetivo sensibilizar os consumidores de um restaurante a aderir tal hábito, orientando-os sobre técnicas corretas de

higiene das mãos e malefícios causados por não aderirem a esse método simples de prevenção.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência realizado em um restaurante da cidade de Pau dos Ferros-RN, com clientes que frequentam o local diariamente. Foi realizada a distribuição de panfletos seguidas de algumas orientações sobre a importância da lavagem correta das mãos. O panfleto foi confeccionado no programa Corel Draw por discentes do curso de enfermagem da UERN do Campus de Pau dos Ferros.

A experiência ocorreu no dia 23 de maio de 2017, com a entrega dos panfletos, enquanto os clientes esperavam serem atendidos, com o intuito de ilustrar e conscientizar sobre a importância e orientar que a partir da lavagem das mãos há prevenção de diversas doenças, e ainda mostrar aos consumidores os recursos que o estabelecimento oferece para que ocorra essa lavagem correta.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 50 pessoas que frequentam diariamente o restaurante. Durante as orientações repassadas aos usuários daquele local relacionada a lavagem das mãos, quanto a presença de microrganismos e quando devem ser lavadas e a tamanha importância do uso de antissépticos, observou-se que os participantes desconheciam informações básicas referente a higienização das mãos.

Os microrganismos são classificados como transitórios, que são bactérias gram-negativas e facilmente removidas pela adequada lavagem das mãos. Residentes, que são em sua maioria gram-positivos, localizam-se em reentrâncias, nas quais os lipídios e o epitélio dificultam sua remoção pela incorreta lavagem das mãos. E há ainda os patogênicos, nas quais a sua eliminação para os alimentos ou para as mãos se dá através de gotículas de saliva emitidas ao falar, tossir ou espirrar (ZANDONADI et al, 2007).

Sendo as mãos um foco de contaminação de alimentos, a sua adequada lavagem, como também a frequência com que é realizada, adquire uma importância fundamental para que não contribuam com a contaminação dos alimentos (SARAIVA & BAPTISTA, 2003). Assim, qualquer usuário que manipule alimento durante a sua permanência no restaurante, deve preocupar-se com a correta higienização das mãos, para que deste modo reduza a possibilidade de contaminação dos alimentos e a consequente ocorrência de doenças.

Ressalta-se que o restaurante visitado possui lavatórios para a higienização das mãos antes que os clientes manipulem o alimento. Apesar de alguns clientes

relatarem lavá-las na maioria das vezes, a higienização era feita de maneira inadequada, houve relatos de secagem nas próprias roupas ou do contato com superfícies contaminadas após a lavagem, como por exemplo a tampa do lixo, mesmo havendo acionamento por pedal nas lixeiras. Segundo Saraiva & Baptista (2003), isso ocorre por que embora a lavagem das mãos seja um ato conhecido e realizado habitualmente, as situações em que se devem lavar, bem como a sua correta lavagem, não são bem reconhecidas, na maioria das vezes, como importantes.

Mediante essa situação, o grupo fez as orientações necessárias e cabíveis para que os usuários tomassem conhecimento de algumas regras e cuidados que devem ser seguidos durante e após a higienização das mãos.

A Resolução - RDC 216/2004 nos traz as maneiras corretas de como devemos lavar as mãos e na oportunidade orientamos para os indivíduos que foram abordados durante a entrega dos panfletos. Os passos são os seguintes: 1. Utilizar água corrente para molhar as mãos; 2. Esfregar a palma e o dorso das mãos com sabonete/sabão, inclusive as unhas e os espaços entre os dedos, por aproximadamente 15 segundos; 3. Enxaguar bem com água corrente retirando todo o sabonete/sabão; 4. Secar as mãos com papel toalha ou outro sistema de secagem eficiente; 5. Esfregar as mãos com um pouco de produto antisséptico.

Foi reforçada para os consumidores a necessidade de sempre lavar as mãos antes de iniciar uma atividade, como por exemplo, alimentar-se, por vários motivos já supracitados. A maioria das pessoas abordadas relataram que tinham um maior hábito em lavar as mãos apenas após usar o banheiro, logo em seguida o grupo advertiu sobre o número de microrganismos existentes no banheiro, que pode chegar a duplicar e que uma boa e correta secagem das mãos é importante, pois os microrganismos tendem a se desenvolver melhor em mãos úmidas.

Como os clientes encontravam-se em ambiente compartilhado e aglomerado, foi necessário submetê-los a refletirem sobre possíveis situações de espirro ou tosse, a maioria admitiu que usavam as mãos para amenizar o barulho ou evitar que possíveis gotículas atingissem em alguém ou em alimentos, porém, logo após o espirro as mãos não eram higienizadas, o máximo que ocorria era a secagem das mãos na roupa.

A situação acima referida por alguns consumidores ocorre naturalmente diariamente, entretanto, cuidados foram orientados a serem tomados para que se evite contaminações indesejadas. Caso a pessoa venha a tossir ou espirrar, deve proteger o nariz e a boca com um toalhete e lavar as mãos em seguida (SARAIVA & BAPTISTA, 2003).

A importância do uso de antissépticos foi mencionada pelo grupo para todos os usuários abordados. O álcool é um ótimo desinfetante, pois a rápida secagem

permite que o usuário dispense toalhas ou até mesmo evita a inadequada secagem nas roupas. Uma eficaz lavagem das mãos depende da combinação da fricção das mãos, da diluição por ação da água e da atividade do desinfetante (SARAIVA & BAPTISTA, 2003).

4 | CONCLUSÕES

Apesar de haver um conhecimento, mesmo parcialmente, por parte da maioria dos indivíduos participantes sobre a importância da correta higienização das mãos, notou-se pouco interesse para realizar esse ato preventivo.

A partir da lavagem correta das mãos pode-se evitar contaminações e consequentemente inúmeras doenças. Mediante tal situação, torna-se necessário o desenvolvimento de atividades educativas para o público em questão. Seria interessante atividades exemplificativas envolvendo práticas demonstrativas da correta lavagem das mãos, isso faria com que os usuários se sentissem motivados a cumprir e manter o correto nível de higiene ao manipular alimentos e ao realizar outras atividades.

Cabe também ao estabelecimento implementar práticas de higiene adequadas ao seu ambiente, que nesse caso é o ramo alimentício, cartazes motivacionais e chamativos poderiam ser expostos para que a clientela tomasse conhecimento das boas práticas de higienização das mãos e estabelecesse ações corretivas a si próprios ou a outrem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C. C. et al. **Avaliação e controle da qualidade microbiológica de mãos de manipuladores de alimentos.** Revista de Saúde Pública, v. 29, n. 4, p. 290-294, 1995.

BADARÓ, A. C. L.; AZEREDO, R. M.; ALMEIDA, M. E.. **Vigilância sanitária de alimentos: uma revisão.** Nutrir Gerais–Revista Digital de Nutrição – Ipatinga: Unileste-MG, v. 1, n. 1, p. 1-25, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Brasília, 2007.

BRASIL. **Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação.** Resolução-RDC nº 216/2004. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004.

SANTOS, F. M.; GONÇALVES, V. M. S. **Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar:** um estudo sobre a execução da técnica. Rev Enferm Integrada, v. 2, n. 1, p. 152-63, 2009.

SARAIVA, J.; BAPTISTA, P.. **Higiene Pessoal na Indústria Alimentar.** 2003.

ZANDONADI, R. P. et al. **Atitudes de risco do consumidor em restaurantes de autosserviço.** 2007.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS LESÕES TRAUMÁTICAS PÓS-CIRÚRGICAS NA PERSPECTIVA DA ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 29/08/2020

Danielle Bezerra Cabral

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó - SC
<https://orcid.org/0000-0002-1760-4113>

Daniela Cristina Zanovelo

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó - SC
<https://orcid.org/0000-0001-8865-1542>

Larissa Gabriella Schneider

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó - SC
<https://orcid.org/0000-0002-0648-5577>

Jacira Batista de Oliveira

Hospital Regional do Oeste
Chapecó - SC
<https://orcid.org/0000-0002-4329-6521>

Renata Mendonça Rodrigues

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó - SC
<https://orcid.org/0000-0001-9539-752X>

RESUMO: O enfermeiro habilitado e envolvido no manejo do cuidado de lesões traumáticas tem um papel fundamental na avaliação clínica, na terapêutica e na escolha das coberturas. Esse profissional, ainda, deve estar qualificado cientificamente no processo de cicatrização e epitelização, bem como nas escolhas dos produtos a serem utilizados no leito de cada

lesão cuidada. Desse modo, a integralidade desse cuidado dependerá da continuidade da assistência prestada pela articulação entre as Redes de Atenção à Saúde. E, para se obter uma resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, os profissionais de saúde, pertencentes as redes de atenção à saúde, devem ter constante diálogo entre os membros de sua equipe e entre os usuários. O objetivo deste estudo foi identificar e registrar o manejo clínico do cuidado nas lesões traumáticas de pacientes pós-cirúrgicos, atendidos em um hospital do oeste catarinense, conforme um protocolo institucional. Também, especificou os tipos de coberturas utilizados no tratamento destas lesões e a avaliação da articulação das redes quanto à continuidade do tratamento instituído. Tratou-se de um estudo observacional, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa realizado em um hospital de grande porte do oeste catarinense. Os dados coletados foram obtidos por meio de uma ficha de acompanhamento do cuidado com lesões de pele e suas coberturas, instituída no local do estudo. Os achados resultaram em 66,7% observações com lesões contaminadas; em que 33,3% possuíam tecido de granulação e 33,3% continham média quantidade de exsudato. Quanto a cobertura de escolha empregada pelos enfermeiros, 83,3% das lesões observadas, o SAFGel e Gaze de Rayon-Pielsana foram utilizados. O encaminhamento para as redes de atenção à saúde foi realizado com 83,3% dos pacientes internados. Evidenciou-se assim, nesse estudo, uma efetividade no manejo clínico das lesões traumáticas de pacientes pós-cirúrgicos a partir de boas escolhas e um bom

custo-benefício nas coberturas adotadas.

PALAVRAS-CHAVE: Ferimentos e Lesões, Procedimentos operatórios, Cicatrização, Avaliação em Enfermagem.

ACTION OF THE NURSE IN POST-SURGICAL TRAUMATIC LESIONS FROM THE PERSPECTIVE OF THE ARTICULATION OF HEALTH CARE NETWORKS

ABSTRACT: The nurse qualified and involved in the management of the care of traumatic injuries plays a fundamental role in clinical evaluation, in the therapy and the choice of coverage. This professional must also be scientifically qualified in the healing and epithelialization process as well as in the choices of the products used in the bed of each injury taken care of. Thus, the integrality of this care will depend on the continuity of the care provided by the articulation between health care networks. Moreover, in order to obtain a problem-solving capacity of the health needs of users, health professionals, belonging to health care networks, should have constant dialogue between your team members and between users. The aim of this study was to identify and record the clinical management care in the traumatic injuries of post-surgical patients, treated in a hospital in western Santa Catarina, according to an institutional protocol. It also specified the types of coverage used in the treatment of these lesions and the evaluation of the articulation of the networks regarding the continuity of continuity of the treatment instituted. This was an observational, descriptive study with a quantitative and qualitative approach conducted in a hospital large hospital in western Santa Catarina. The collected data were obtained through a follow-up form of care for skin lesions and its coverage, instituted at the study site. The findings resulted in 66.7% observations with contaminated lesions; 33.3% had granulation tissue 33.3% contained an average amount of exudat. Regarding the coverage of choice, 83.3% patients used SAFGel and Rayon-Pielsana Gauze. Regarding the coverage of choice used by nurses, 83.3% of the injuries observed, SAFGel and Gaze de Rayon-Pielsana were used. Referral to health care networks was performed with 83.3% of hospitalized patients. Thus, this study showed an effectiveness in the clinical management of traumatic injuries of post-surgical patients based on good choices and a good cost-benefit in the coverage adopted.

KEYWORDS: Wounds and Injuries, Operative procedures, Wound Healing, Nursing Assessment.

INTRODUÇÃO

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sob portaria nº. 2.436 de 2017, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios e diretrizes do SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram operacionalizados na Atenção Básica, de modo que as desigualdades, iniquidades e exclusão social de grupos fossem reduzidas e que isto não impactasse na autonomia e na situação de saúde das comunidades. Assim, as propostas das RAS tiveram sua origem a partir

das experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos EUA, e logo disseminaram para sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá e demais países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

No Brasil, a partir de 2000, esse componente de redes foi uma evolução e concretização crescente, com a experiência pioneira da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará que constituiu os sistemas microrregionais de saúde que integrou o sistema público e superou as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização (MENDES, 2011).

Diante dessa historicidade, o propósito das RAS é facilitar o acesso aos usuários, organizar os sistemas de saúde em redes de atenção e qualificar os serviços. Esse modelo de gestão dinamiza o trabalho a partir do compartilhamento de informações entre profissionais dos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e com os usuários, facilitando a prestação de serviços no lugar e tempo certos, responsabilidade econômica e alta resolubilidade (MENDES, 2011).

Mediante o território, profissionais de saúde, em conformidade com as políticas nacionais, dinamizam a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica, bem como subsidia a atuação na atenção básica mediante a necessidade da população adscrita ou as populações específicas (BRASIL, 2017). Nesse sentido, os profissionais de saúde e gestores devem compreender a operacionalização desse modelo, a partir de sua formação acadêmica e profissional (MAFFISSONI et al., 2018).

Para atender as necessidades de saúde da população, a equipe de saúde deve coordenar o cuidado de cada usuário a outros pontos da RAS e, quando não há resolutividade na atenção primária à saúde, o usuário deverá ser encaminhado para uma área mais complexa, com atendimento mais especializado (BRASIL, 2011). Com isso, a resolutividade ocorre quando é possível identificar e intervir nos riscos, nas necessidades e nas demandas de saúde da população, sanando os problemas de saúde dos usuários (BRASIL, 2017).

A estrutura da rede de pontos de atenção e níveis de atenção, pautados a partir da economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição e territórios sanitários possuem a atenção primária centralizada e os demais serviços ao redor, em que cada nível possui equipamentos de diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2011).

Diante do problematizado, as lesões, crônicas ou agudas, possuem um encargo financeiro psicológico e social ao sistema de saúde, interferindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo e da família (BRASIL, 2002; DARWIN; TOMIC-

CANIC, 2018). As lesões crônicas representam 1% de todos os diagnósticos de doenças de pele nos Estados Unidos da América (EUA), representando, anualmente, 6,07% de todas as mortes relacionadas à pele (LIM et al., 2017). E, no Brasil, as lesões cutâneas acometem de forma geral, independentemente da idade, sexo ou etnia (BANDEIRA et al., 2017) e os enfermeiros, em especial os da Atenção Primária (AP), realizam consultas de enfermagem, visitas domiciliares e trabalho coletivo, de forma clínica, confraterna, valorosa, e escutatória com o indivíduo e comunidade (BANDEIRA et al., 2017; GIBSON; GREEN, 2013; MOFFATT et al., 2009). E, suas complicações acarretam gastos, tornado a alteração na integridade da pele um agravante problema na política pública de saúde (SANTOS et al., 2014).

Assim, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) respalda o enfermeiro no cuidado ao paciente com feridas desde a anamnese e exame físico do paciente, com avaliação minuciosa, escolha do produto e acompanhamento e avaliação da terapêutica adotada (COFEN, 2018). Sendo assim, o paciente deverá ser informado sobre sua condição clínica e a continuidade do tratamento, com uma linguagem clara e de fácil entendimento (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). A assistência e o tratamento ao portador de feridas devem estar relacionados com os avanços tecnológicos de insumos utilizados no leito da ferida para se alcançar a sua total cicatrização.

Ante ao exposto, a demanda de pacientes com integridade da pele prejudicada, em especial pelas feridas provocadas acidentalmente por agentes cortantes, perfurantes e lacerações, além de uma infinidade de produtos comerciais para a terapêutica de lesões agudas e crônicas, justifica-se conhecer sobre quais produtos são utilizados nas lesões traumáticas pós-cirúrgicas de um hospital de grande porte do oeste catarinense e, sobre a qualidade das redes de atenção para a continuidade do tratamento adotado. Sendo assim, é preciso considerar o paciente em toda sua integralidade, desde a área lesionada, fatores sistêmicos, psicossociais e de assistência que podem alterar o processo de cicatrização das lesões.

Como objetivo desse estudo, visou-se identificar os tipos de coberturas de escolha utilizados no tratamento das lesões traumáticas quanto ao tecido e exsudato conforme protocolo institucional de um hospital do oeste catarinense, bem como avaliar a continuidade do tratamento adotado nas redes de atenção à saúde.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo observacional, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa realizado em duas Clínicas Cirúrgicas de um hospital de grande porte do oeste catarinense. A amostra do estudo foi por população *sensu* e os critérios de inclusão foram pacientes com lesões traumáticas pós-cirúrgicas que continham

tecidos de granulação, de epiteliação, desvitalizados ou fibrinoso, necrose de coagulação, liquefação e com exsudato (seroso, sanguinolento, purulento e fibrinoso), bem como aqueles que consentiram a sua participação no estudo.

E não adentraram na amostra de população *sensu*, os pacientes com distúrbio psiquiátrico; menores de 18 anos e acima de 60 anos; sem lesões traumáticas pós-cirúrgicas e aqueles constrangidos pela observação direta das pesquisadoras no momento do cuidado das lesões, considerando, esses, os critérios de exclusão.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados, intitulado “Ficha de acompanhamento do cuidado com lesões de pele e suas coberturas”, elaborado pelas autoras do estudo. A observação direta, da conduta do enfermeiro, da avaliação clínica das lesões traumáticas pós-cirúrgicas e das coberturas utilizadas, foi realizada, bem como foi observado o relatório de encaminhamento do cuidado dessas lesões nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Os dados foram coletados em junho a julho de 2019 e analisados em forma de percentuais, a partir de um protocolo institucional de observação do cuidado com lesões de pele e do uso de coberturas. Para a descrição dos dados qualitativos, houve os relatos do tratamento das lesões traumáticas pós-cirúrgicas e se houve ou não o encaminhamento do tratamento adotado para outros níveis de atenção. Elaborou-se um banco de dados organizados em planilhas do Microsoft Excel 2013, com os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, exame específico da lesão e descrição dos tipos de coberturas utilizados.

Os aspectos éticos respeitados, conforme Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, sob processo CAAE 11955419.5.0000.0118.

RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram observados oito pacientes internados nas duas clínicas cirúrgicas do referido local de estudo, em que duas foram excluídos por um ter idade superior a 60 anos e outro por não apresentar lesão traumática pós-cirúrgica. Os pacientes foram observados diariamente, no período da manhã, conforme rotina de troca de curativos nas duas unidades cirúrgicas, durante o momento do cuidado realizado pelas enfermeiras.

Das seis observações, apenas um paciente possuía doença crônica (Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS) e os demais não. Apenas um (16,7%) paciente era do sexo feminino e os outros cinco (83,3%) eram do sexo masculino. Quanto a localização da lesão, cinco (83,3%) pacientes possuíam lesões em membros inferiores, sendo que três (50%) eram do lado esquerdo e dois (33,3%) do direito. A

localização do outro paciente (16,7%) era nos metacarpos da mão esquerda.

Ao analisar a ficha de acompanhamento do cuidado com lesões de pele e suas coberturas, seguem-se as seguintes frequências:

Quanto ao conteúdo bacteriano, quatro (66,7%) pacientes apresentaram lesões contaminadas, um (16,7%) limpo, e outro (16,7%) conteúdo infectado.

Quanto ao tipo de tecido, dois (33,3%) pacientes possuíam tecido de granulação, dois (33,3%) tinham tecido desvitalizado/fibrinoso, um (16,7%) tinha necrose de coagulação e outro (16,7%) necrose de liquefação.

Quanto ao exsudato, dois (33,3%) pacientes apresentaram média quantidade de exsudato, sendo um (50%) deles com aspecto serosanguinolento e o outro (50%) seroso e fibrinoso. E em relação a quantidade desse exsudato, dois (33,3%) pacientes possuíam grande quantidade, um (16,7%) pouca quantidade de aspecto seroso e outro (16,7%) com abundante exsudato seroso.

Quanto a cobertura de escolha, cinco (83,3%) pacientes utilizaram SAFGel e Gaze de Rayon-Pielsana, sendo que houve acréscimo de mais duas coberturas nessas lesões, uma com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e o outro com Hidrofibra - Aquacel. No paciente restante (16,7%) foi utilizado apenas AGE como forma de tratamento.

O encaminhamento pelas redes de atenção à saúde foi realizado em cinco (83,3%) pacientes, sendo que três (50%) foram para o ambulatório de lesões de pele do município do estudo e os outros dois (33,3%) para a unidade básica de saúde de suas cidades de origem, sendo que um desses dois pacientes ainda fazia acompanhamento ambulatorial uma vez por semana no Pronto Socorro do Hospital Regional do Oeste Catarinense para drenar a lesão. E o paciente (16,3%) que completaria o sexto não foi encaminhado para outro nível de atenção, pois o curativo era realizado pelo familiar no domicílio.

O quadro abaixo refere aos dados sociodemográficos, avaliação clínica dos pacientes, exame específico da lesão (localização da lesão, conteúdo bacteriano, tipo de tecido, quantidade e aspecto do exsudato) e descrição dos tipos de coberturas utilizadas nas lesões traumáticas pós-cirúrgicas, bem como o fluxo da continuidade do tratamento adotado no hospital (Quadro 1).

Observação	Conteúdo bacteriano	Tecido	Exsudato	Coberturas	RAS
Masculino 39 anos MID	Contaminada	Desvitalizado fibrinoso	Grande quantidade sanguinolento	SAFGel Pielsana	Ambulatório de Lesões de Pele do município do estudo
Masculino 18 anos MSE	Contaminada	Granulação	Pouca quantidade seroso	SAFGel Pielsana	Não houve
Masculino 39 anos MIE	Limpa	Granulação	Média quantidade serosanguinolento	SAFGel e Pielsana	UBS Caibi
Masculino 23 anos MIE	Contaminada	Necrose de coagulação	Grande quantidade seroso	SAFGel Pielsana Aquacel	Ambulatório de Lesões de Pele do município do estudo
Feminino 41 anos MIE	Contaminada	Desvitalizado fibrinoso	Média quantidade seroso e fibrinoso	SAFGel Pielsana AGE	Ambulatório de Lesões de Pele do município do estudo
Masculino 59 anos MID e Genital Hipertensão Arterial Sistêmica Paraplegia	Infectada	Necrose de liquefação	Abundante quantidade purulento	AGE	UBS Pinhalzinho

Quadro 1 – Avaliação clínica e coberturas utilizadas

Das seis observações realizadas a partir das intervenções clínicas da enfermeira, da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele (CPTLP) do referido estudo, nas lesões traumáticas, destaca-se a fratura da diáfise da tíbia devido o atropelamento por moto. Devido a situação clínica dessa lesão, esse paciente foi encaminhado ao Centro Cirúrgico (CC) para um desbridamento cirúrgico. Após o procedimento cirúrgico, a enfermeira da CPTLP avaliou essa lesão para um novo desbridamento (novamente cirúrgico e depois mecânico) e iniciou o uso das coberturas com SAFGel e gaze de Rayon - Pielsana. Essa lesão foi avaliada pelo cirurgião plástico, e posteriormente encaminhado ao CC para um enxerto de tecido, pois houve uma grande perda de tecido viável.

O SAFGel (com alginato de cálcio e sódio) promove a hemostasia e a hidratação, sendo indicado em feridas superficiais com moderada a baixa exsudação favorecendo, assim o processo de cicatrização. Remove, ainda as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados (SKORKOWSKA-TELICHOWSKA et.al., 2013; FONDER et al., 2008). Já a gaze de Rayon- Pielsana, hidrata e revitaliza a integridade da pele, auxilia no processo de cicatrização de lesões, previne e trata lesões agudas e crônicas, mesmo com perda de tecido superficial (TAYLOR, 1998; ESTRELLA, 1995). Nesse sentido, os curativos devem proporcionar um ambiente úmido para absorver o excesso de exsudato no leito da ferida, bem como

auxiliar no desbridamento autolítico, na proteção da perda de fluido e infecção e no favorecimento da viabilidade do tecido de granulação (LÍMOVÁ, 2010).

Os subsequentes casos observados (do segundo ao quinto) foram as fraturas de metacarpos da mão esquerda, laceração extensa da perna esquerda por acidente de trabalho (motosserra), luxação da articulação do quadril e queimadura em membro superior esquerdo devido a acidente doméstico. Todos eles utilizaram o SAFGel e o Gaze Rayon-Pielsana,

No caso cirúrgico da luxação da articulação do quadril, foi utilizado, além do SAFGel e Gaze Rayon-Pielsana, uma nova cobertura com Hidrofibra Aquacel em região externa da perna, após diversos desbridamentos mecânicos e cirúrgicos. A escolha dessa cobertura se deu devido à grande quantidade de tecido desvitalizado e exsudato. Assim, cabe pontuar que esse produto é absorvente, possui ação antimicrobiana de 1,2% de prata (MOSER; PEREIRA; PEREIRA, 2013) e auxilia na remoção de tecidos necróticos (ANDRADE et al., 2012).

No caso da queimadura em membro superior esquerdo, a tomada de decisão clínica pela CPTLP foi o uso de coberturas com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) na região bolhosa no tornozelo e SAFGel e Gaze Rayon – Pielsana na região posterior da perna. Quee e colaboradores (2008), afirmaram que produtos à base de AGE podem conter um ou dois ácidos graxos essenciais (ácido linolênico e/ou ácido linoleico), com as funções de desbridamento autolítico e formação de uma barreira epidérmica de modo a manter a lesão úmida por meio do estímulo do processo de cicatrização - angiogênese e epitelização. Os AGE ainda são bactericidas e contribuem com o processo cicatricial a partir da reconstituição estrutural e funcional do tecido lesionado (SILVA et al., 2011; CAVAZANA et al., 2009; MAGALHÃES et al., 2008).

Mesmo com a utilização das coberturas, em alguns casos observados, ocorreu a intervenção plástica com a realização de enxerto ou retalho de pele. Assim, o enxerto é parte de um tecido vivo transplantado de um lugar para outro no mesmo organismo ou em organismos distintos (ANDREW; LAM; LAU, 2002). Pode restabelecer a proteção da pele, reparar um defeito e ou recuperação da estética da área (PONTES et al., 2018).

No que se refere ao encaminhamento dos casos de lesões pós-cirúrgicas para a continuidade do tratamento adotado pelo hospital para as redes de atenção à saúde, isso se deu após a avaliação da enfermeira da CPTLP. Os pacientes que residiam no município do estudo e que necessitavam de cuidados mais complexos foram encaminhados a um ambulatório de lesões de pele. E aqueles que moravam em cidades próximas a localidade do estudo foram encaminhados a Unidade Básica de Saúde de seus territórios.

Antes dos encaminhamentos, a enfermeira assistencial das unidades

cirúrgicas ou o membro da CPTLP comunicaram, via contato telefônico, com a atenção primária a saúde sobre a possibilidade da continuidade do tratamento a partir das coberturas primárias e secundárias adotadas na instituição do estudo. Caso contivessem os produtos na atenção primária, os pacientes eram encaminhados e na ausência dessas coberturas, eles permaneciam internado até o término do tratamento. Cabe mencionar que a transferência de informações entre os serviços de saúde, pertencentes as redes de atenção à saúde, ocorrem via fichas/formulários, manuais de encaminhamento, relatórios médicos, contato telefônico ou sistema eletrônico (VIEIRA; GAZZINELLI, 2017; PROTASIO et al., 2014; UCHIMURA et al., 2015).

Nesse sentido, ao analisar o manejo clínico do enfermeiro nas lesões traumáticas pós-cirúrgicas pode-se perceber que todos os pacientes observados obtiveram melhora clínica da lesão quanto ao tamanho, profundidade e conteúdo bacteriano. A terapêutica adotada foi eficaz, sendo que em alguns casos ocorreu de forma mais célere e outro mais morosos, porém isso se deve ao fator inerente das características, tamanho e profundidade da lesão, além dos aspectos fisi imunológicos de cada indivíduo.

O protocolo de controle/acompanhamento de usuários com lesões de pele, do referido estudo, se mostrou adequado, apensar da pequena amostra observada. Esse protocolo interdisciplinar se apresenta como um importante recurso educacional para os residentes e acadêmicos de enfermagem do referido estudo, uma vez que a instituição possui residência multi e uniprofissional. Acresce-se ainda que essa ferramenta torna o fluxo mais coerente, sistemático e resoluto, pois as etapas se relacionam entre si e estão disponíveis no sistema informatizado da instituição hospitalar.

A resolutividade do tratamento das lesões, a partir das altas e encaminhamentos realizados, se mostrou eficaz, apesar de 66,7% dos encaminhamentos ocorrerem nos casos observados. E 16,6% dos casos, após alta hospitalar, apresentavam lesões que foram tratadas na própria residência, pois o curativo era feito pelo paciente ou familiar. Apesar de se ter uma amostra pequena nesse estudo, infere-se mencionar que as redes de atenção possuem papel importante nos efetivos desfechos, uma vez que as condutas tomadas no âmbito hospitalar precisam interligar o sistema de informação das redes de atenção primária e secundária para se obter uma continuidade segura e adequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar e registrar o manejo da linha do cuidado das lesões traumáticas de pacientes pós-cirúrgicos foi o objetivo proposto desse estudo, tendo como premissa

o exame específico da lesão (localização da lesão, conteúdo bacteriano, tipo de tecido, quantidade e aspecto do exsudato) e a descrição dos tipos de coberturas utilizadas para tratamento. Assim, evidencia-se alguns benefícios que as mesmas acarretaram nas seis observações investigadas. Com os resultados desse estudo, infere-se mencionar que a comissão interdisciplinar foi efetiva, apesar da pequena amostra observada. As escolhas das coberturas, com bom custo-benefício, foram, também, eficientes para cada lesão avaliada devido ao trabalho colaborativo da comissão interdisciplinar.

Sobre as limitações do estudo, o tempo de coleta de dados foi um fator restritivo para o esperado do número da amostra da pesquisa, sugerindo estudos futuros para investigar quais as melhores práticas de cuidado e tipos de coberturas para lesões traumáticas pós-cirúrgicas baseados em evidências científicas. Percebeu-se ainda publicações nacionais incipientes acerca da eficácia do uso de Gaze de Rayon-Pielsana e SAFGel nas lesões traumáticas pós-cirúrgicas.

Enfim, a importância atribuída a essa pesquisa é sobre a possibilidade de fomentar futuras pesquisas clínicas sobre coberturas utilizadas em lesões traumáticas pós-cirúrgicas, de modo a estimular a cientificidade da estomaterapia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. et al. Curativo de hidrofibra com prata: opção de tratamento para vulgar. **Surg Cosmet Dermatol**, vol. 4, n. 3, p. 274- 276, 2012.

ANDREW, B.; LAM, P.K.; LAU, H. Allogenic skin: transplant or dressing? **Burns**, v. 28, n.4, p.358-366, 2002.

BANDEIRA, L. A. et al. Social networks of patients with chronic skin lesions: nursing care. **Rev Bras Enferm**; v. 71(Supl 1), p. 652-9, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.html. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas**. 2 ed. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_lesões_final.pdf. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Curativos**. 1 ed. Brasília: SP, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/2016/Manual_de_Curativos_2016.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 fev. 2019.

CAVAZANA, W. C. et al. Açúcar (sacarose) e triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais no tratamento de lesões cutâneas: estudo experimental em ratos. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v.84, n. 3, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com lesões. **Resolução nº 0567, de 2018**. Brasília, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DARWIN, E.; TOMIC-CANIC, M. Healing Chronic Wounds: Current Challenges and Potential Solutions. **Curr. Dermatol. Rep.** v. 7, p. 296-302. 2018.

ESTRELLA, E. **Plantas Medicinales Amazônicas: Realidad y Perspectivas**. Lima, 1995. 302 p.

FONDER, M. A. et al. Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. **J Am Acad Dermatol.** v. 58, n. 2. p. 185-206, 2008.

GIBSON, S.; GREEN, J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. **J Wound Care.** v. 22, n. 5, p. 265–266, 268, 270-2, passim. 2013.

LIM, H. W. et al. The burden of skin disease in the United States. **J Am Acad Dermatol.** v. 76, n. 5, p. 958–972, 2017.

LÍMOVÁ, M. Active Wound Coverings: Bioengineered Skin and Dermal Substitutes. **Surg Clin North Am.** 6 ed. São Francisco, Califórnia, EUA, 2010. v 90, p. 1237-1255, 2010.

MAFFISSONI, A. L. et al. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p. 2309-21, 2018.

MAGALHÃES, M. S. F. et al. Efeito da combinação de triglicerídeos de cadeia média, ácido linoléico, lecitina de soja e vitaminas A e E na cicatrização de ferida em ratos. **Acta Cir. Bras.** São Paulo, v.23, n.3, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MOFFATT, C. J. et al. Psychological factors in leg ulceration: a case-control study. **Br J Dermatol.** v. 161, n. 4, p. 750–756. 2009.

MOSER, H.; PEREIRA, R. R.; PEREIRA, M. J. L. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. **Rev Bras Queimaduras**. v. 12, n. 2, p. 60-7, 2013.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; CASTRO, J. B. A.; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com lesões crônicas tratadas em ambulatório. **Revista Enfermagem Uerj**, p. 1-7, 2013.

PONTES, G. H. et al. Sequelas de queimadura em face: enxerto cutâneo autólogo mama-face, uma opção de tratamento. Relato de caso. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 34, n. 2, p. 291-294, 2018.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014.

QUEGE, G. E. et al. Comparação da atividade de ácidos graxos essenciais e biomembrana na microbiota de lesões crônicas infectadas. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, 2008.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Characterization of care for patients with wounds in Primary Care. **Rev Rene**. v. 15, n. 4, p.613-620, 2014.

SKORKOWSKA-TELICHOWSKA K., CZEMPLIK M., KULMA A., SZOPA J. The local treatment and available dressings designed for chronic wounds. **J Am Acad Dermatol**. v. 68, p. 117-26. 2013.

SILVA, R. C. L. et al. **Lesões: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

TAYLOR, L. **Herbal Secrets of the Rainforest: the healing power of over 50 medicinal plants you should know about**. Prima Pub., 1998.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Emergency Care Units (UPAs): management features to the care networks in Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

VIEIRA, E. W.; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde e Soc.**, v. 26, p. 448-461, 2017.

CAPÍTULO 4

APLICAÇÃO DA FERRAMENTA SENTIMENTOGRAMA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Gabriela Silva dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<https://orcid.org/0000-0001-6687-9888>

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<https://orcid.org/0000-0003-2447-6137>

Cosme Sueli de Faria Pereira

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<https://orcid.org/0000-0001-9642-9626>

Dirlei Domingues dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<http://lattes.cnpq.br/6163768238545945>

Felipe Baima dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<http://lattes.cnpq.br/6327051425605888>

Alison Malheiros de Castro

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro- RJ
<https://orcid.org/0000-0003-4839-7863>

adolescentes. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de profissionais e acadêmicos da enfermagem, de um projeto de extensão universitária, no desenvolvimento das ações educativas em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes do 1º ano do ensino médio no Rio de Janeiro. Considerou-se o uso de uma ferramenta de avaliação denominada sentimentograma para trazer à tona emoções, pensamentos e saberes dos adolescentes sobre as temáticas abordadas. **Resultados:** a prática educativa incluiu o planejamento das ações educativas em saúde, a aplicação do sentimentograma no primeiro encontro, a fase intermediária onde foram desenvolvidas as temáticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e por fim, o retorno ao sentimentograma como avaliação final do processo de ensino em saúde.

Conclusão: a ferramenta sentimentograma é de baixo custo, fácil aplicação e produz um material rico sobre como a prática educativa é entendida pelos adolescentes. A avaliação faz parte do processo de enfermagem e o sentimentograma possibilitou aos adolescentes a liberdade para expressão de suas emoções em relação à troca de saberes em saúde sexual e reprodutiva, comparar o antes e depois, notar e reconhecer ganhos com os saberes compartilhados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Avaliação. Ensino. Inovação.

RESUMO: Objetivo: relatar o uso da ferramenta sentimentograma no processo de ensinar e aprender sobre saúde sexual e reprodutiva com

APPLICATION OF THE SENTIMENT ANALYSIS TOOL IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION WITH ADOLESCENTS

ABSTRACT: Objective: report the use of the sentiment tool in the process of teaching and learning about sexual and reproductive health with adolescents. **Methodology:** this is a report on the experience of nursing professionals and academics, of a university extension project, in the development of educational actions in sexual and reproductive health with adolescents in the first year of high school in Rio de Janeiro. It was considered the use of an evaluation tool called sentiment to bring to light emotions, thoughts and knowledge of adolescents about the themes discussed. **Results:** The educational practice included the planning of educational actions in health, the application of the sentiment tool in the first meeting, in the intermediate phase where the themes related to sexual and reproductive health of adolescents were developed and, finally, the return to the sentiment program as the final evaluation of the teaching process in health. **Conclusion:** the sentiment tool is low cost, easy to apply and produces rich material on how educational practice is understood by adolescents. The evaluation is part of the nursing process and the sentiment tool has given adolescents the freedom to express their emotions in relation to teaching sexual and reproductive health, to compare the before and after, and to note and recognize gains with shared knowledge.

KEYWORDS: Nursing. Evaluation. Teaching. Innovation.

1 | INTRODUÇÃO

Quando se pensa em condições de vida, imediatamente associam-se saúde e educação, pois, elas fazem parte do caminho rumo à qualidade de vida. No que diz respeito ao local onde essa interação possa ocorrer, o olhar se direciona à unidade de serviço em saúde e à escola, instituições fixas por onde transitam um fluxo significativo de pessoas que sofrerão intervenções em suas vidas por tais sistemas.

Em se tratando do ambiente escolar nível médio, predomina a presença do público adolescente, cuja fase da vida é repleta de incertezas, constantes mudanças, riscos e vulnerabilidades, tomadas de decisões e muitas expectativas colocadas por ele mesmo e pelo outros sobre sua vida (BRASIL, 2010). Por isso, o desenvolvimento da temática da saúde na escola por meio de da educação em saúde tem recebido importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO, confirmando sua relevância em âmbito mundial (CARVALHO, 2015).

A Educação em Saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. A articulação da escola com as equipes de saúde deve ser pautada nos interesses dos usuários sendo capaz de satisfazer suas necessidades de saúde conforme preconiza o Programa Saúde nas

Escolas (PSE), estratégia para a disseminação dos conhecimentos no que tange as práticas saudáveis destinadas às crianças e adolescentes em conjunto com a equipe de saúde em um espaço formador (GUETERRES et al., 2017).

Considerando o público adolescente, planejar, desenvolver e avaliar práticas educativas em saúde criativas e dialógicas são essenciais para estabelecer entre os profissionais da saúde, público e temáticas abordadas uma relação cognitiva e afetiva (GOUVÊA et al., 2016). Assim, para que a educação em saúde alcance seu objetivo a qual está proposta, faz-se necessário considerar o seu processo como um todo, desde o planejamento, concretizando na sua execução e finalizando com a avaliação, etapa tão relevante quanto as anteriores.

Desta maneira, fazer uso de diferentes ferramentas avaliativas como parte do processo de desenvolvimento das ações educativas são indispensáveis quando se busca o aprimoramento da equipe de saúde e a promoção da saúde na sociedade. Por isso, usar o sentimentograma como ferramenta avaliativa desvela pensamentos e sentimentos, modos de pensar, agir e sentir em relação ao conhecimento instigado na prática educativa e seus desdobramentos (ALVES & AERTS, 2011).

No desenvolvimento do sentimentograma os participantes são convidados a expressar por meio de palavras, frases ou desenhos, os sentimentos que norteiam seu pensamento no exato momento em que a atividade avaliativa está sendo proposta, sendo oferecidos uma cartolina e canetas coloridas para registros. Logo após, dá-se início à leitura do conjunto de sentimentos e abre-se o espaço para comentários de forma individual ou coletiva (GOUVÊA et al., 2016)

Esta ferramenta pode ser aplicada em diferentes âmbitos que exigem ou precisam da etapa da avaliação, por exemplo, pensando num período letivo, o sentimentograma pode ser aplicado no primeiro dia das atividades acadêmicas, no meio do período e no final do semestre, favorecendo uma análise comparativa das etapas (GOUVÊA et al., 2016).

Considerando o uso dessa ferramenta uma inovação e desconstrução dos clássicos processos avaliativos nas práticas educativas em saúde, esse estudo tem por objetivo relatar o uso da ferramenta sentimentograma no processo de ensinar e aprender sobre saúde sexual e reprodutiva com adolescentes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de profissionais e acadêmicos da enfermagem no desenvolvimento das ações educativas em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes do 1º ano do ensino médio no Rio de Janeiro. As práticas educativas foram desenvolvidas no espaço escolar por meio de um projeto de extensão vinculado a uma universidade federal do Rio de Janeiro.

Esse projeto de extensão conta a participação do coordenador, bolsistas de iniciação científica, residentes multiprofissionais, professores universitários, mestrandos, doutorandos e voluntários. O grupo se subdivide em outros grupos para atuação em escolas públicas e instituições privadas, quando é solicitado. Para essa experiência, os participantes foram bolsistas de iniciação científica, enfermeiros e os estudantes. Quanto aos estudantes, participaram 11 meninas e 6 meninos todos do primeiro ano do ensino médio.

Foram realizados sete encontros, um a cada semana. Antes de cada encontro, a equipe do projeto preparava o planejamento das atividades, os temas foram escolhidos pelos estudantes durante o primeiro encontro. Além disso, foi realizado pela primeira vez o sentimentograma com a turma.

Os temas de interesse solicitados pela turma e trabalhados com eles foram: 'violência no namoro', 'aborto', 'gravidez na adolescência', 'métodos contraceptivos' e 'ISTs'. No sétimo encontro foi realizado o retorno ao sentimentograma, onde foram feitos comentários sobre os sentimentos escritos previamente e solicitados acréscimos de registros, se necessário.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação do sentimentograma foi realizada em dois momentos, uma vez no primeiro encontro e a outra vez no último encontro com a turma, o que permitiu uma análise comparativa dos registros.

Na primeira vez, os estudantes escreveram em um cartaz os sentimentos a respeito do que eles esperavam em relação aos temas a serem abordados nos próximos encontros, posteriormente esse cartaz foi revisado pelos próprios adolescentes e inseridos outros sentimentos. Quando os adolescentes definiram que não havia mais o que ser acrescentado, o cartaz foi recolhido e todos concordaram que ele seria revisto no último encontro das práticas educativas em saúde.

Os sentimentos registrados nesse primeiro momento foram: paz, respeito, cante! comunhão, mais cuidado, esclarecimento, descobrimento, seja você, felicidade, amor próprio, respeito ao próximo, amor, igualdade, sabedoria, violência, +amor por favor e reciprocidade (Figura 1).



Figura 1-Figura 1- Sentimentograma no primeiro dia de atividade educativa em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes. Rio de Janeiro. 2017

Além das palavras, alguns desenhos foram feitos sendo o coração a figura que se repetiu mais vezes. As cores foram variadas, resultando numa produção artística colorida e bem representativa dos sentimentos e expectativas da turma em relação ao que estaria por vir. Ainda no primeiro encontro aconteceu a construção do contrato de convivência, um acordo entre equipe e turma sobre os limites e direitos a serem cumpridos para o bom andamento das atividades. Por fim, foram solicitados os temas que a turma gostaria que debater nas semanas seguintes, sendo escolhido os assuntos: 'violência no namoro', 'aborto', 'gravidez na adolescência', 'métodos contraceptivos' e 'ISTs'.

A cada semana foi debatido um tema de maneira participativa e criativa. No último encontro realizou-se a avaliação do grupo e das atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva pela turma (Figura 2).



Figura 2- Sentimentograma após seis semanas de atividade educativa em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes. Rio de Janeiro. 2017

Nessa ocasião, os estudantes retornaram à primeira versão do sentimentograma, comentaram sobre o que estava escrito e acrescentaram outros sentimentos no verso do cartaz. Conforme a figura 2, o número de palavras é bem significativo quando comparadas as versões de início e fim, ou seja, a ferramenta favoreceu a expressão de sentimentos dos adolescentes, deixando-os livres para participarem com textos escritos, textos e desenhos, e sinais e textos, o que valorizou o saber e a voz dos participantes e revelou a construção de conhecimento com a riqueza de conteúdo registrado.

As palavras combinadas com sinais foram: – medo, + respeito, + igualdade de gênero, +liberdade de expressão, informe-se+, #prevenção, #não se cale, #Denuncie, #190, #conheça-se, +sabedoria, converse+, + amor, - preconceito e + cuidado.

Entre as palavras que foram combinadas com desenhos estão: aprendi a colocar a camisinha (desenho da camisinha masculina), desenho de uma flor acompanhada da palavra gratidão. Além de muitos corações coloridos.

Os adolescentes também expressaram seus sentimentos por meio das palavras ‘amadurecimento’, ‘respeite as diferenças’, ‘seja você mesma’, ‘pense’, ‘seja livre’, ‘violência não é só física’. Outras informações foram registradas, por exemplo, ‘se prevenir sempre’, ‘não se cale’ e ‘denuncie’.

Os adolescentes encontram-se num período da vida onde vários hábitos e

comportamentos são estabelecidos, incorporados e possivelmente, transferidos à idade adulta, por isso, é importante incentivá-los a serem sujeitos ativo do seu cuidado, utilizando para isso estratégias de educação em saúde que visem à promoção da saúde, a prevenção de agravos e o autocuidado (VIEIRO et al., 2015).

Todavia, é fundamental que essas ações ocorram de maneira contínua, com conteúdo e metodologias diversificadas, bem como tenham formas de avaliar a efetividade das ações, verificando a mudança de comportamento, autoconhecimento por meio construção de conhecimentos (VIEIRO et al., 2015). A produção de conhecimento é um processo de intercâmbio e negociação de significado, uma construção humana que coloca em jogo pensamentos, ações e sentimentos (YAMASAKI et al., 2014).

Segundo Fonseca (2016) a aprendizagem eficiente e com sucesso incorpora a emoção na cognição, nos processos de aquisição de novas competências e de novos conhecimentos. De acordo com esse mesmo autor, as aprendizagens complexas não podem excluir as emoções, pois elas estão intrinsecamente envolvidas nas funções de atenção, de significação, de relevância, valor social, relacional e motivacional que atravessam as várias fases do processo de aprendizagem.

4 | CONCLUSÃO

Ao fazer uso da ferramenta sentimentograma percebeu-se que os adolescentes avaliaram positivamente as ações educativas em saúde desenvolvidas na sala de aula, uma vez que ela trouxe à tona emoções positivas, pensamentos e saberes dos adolescentes sobre as temáticas abordadas no processo de ensinar e aprender. Além disso, essa inovadora ferramenta, de baixo custo é criativa e desconstrói clássicos processos avaliativos nas práticas educativas em saúde.

O ambiente escola tem sido cada vez mais requisitado para atuação de profissionais da saúde realizarem a prática educativa em saúde de forma participativa, com trocas de saberes e construção de conhecimento pautado no diálogo e na valorização do sujeito.

A interação de enfermeiros e graduandos é rica nas ações educativas, favorece a utilização de metodologias inovadoras no meio acadêmico e oportuniza maior entrosamento em diferentes níveis da formação do profissional da saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-25,2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 25(4): 1207-1227, 2015

FONSECA, V. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Revista psicopedagogia**, v.33, n.102 , 2016

GOUVÊA, M., et al . Sentimentograma: ferramenta de avaliação na era planetária. **CIAIQ**,n.1, p. 839-42.

GUETERRES, É.C, et al. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. **Revista Enfermería Global**, n.46, p.477-488, 2017.

VIERO, V.S.F., et al. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Revista Escola Anna Nery**, v.19, n.3, p.484-490.

YAMASAKI, A., et al. Sentimentograma: a emoção como ferramenta de encontro no processo de ensinar e aprender. **Revista Espaço Saúde**, v.15, n.1, p.817-18, 2014.

CAPÍTULO 5

AS DIMENSÕES ASSISTIR E GERENCIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Sarah Masson Teixeira de Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7923357750449278>

Beatriz Francisco Farah

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9381626151864695>

Fernanda Esmério Pimentel

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3638593511075790>

Juliana Nazaré Bessa-Andrade

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7195056095958173>

Nádia Fontoura Sanhudo

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1632693080890892>

Herica Dutra Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3486018823562435>

Maria Tereza Ramos Bahia

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8548857948016508>

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6335733755856473>

Thays Silva Marcelo

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas gerais
<http://lattes.cnpq.br/4425815973882330>

RESUMO: O assistir e o gerenciar são dimensões que compõem o processo de trabalho dos enfermeiros. Essas dimensões, quando articuladas e desenvolvidas de forma complementar, possibilitam o gerenciamento do cuidado de enfermagem gerando melhor qualidade e resolutividade às necessidades de saúde dos usuários do sistema de saúde.

Objetivo: analisar como as enfermeiras da Atenção Básica (AB) desenvolvem as dimensões assistir e gerenciar no cotidiano do cuidar.

Método: pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada na AB de um município da Zona da Mata Mineira, com 13 enfermeiras, que responderam a entrevista semiestruturada. Para analisar os dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Resultados: os dados foram organizados em duas categorias: percepções das enfermeiras sobre as dimensões assistir e gerenciar no cotidiano do processo de trabalho e articulação das dimensões do gerenciar e do assistir no cotidiano do processo de trabalho dos enfermeiros da Atenção Básica. **Conclusão:** as enfermeiras percebem que as dimensões assistir

e gerenciar se relacionam e são complementares, contudo, ao discorrerem sobre a própria atuação conduzem a explanação para a atividade de gerenciar o serviço e não do gerenciamento do cuidado, em virtude da presença de supervisores nas Unidades Básicas de Saúde. Sugere-se planejamento participativo dos enfermeiros e supervisores, nas gerências do cuidado de enfermagem e da unidade de saúde, e realização de educação permanente para as enfermeiras na qual se reflita o processo de trabalho e o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Cuidado de Enfermagem; Gerência; Administração dos Cuidados ao Paciente.

ABSTRACT: To assist and to manage are dimensions that make up the nurse's work process. These dimensions, when articulated and developed in a complementary way, enable the management of nursing care, generating better quality and resolving the health needs of users of the health system. **Objective:** to analyze how primary health care nurses develop the dimensions to assist and to manage in daily care. **Method:** descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out in the primary care setting of a municipality in the Zona da Mata Mineira, with 13 nurses, who answered the semi-structured interview. To data analysis, the content analysis technique proposed by Bardin was used. **Results:** the data were organized into two categories: nurse's perceptions of the dimensions to assist and to manage in daily work process and articulation of the dimensions of managing and assisting in the daily work process of primary health care nurses. **Conclusion:** nurses realize that the dimensions to assist and to manage are related and complementary; however, when discussing their own performance, they lead to an explanation for the activity of managing the service and not of care management, due to the presence of supervisors in the Basic Health Units. Participatory planning of nurses and supervisors is suggested in the management of nursing care and the health unit; and, conducting permanent education for nurses for reflection of the work process and the management of nursing care.

KEYWORDS: Nursing; Primary Health Care; Nursing Care; Management; Patient Care Management.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto profissão socialmente necessária, tem como essência o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, desempenhando suas ações com base no conhecimento científico do saber-fazer, nas práticas orientadas pelo contexto histórico, político, social, ético e legal. O profissional está respaldado legalmente a exercê-la com autonomia e autenticidade (SAMPAIO, 2019; BRASIL, 1986).

Perante as transformações vivenciadas no mundo do trabalho, observa-se que o enfermeiro do século XXI não pode prescindir de refletir sobre sua prática

profissional e seu processo de trabalho em prol de contribuir para a prestação de um serviço de qualidade, que responda às necessidades da atualidade, e continuar a ser força vital no sistema de saúde (SILVA; ALVES; FORTES, 2019).

O processo de trabalho em enfermagem é caracterizado como um conjunto de saberes, em que os profissionais se organizam para realizar a prestação da assistência no âmbito individual e coletivo com a finalidade de obter os resultados desejados, decorrentes das suas práticas (GOMES; JÚNIOR, 2015). Ao observar o processo de trabalho em enfermagem verificam-se várias atividades desenvolvidas pela equipe que se organizam em subprocessos de trabalho o assistir, o administrar/gerenciar, educar, pesquisar e participar politicamente (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Neste estudo optou-se por investigar o gerenciar e o assistir, por serem as duas dimensões mais desenvolvidas no cotidiano dos enfermeiros (BORGES; SÁ; NEVES, 2017). O assistir consiste em reconhecer as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do ser humano, por meio de instrumentos, planejamento, procedimentos e técnicas desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Já o administrar/gerenciar é representado como atividade privativa do enfermeiro, que adota estratégias e ferramentas gerenciais, com a finalidade de implementar condições apropriadas de cuidado aos pacientes e de desempenho das práticas aos trabalhadores (BORGES; SA; NEVES, 2017).

Observa-se que essas dimensões articuladas e concretizadas nas práticas cotidianas colaboram para que o enfermeiro e sua equipe desenvolvam o gerenciamento do cuidado (JACONDINO *et al.*, 2019), que tem por finalidade potencializar com qualidade as intervenções terapêuticas, melhorar as interações entre os profissionais da equipe e estabelecer um atendimento pautado nas particularidades e na integralidade do ser humano. A gerência do cuidado é realizada por meio do diagnóstico, planejamento, execução, avaliação do cuidado, delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. Dessa forma, tem a capacidade de organizar o processo de trabalho em enfermagem (COSTA *et al.*, 2017).

Contudo, identifica-se nas práxis dos enfermeiros, que ainda há um distanciamento entre as dimensões, assistir e gerenciar/administrar que são realizadas de forma desarticulada, isolada e independente, mas para o efetivo gerenciamento do cuidado é necessário que essas dimensões se teçam e se unam complementarmente (MARTINS e CRUZ, 2018).

A fragmentação entre as dimensões do assistir e do gerenciar é fortalecida nos serviços de saúde quando os enfermeiros que assumem a função de gerência, na maior parte do tempo ou em sua totalidade, têm dificuldade de articular as ações gerenciais com as assistenciais, em virtude da organização das instituições, que inserem as atividades gerenciais em uma dimensão técnica e administrativa. Em contrapartida, aqueles que atuam na assistência, tendem a menosprezar a atividade

de gerenciamento, considerando-a um serviço de cunho burocrático, valorizando e entendendo como cuidado somente aquilo que depende de sua ação direta junto ao paciente.

Torna-se necessário buscar estratégias e abordagens coordenadas, a fim de desenvolver o efetivo cuidado sendo necessária a promoção de práticas colaborativas estimulando parcerias entre os membros da equipe.

A Atenção Básica (AB) é considerada alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se como o centro do desenvolvimento de ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), e tem por objetivo a promoção e recuperação da saúde e a prevenção da doença, no âmbito individual e coletivo, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). O enfermeiro por meio do seu processo de trabalho se faz cada vez mais presente e essencial para o desenvolvimento das atividades propostas nesse nível de atenção (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Contudo, salienta-se que os estudos sobre gerenciamento do cuidado ainda se concentram nos ambientes hospitalares, sendo poucos os estudos realizados no âmbito da AB (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Há enfermeiros que percebem e reconhecem a importância da gerência do cuidado, ao realizar ações administrativas por meio de instrumentos avaliativos, planejamento de atividades, previsão e provisão de recursos humanos e materiais. Entendem que fortalecem suas práticas assistenciais, instigando-os a visão crítica e reflexiva acerca do atendimento à população e principalmente das ações contínuas do cuidado, fomentando, dessa forma, uma melhoria das práticas do cuidar (GALIZA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2015).

No entanto, considera-se um desafio organizar e fomentar estratégias que se apoiam na gerência do cuidado como eixo central norteador das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SODER *et al.*, 2020), frente às dificuldades encontradas no cotidiano do enfermeiro, como: sobrecarga de trabalho, falta de profissionais na equipe, estrutura física inadequada, equipamentos insuficientes (ROSA, ZOCCHÉ; ZANOTELLI, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2017) e, em alguns casos, o ensino defasado dos enfermeiros, refletindo diretamente nas dimensões do assistir e do gerenciar, transformando esta última em ações fiscalizadoras nas quais este profissional inclina-se para o cumprimento de metas, inviabilizando a criação de espaços coletivos de gestão (SODER *et al.*, 2020).

Evidencia-se ainda que a gerência da unidade de saúde em alguns municípios tem sido assumida pelo enfermeiro e em muitos casos, foi verificado que desempenhavam múltiplas funções além da gerência (NUNES *et al.*, 2018; OLIVEIRA; LOPES, 2017; CARDOSO *et al.*, 2019). Mesmo não sendo gerentes de unidades, os enfermeiros têm sido a referência da equipe de saúde (SIQUEIRA *et*

al., 2018), ocasionando sobrecarga de trabalho e comprometendo a gerência do cuidado.

Dessa forma, pesquisar sobre o desenvolvimento das dimensões do assistir e do gerenciar no cuidado de enfermagem torna-se necessário em virtude de favorecer uma assistência integral e de qualidade seja individual ou coletiva. Nessa perspectiva, a seguinte questão norteou essa pesquisa: as enfermeiras realizam o gerenciamento do cuidado? Este estudo teve como objetivo analisar como as enfermeiras da AB desenvolvem as dimensões assistir e gerenciar no cotidiano do cuidar.

2 | MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida no cenário da AB de um município da Zona da Mata Mineira. O estudo contou com a participação de 13 enfermeiras, lotadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) cujo modelo assistencial de saúde era a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

As enfermeiras foram recrutadas por meio de contato telefônico, no qual se realizou o convite e agendamento dos dias e horários, com aquelas que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, conforme a disponibilidade das mesmas para a realização das entrevistas nas UBS.

Utilizou-se como critério de inclusão todos os enfermeiros das UBS com ESF, de ambos os sexos, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos enfermeiros com período de atuação na UBS menor que um ano e aqueles que não tiveram disponibilidade para agendar a entrevista após três tentativas realizadas pela pesquisadora.

Para coleta de dados, que aconteceu no período de fevereiro a maio de 2018, utilizou-se entrevista semiestruturada com roteiro norteador que versava sobre o cuidar dos enfermeiros na AB, sob a ótica das dimensões do assistir e do gerenciar no cotidiano do processo de trabalho. Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa, as entrevistas foram realizadas até obter-se adensamento teórico em relação ao conteúdo manifesto pelas participantes (MINAYO, 2014). Foram 13 os participantes que atenderam aos critérios de elegibilidade e recrutados por conveniência (NOBRE *et al.*, 2017). O que definiu o número de participantes foi a reincidência nos dados, sendo realizadas mais três entrevistas após a constatação (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

As entrevistas foram gravadas em áudio, após aceite e autorização das participantes por meio do termo de consentimento livre esclarecido. A média de duração das entrevistas foi de 30 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e codificadas para preservar o anonimato das participantes com a letra “E” e

número arábico conforme a ordem de realização das mesmas de E1 a E13.

As entrevistas foram transcritas à medida que eram realizadas, vislumbrando a análise e interpretação. Estas foram armazenadas em banco de dados eletrônico do programa *Microsoft Word for Windows*. Os dados foram analisados pela proposta de análise de conteúdo, constituída pelas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferências e interpretações (BARDIN, 2016).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Juiz de Fora (UFJF), aprovada com o parecer de nº 2.478.735 de 29/01/18.

3 | RESULTADOS

As participantes eram em sua totalidade do sexo feminino, com idades entre 33 a 57 anos. Todas enfermeiras possuíam mais de 10 anos de formação e todas referiram ter concluído alguma pós-graduação, na modalidade especialização e/ou residência (7) e mestrado (6). A atuação na AB variou de 2 a 27 anos, sendo a média de 13 anos.

Observou-se o aumento de participação em mestrado, modalidade que antes era realizada apenas para quem desejasse realizar a carreira acadêmica. O aumento dos egressos de programas de pós-graduação *stricto sensu* em enfermagem é reflexo do panorama nacional que apresenta uma expansão dos cursos nessa modalidade. Isto corrobora com a busca dos enfermeiros pelo estabelecimento de mudanças na prática caracterizado por estratégias promovedoras de construção e divulgação do conhecimento (GUIMARÃES; GONTIJO; RODRIGUES, 2019). Após transcrição e análise das entrevistas emergiram duas categorias que serão apresentadas a seguir:

3.1 Percepções das enfermeiras sobre as dimensões assistir e gerenciar no cotidiano do processo de trabalho

Inicialmente as enfermeiras relataram que as dimensões assistir e gerenciar se relacionavam e se complementavam, e que as atividades desenvolvidas buscavam uma melhora no desempenho das funções de cada profissional na equipe, impactando positivamente no processo de trabalho. No entanto, algumas quando discorriam sobre a própria atuação demonstravam dificuldade em articular as dimensões, tendenciando para o ato de gerenciar o serviço e não para a gerência do cuidado:

"[...] essa parte gerencial tem muito a ver com a parte assistencial né [...] até mesmo para o serviço funcionar da melhor maneira e poder desenvolver a parte da assistência." E7

"[...] a parte gerencial que eu faço mais aqui é a nível de pessoal, organizar o acolhimento. [...] não é só ver se aquele funcionário veio trabalhar e fazer folha de ponto, essas coisas não... é também administrar todo o serviço, fazendo reuniões. [...] fazer um diagnóstico do que não tá dando certo... de traçar alguns objetivos e algumas metas para serem traçadas." E7

"A gente pra gerenciar o cuidado a gente tenta dividir os horários, os grupos... Eu acabo gerenciando toda a unidade. Porque se tiver um mutirão de preventivos, por exemplo e se faltar o espêculo, eu que não gerenciei, eu que não fiz a melhor previsão... então, é... tem que tá prevendo, provendo todo o material suficiente para fazer as ações programáticas que a gente organizou. Então acaba sobrecarregando um pouco." E9

Nota-se que outros enfermeiros valorizaram a dimensão assistencial em detrimento da gerencial. Conforme mostra os trechos abaixo:

"[...] eu sou mais assistencial que gerente, eu acredito nisso. Eu gosto muito do ser enfermeira. Eu nunca tive essa pretensão de ser gerente." (E1)

"Se eu estou no preventivo, tem o cuidado né, que a gente tá coletando o material que vai ser avaliado e tudo, mas ali já [...] faz uma série de perguntas, [...] como que é o meio que essa mulher tá inserida, o estilo de vida e orientação... muita orientação, dentro do que cada uma apresenta pra gente, dentro da particularidade de cada uma." (E5)

"[...] mas assim, eu não parei com nenhuma parte assistencial, eu faço puericultura, pré natal, consulta ao hipertenso, consulta ao diabético, consulta ao tuberculoso quando tem caso, preventivo, grupo educativo quando a gente tem." (E3)

Ao serem questionadas sobre as dimensões do assistir e do gerenciar no cotidiano do processo de trabalho, houve enfermeiras que as relacionaram com atividades administrativas de gerência da UBS e outras que consideraram essas dimensões opostas, demonstrando dificuldade de compreensão do significado de gerência do cuidado:

"Bem, eu fui supervisora durante dois anos e esse período eu senti que ficou uma parte a desejar em relação da enfermagem na questão do assistir e aí eu larguei a supervisão pra ficar no assistir, né... então, é... eu acho que o gerenciar é importante, mas toma tempo. [...] eu acho que a questão do assistir é mais prioridade." (E6)

"É... bem difícil, porque o assistir, ele... é uma coisa... como eu vou dizer? É uma coisa mais de si mesmo, você tem que estar ali, se doando. O gerenciar é mais difícil porque você depende de algumas coisas. E gerenciar tanto fluxo, assistência, quanto o pessoal..."

questão de funcionário, é muito difícil, muito complicado, não dá pra fazer as duas coisas, a gente não consegue fazer a correlação do assistir e do gerenciar." (E10)

3.2 Articulação das dimensões do gerenciar e do assistir no cotidiano do processo de trabalho dos enfermeiros da Atenção Básica

Essa categoria foi elucidada a partir do questionamento realizado às enfermeiras sobre como elas identificavam a articulação das dimensões gerenciais e assistenciais no cotidiano do processo de trabalho. A maioria das enfermeiras afirmou realizar a articulação entre o assistir e administrar em enfermagem:

"Existe sim uma articulação, o enfermeiro que não gerencia o cuidado, que não planeja o cuidado, ele apaga incêndio né [...] o enfermeiro que não conhece o território, não sabe priorizar o que ele vai fazer, ele não vai dar conta de fazer o todo. Então, ele tem que priorizar e assim, de preferência, que se priorize dentro da necessidade do território dele." (E11)

"Sim, com certeza, eu acho que no momento que a gente trabalha com a ESF a gente já busca né, conhecer o território né... a população adscrita, a cultura dessa comunidade. [...] aí acho que a partir disso a gente já começa um planejamento né, das atividades que a gente vai realizar, voltada para esse conhecimento." (E12)

Os profissionais que desenvolvem o processo de trabalho pautado na gerência do cuidado buscam mobilizar os recursos a fim de conduzir um cuidado organizado e articulado com toda a equipe de saúde e de enfermagem, integrando em seu planejamento intervenções que envolvam a previsão e provisão de recursos indispensáveis à assistência:

Se você tem um paciente com tuberculose, você faz a assistência, mas se você não preenche as planilhas, não preenche as notificações você não está gerenciando [...] Você faz o preventivo, você tem que informar o que você gastou, preencher o pedido que você gastou, pra você repor e ter material pra fazer os demais preventivos. E assim sucessivamente, o seu preventivo [...] até mesmo a questão de lâmpadas, isso tudo você tem que informar. " (E3)

"Então, eu identifico isso o tempo todo né, a gente acaba não conseguindo desvencilhar uma coisa da outra. A gente não consegue separar, a gente tem que estar o tempo todo pensando, mas às vezes se torna um processo tão automático do dia a dia mesmo... que... a gente não presta atenção, agora vou gerenciar, agora vou planejar... então eu faço a minha programação do mês todo, todas as atividades que eu vou realizar, [...] qual a população que eu quero atingir, então eu acho que o tempo todo isso tá articulado, não tem como separar isso não. " (E4)

4 | DISCUSSÃO

O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) é marcado pelas dimensões assistir e gerenciar, e a articulação entre estas compõem a gerência do cuidado de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Pode-se inferir que as enfermeiras apresentaram dificuldades em exercer as dimensões assistir e gerenciar de forma articulada em virtude de fatores presentes no cotidiano do trabalho, que comprometem o desenvolvimento como: não entendimento sobre o gerenciamento do cuidado, por compreender que a gerência era ter que realizar a organização da UBS e por possuir um supervisor que realizava as atividades gerenciais para a UBS, dando dúvida interpretação as enfermeiras, se eram supervisores das UBS eram responsáveis por realizar a provisão e previsão de material para o cuidado de enfermagem. Portanto, em suas ações cotidianas, a articulação das dimensões gerenciais e assistenciais voltadas para o cuidado de enfermagem ficava comprometida, assim, na maioria das vezes, o gerenciamento do cuidado era realizado de forma incipiente.

Para a realização do gerenciamento do cuidado de forma plena algumas etapas devem se realizar como: planejamento da assistência; realização da previsão e provisão de recursos materiais, promoção de ações de aprimoramento de conhecimentos teórico-práticos para a equipe de enfermagem, como educação permanente, desenvolvimento de projetos e ações de cuidado com e para os usuários, promoção da interação da equipe; realização da articulação e negociação para garantia da qualidade do cuidado (LIMA, 2017). Portanto, neste estudo as enfermeiras demonstraram a necessidade de maior informação e educação permanente que refletisse o processo de trabalho e sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Com relação a dimensão gerenciar e assistir, Lima *et al.* (2020) em seu estudo sobre a concepção do enfermeiro a respeito do processo gerenciar, ressalta a indissociabilidade entre estas dimensões que são complementares entre si, onde a primeira tem a finalidade de organizar o serviço de enfermagem, provendo as condições necessárias ao assistir que, por sua vez, tem o objetivo de atender as necessidades de saúde da população, sejam elas coletivas ou individuais por meio do cuidado integral (LIMA *et al.*, 2020).

A articulação entre as cinco dimensões do processo de trabalho é essencial para que o enfermeiro desenvolva suas atividades. Nesse sentido, a compreensão da relação de vínculo entre o assistir e o administrar torna-se imprescindível, para que se possa atender às necessidades de cuidado aos usuários, aos objetivos que neste estudo é a AB e da equipe de enfermagem. Entretanto, no gerenciamento do cuidado elas encontram-se juntas numa relação de complementaridade, na qual a

não realização de alguma delas, compromete o cuidado (BORGES; SÁ; NEVES, 2017).

Encontra-se no cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro, o desafio de desenvolver e potencializar a gerência do cuidado em enfermagem elemento que ainda carece de discussões ampliadas (SODER *et al.*, 2020). Em outros estudos, evidenciou-se que os enfermeiros ainda não apresentavam clareza do conceito de gerenciamento do cuidado, apresentando uma percepção fragmentada entre as dimensões do assistir e do gerenciar, com pouco entendimento do processo de trabalho gerencial, algo que dificultava a realização da coordenação do cuidado e, consequentemente, a prática de atenção integral ao usuário (OLIVEIRA; LOPES, 2017, COSTA *et al.*, 2017; MORORÓ *et al.*, 2017).

Observou-se que houve uma tendência dos enfermeiros em vincular a dimensão gerência com o gerenciamento institucional (GALIZA *et al.*, 2016), como observado nas falas E6, E7 e E10 em que as enfermeiras assimilaram o gerenciamento do cuidado como o papel do gestor da UBS, que administra e coordena o trabalho de toda a equipe.

As enfermeiras (E6 e E10) relacionavam a gerência do cuidado com o cargo de supervisão da UBS, que era ocupado por algumas, que tinha como atribuição a realização de previsão e provisão de materiais para a UBS, supervisão de todos os profissionais da equipe de saúde, planejamento e programação da unidade com toda a equipe, organização da UBS, dentre outras. Essas atividades são importantes e interferem no gerenciamento do cuidado, porém a gerência referida não era específica do processo de trabalho da enfermeira, o que distanciava e dificultava esta profissional no desenvolvimento de sua prática por assumir duas funções: enfermeira de uma equipe e supervisora da unidade de saúde. Ao assumir a duplicidade de funções, a enfermeira afeta a totalidade do gerenciamento do cuidado, pois ela necessitava delegar a responsabilidade do cuidado direto da população de sua área à equipe de enfermagem, indicando a subdivisão do processo de gerenciamento do cuidado.

Salienta-se que apesar da enfermagem buscar inovações no modelo assistencial, suas ações tendem para a fragmentação do processo de trabalho, com a separação das tarefas de cuidado indireto, gerenciais e administrativas, daquela assistenciais ou de cuidado direto (LANZONI *et al.*, 2015), como pode ser observado neste estudo.

A fragmentação da assistência caracterizada pela dicotomia entre as dimensões assistenciais e gerenciais é evidenciada em cenários nos quais os enfermeiros possuem dificuldades em integrar os cuidados diretos com os cuidados indiretos. Muitas vezes eles manifestam um bom desempenho assistencial, mas com fragilidades na realização de tarefas administrativas, ou o inverso, apresentando

uma predisposição a desprestigiar a atividade que não exerce (CARDOSO *et al.*, 2019)

Uma constante busca pelo equilíbrio no processo de trabalho por meio da identificação das fragilidades e potencialidades que a equipe e o serviço de saúde apresentam, integra as estratégias e atividades vinculadas a gerência do cuidado (SODER *et al.*, 2020). A percepção das enfermeiras sobre as dimensões assistir e gerenciar (E6; E7; E9; E10) fomenta reflexões sobre como a dimensão do gerenciar é compreendida de forma equivocada pelas profissionais, que associam tal dimensão ao gerenciamento do serviço e não ao gerenciamento do cuidado, além do desenvolvimento dessas dimensões de forma desarticulada na execução do seu processo de trabalho, podendo levar ao comprometimento da qualidade da assistência.

As narrativas relacionadas ao gerenciar apresentaram-se muito vinculadas às questões burocráticas e institucionais. Infere-se a pouca compreensão do cuidado de enfermagem indireto como uma atividade meio, visto que este contribui para a organização e a implementação do cuidado direto (COSTA *et al.*, 2017). Nota-se com isto que a dimensão do gerenciar ainda não foi compreendida em sua totalidade.

A articulação das dimensões assistir e gerenciar deve ser realizada a partir de uma consciência crítico-reflexiva do processo de trabalho da enfermeira, buscando um adequado planejamento da assistência que considere o contexto da população atendida e os determinantes sociais do processo saúde/doença aos quais essa população está exposta, buscando a compreensão e o atendimento das suas necessidades de saúde. Sendo assim, a organização das atividades do processo de trabalho da enfermeira deve estar articulada com o conhecimento do território (E11 e E12), de forma a auxiliar no levantamento de diagnósticos situacionais que poderão nortear o planejamento da assistência (COSTA *et al.*, 2017).

Os relatos (E4; E11 e E12) ressaltam que profissionais que não se apropriam da gerência do cuidado, tendem a ficar rendidos às demandas emergenciais que surgem na unidade. O conhecimento do território (E11 e E12) foi apontado como um dos princípios da APS, fundamental para organização da assistência à saúde da população adscrita à UBS, bem como para subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem segundo as necessidades de saúde da população, demonstrando que as enfermeiras compreendem a importância da incorporação do princípio da territorialização no planejamento e execução do seu processo de trabalho na atenção primária.

Estudos demonstram que a articulação do administrar e do assistir é realizada privativamente pelo enfermeiro na equipe de enfermagem, e está relacionada com a busca pela qualidade do cuidado e de melhores condições de trabalho para a equipe

de saúde. Ao fazer uso de seu posto administrativo com o planejamento, a execução, a avaliação e o controle, por meio da coordenação, supervisão e comunicação, o enfermeiro utiliza ferramentas para a melhoria na qualidade da assistência, a saber: elaboração de planos de cuidado para/com os usuários, planejamento das atividades, provisão e previsão de recursos materiais, organização das ações da equipe de enfermagem, qualificação da equipe por meio de educação continuada, educação em saúde com os usuários e continuidade do cuidado (FERMINO *et al.*, 2017; GALIZA *et al.*, 2016; SODER *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2015).

De acordo com o relato das enfermeiras as dimensões assistir e gerenciar no cotidiano de trabalho foram consideradas como atividades complementares. Contudo, a compreensão dos aspectos relacionados a estas dimensões ainda é limitada, posto que nos relatos prevaleceram questões administrativas de cunho burocrático, como a notificação de agravos por meio de planilhas e a comunicação dos gastos com insumos e não como ações de cuidado indireto de enfermagem. Observa-se a necessidade de entendimento acerca do gerenciamento do cuidado que supere as rotinas do cotidiano, e envolva a construção de planos de cuidados junto ao usuário e qualificação da equipe de enfermagem, objetivando a continuidade do cuidado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escuta qualificada das enfermeiras sobre a vivência delas no cotidiano do assistir e do gerenciar, permitiu compreender que o gerenciamento do cuidado de enfermagem é uma atividade que qualifica o cuidado de enfermagem. Contudo, infere-se que as profissionais demonstravam dificuldade em executar e especificar a gerência do cuidado no próprio cotidiano.

Foi evidenciada a dificuldade das enfermeiras em compreender o conceito de gerenciamento do cuidado, expressada pela constante associação desse conceito com as atividades de gerenciamento da unidade e não do cuidado, o que nos leva a inferir que este é um tema pouco debatido nos espaços de formação.

Sugere-se a educação permanente como uma ferramenta para incentivar a reflexão do processo de trabalho junto às enfermeiras, ratificando a importância da indissociabilidade entre assistir e gerenciar e para o desenvolvimento do cuidado integral à população adscrita às suas UBS.

Também, que os modelos gerenciais do cuidado e da UBS sejam mais participativos contando com a colaboração das enfermeiras e supervisoras, na definição das atribuições pertinentes ao gerenciamento do cuidado e do gerenciamento das UBS, evitando a fragmentação das atividades, a indefinição de atribuições, a não resolatividade da assistência prestada causando prejuízos à

população.

A limitação deste estudo está na impossibilidade de realizar generalização em virtude de características específicas do contexto das enfermeiras e do modelo assistencial implantado no município, mas pode-se inferir que ele poderá servir de subsídios e estímulos para ser realizado em outros cenários de APS.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para reflexão dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho e, principalmente, da importância da gerência do cuidado no âmbito de suas práticas, possibilitando a qualificação do serviço prestado ao indivíduo, família e comunidade. Aponta a necessidade que na graduação se discuta e reflita o processo de trabalho dos enfermeiros e as dimensões que o compõe nos diversos cenários de prática, reforçando a indissociabilidade entre elas para uma assistência qualificada e segura. Destaca-se a relevância desse estudo, visto que possibilitou o conhecimento da realidade dos enfermeiros da AB, compreendendo as suas dificuldades na execução e nos conhecimentos sobre a gerência do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: [Edições 70]; 2016. 224 p.

BORGES, T.A.C.; SÁ, R.C. DE, NEVES, M. DA G.C. Planejamento da Assistência em Enfermagem: proposta para implementação de um instrumento administrativo-assistencial. **Com Ciências Saúde**, v. 28, n.3/4, p.413-418, 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/283/274>. Acesso em: 09/07/2020.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html Acesso em: 10/07/2020

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10/07/2020

CARDOSO, H.M. *et al.* Percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde frente a atribuição de gestor da unidade. **Rev Enferm e Atenção à Saúde**, v.8, n.2, 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3601> Acesso em: 11/07/2020.

COSTA, M.A.R. *et al.* Care management from the perspective of supervising nurses. **Rev Rene**, v.18, n.4, p.476-482, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20229> Acesso em: 11/07/2020

DE LIMA, M. A. D. S. Enfermagem e suas Dimensões: A Gestão do Cuidado e O Impacto Na Saúde. In: **Anais da Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Escola de Enfermagem da UFRGS**, 28, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165257/001026530.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 15/07/2020.

FERMINO, V. *et al.* Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.19, n.1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42691> Acesso 17/03/2020.

FERREIRA, S.R.S. *et al.* A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, n.1, p.704-709, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf Acesso em: 06/05/2020

FERREIRA, V.H.S. *et al.* Contributions and challenges of hospital nursing management: scientific evidence. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180291, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v40/en_1983-1447-rgeenf-40-e20180291.pdf Acesso em: 01/07/2020.

GALIZA, F.T. de *et al.* Management of the nursing care in the family health strategy. **Rev enferm UFPE**, v.19, n.11, p. 1075-81, 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10373/pdf_11350 Acesso em: 17/03/2020.

GOMES, L. T. S.; SILVA JÚNIOR, S. I. Processo de trabalho em enfermagem na saúde da família: revisão da literatura. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 390-397, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15347>. Acesso em: 18/03/2020.

GUIMARÃES, E.A. de A.; LAERTE GONTIJO, T.; BARROSO RODRIGUES, S. A pós-graduação stricto sensu em enfermagem e a formação de pesquisadores. **Rev Enferm do Centro-Oeste Min.**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3602> Acesso em: 10/07/2020.

JACONDINO, M.B. *et al.* Representações de enfermeiros de um hospital de ensino acerca do objeto, finalidade e instrumentos do seu trabalho. **Revista Cuidado é Fundamental**, v.1, n.11, p.216-221, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-96851> . Acesso em: 06/04/2020.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 322-32, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/29570> Acesso em: 25/06/2020.

LIMA, T.J.A. *et al.* Processo gerenciar em enfermagem em realidades distintas: relato de experiência. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 5, p. 31941-31950, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n5-589> Acesso em: 05/07/2020

MARTINS, A.; CRUZ, K.M.C. Gerenciamento em enfermagem: uma revisão integrativa da última década (2008 – 2018). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 233-244, 2018. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/670/570> Acesso em: 10/07/2020.

MINAYO, S.D.C.M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed – São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MORORÓ, D.D. de S. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n.3, p.323-55, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043> Acesso em: 12/07/2020

NASCIMENTO, L. de C.N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Brasileira de Enfermagem.**, v. 71, p. 228-33. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616> Acesso em: 20/07/2020.

NOBRE, F.C. *et al.* A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multipragmático: peculiaridades do método qualitativo. **Revista Espacios**. V.3, p. 1-11. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf> Acesso em: 20/07/2020.

NUNES, L.O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev Panam Salud Publica.**, v.42, 42:e 175, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175> Acesso em: 17/07/2020.

OLIVEIRA, C. de. *et al.* Leadership in the perspective of Family Health Strategy nurses. **Rev Gauch Enferm.**, 41:e20190106, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190106> Acesso em: 11/07/2020.

OLIVEIRA, T. dos S.; LOPES, A.O.S. The Nurse and his work in the Management of Basic Health Units in the Interior of Bahia. **Id Line Rev Psic V**, v. 10, n.33, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/604/858> Acesso em: 11/07/2020.

ROSA, A.P.L. da; ZOCCHÉ, D.A. de A.; ZANOTELLI, S. dos S. Gestão do cuidado à mulher na Atenção Primária: estratégias para efetivação do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, v.11, n.1, p.93-98, 2020 Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/2670/710> Acesso em: 10/07/2020.

SAMPAIO, Rodrigo Soares. Contribuições do processo de enfermagem e da sistematização da assistência para a autonomia do enfermeiro. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1777/506> Acesso em: 30/07/2020

SANTOS, A. *et al.* Percepção dos Enfermeiros quanto a gerência do cuidado em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Maracanaú-Ce. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/viewFile/73/92>. Acesso em: 06/04/2020.

SILVA, B.L.G. da; ALVES, E. da S.; FORTES, A.F.A. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, v. 23, n. 2, p.81-88, 2019. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6136>. Acesso em: 10/06/2020.

SILVA, S.S. da, ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M. dos. The nurse as the protagonist of care management in Estratégia Saúde da Família: different analysis perspectives. **Texto Context. Enferm.**, v.26, n.3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016> Acesso em: 12/07/2020

SIQUEIRA, V.C.A. *et al.* As dimensões do processo de trabalho do enfermeiro em uma clínica da família. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, p.512-521. 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1816> Acesso em: 27/07/2020

SODER, R.M.; OLIVEIRA, I.C.; ANILDO, L. Management Practices in Primary Care. **Revista Cubana de Enfermería**, v.36, n.1, p.1-14, 2020. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815> Acesso em: 11/07/2020.

CAPÍTULO 6

AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: ERROS E CUSTOS

Data de aceite: 01/10/2020

Adam Carlos Cruz da Silva

Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, UNIRIO
Brasil

<http://lattes.cnpq.br/1779758069229824>

Vivian Schutz

Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ
Brasil

<http://lattes.cnpq.br/5052180686707412>

RESUMO: Objetivo: Analisar as glosas e as suas justificativas como o seu impacto financeiro no Home Care do Sistema Único de Saúde Métodos: Tratou-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, que se utilizou da avaliação econômica em saúde. Os dados foram coletados em uma matriz e compilados no programa Excel onde foram analisados. Foi submetido e aprovado no Comitê de ética em pesquisa. Resultados: Constatou-se um percentual elevado de contas médicas glosadas para as doenças crônicas não transmissíveis que vêm ocupando o topo da lista dos custos em saúde. As glosas evidenciadas neste estudo demonstraram o cenário dos custos no homecare específico no SUS, representando os itens e subitens mais glosados, as suas justificativas e a apresentação financeira do período estudado. Conclusão: Com base neste estudo, constatou-se um percentual considerado elevado de contas médicas para as doenças crônicas não transmissíveis. A auditoria em saúde vem buscar, contribuir e melhorar o

equacionamento da gestão otimizando uma melhor a alocação de recursos financeiros em saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Glosas, internação domiciliar e Custos.

ABSTRACT: Objective: To analyze the disallowances and their justifications as their financial impact on the Home Care of the Unified Health System. Methods: It was a descriptive study of the case study type, which used the economic evaluation in health. The data were collected in a matrix and compiled in the Excel program where they were analyzed. It was submitted to and approved by the Research Ethics Committee. Results: There was a high percentage of disallowed medical bills for chronic non communicable diseases that have been at the top of the list of health costs. The disallowed evidenced in this study demonstrated the scenario of costs in the specific homecare in SUS, representing the most disallowed items and subitems, their justifications and the financial presentation of the period studied. Conclusion: Based on this study, a high percentage of medical bills for chronic non communicable diseases was found. The health audit seeks, contributes and improves the management approach, optimizing the allocation of financial resources in health.

KEYWORDS: Disallowances, home care and costs.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 Internação Domiciliar

Nas últimas décadas têm sido crescente

no mundo inteiro um movimento que busca respostas para o fenômeno dos altos custos sociais com a atenção hospitalar e a insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações. A internação domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (BRASIL, 2014).

Contextualizando a problemática do estudo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) define, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Busmester e Moraes (2014) colocam que a desospitalização precoce é uma tendência mundial, não só para minimização de custos, mas também porque já está demonstrado que, para determinadas propostas de tratamento, a recuperação da doença é mais rápida e efetiva em ambiente familiar.

Os critérios de elegibilidade para a admissão de pacientes na internação domiciliar são advindos da vertente do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que tem um caráter mais ambulatorial, diferente do Serviço de Internação Domiciliar (SID), que necessita de assistência nas 24h, saindo da modalidade de ambulatório para a de internação e que, depois de inserido no programa, é regulado pela empresa terceirizada.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 963 (BRASIL, 2013), a Atenção Domiciliar (AD) é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A AD é organizada em três modalidades distintas:

- a) AD tipo um (AD1) é destinada à prestação da assistência à saúde aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta portaria;
- b) AD tipo dois (AD2) é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma

unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção;

- c) AD tipo três (AD3) é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 963 (BRASIL, 2013), o usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de, pelo menos, uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua, necessidade de assistência contínua de enfermagem, necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e/ou a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) descreve que a abrangência da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o crescimento contínuo dos gastos em saúde, associados ao perfil epidemiológico da população e à oferta cada vez maior de novas tecnologias, fizeram emergir a necessidade de políticas para a gestão de tecnologias em saúde.

1.2 Glosas

A auditoria é um processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter as evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado. Em algumas ocasiões, essas auditorias detectam algumas inconformidades que são conhecidas como glosas.

As glosas ou correções são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre convênio (Operador) e prestador de serviços (Empresa).

As glosas podem ser classificadas em administrativas e técnicas. As glosas administrativas são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço (instituição hospitalar), ou, ainda, falha no momento da análise da conta do prestador. As glosas técnicas estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados (PELLEGRINI, 2004;

RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004; SCARPARO; FERRAZ, 2005).

Os gestores estaduais e municipais devem estar munidos de informações suficientes e de instrumentos de regulação e avaliação para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde de sua população (BRASIL, 2001).

Saber os índices de glosas e os seus custos permite uma avaliação técnica do processo de faturamento apresentado pela empresa para o pagamento dos serviços prestados durante a internação domiciliar, ratificando o trabalho da análise da equipe de Auditoria do SUS no município perante a alocação de recursos financeiros em saúde.

O presente estudo teve como objeto as glosas no Serviço de Internação Domiciliar (SID) no Sistema Único de Saúde (SUS) em seu âmbito municipal. A escolha por esta temática se originou a partir da minha atuação profissional como servidor e integrante da equipe do Núcleo de Auditoria, Controle e Avaliação, especificamente no setor de Auditoria de Contas Médicas e do setor de contratualização.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo, que se utilizou da avaliação econômica parcial para estudar as glosas e seus custos nas contas médicas do SID no período de Janeiro a Outubro do ano de 2015. Os dados foram compilados para o programa Excel para a análise. O estudo seguiu as normativas da Resolução CNS nº 466/12 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número de registro CAAE 62231416.3.00005285 e de parecer 1.949.693.

3 | RESULTADOS

3.1 Perfil Epidemiológico e Demográfico do SID

O perfil do atendimento do prestador considerando os dados demográficos e epidemiológicos do SID no Município mostram a clientela. Na Distribuição dos pacientes por Distrito, o local com maior número de pacientes é o nível urbano da Cidade, onde o 1º Distrito A concentram 80,26% dos casos do SID, seguido pelo 2º Distrito B com 7,89%, Distrito C e D com ambos com 2,63%, e os demais Distritos representaram cada um deles com 1,32% dos casos.

No quadro abaixo verifica-se a análise da faixa etária dos pacientes do Sid conforme abaixo:

Faixa Etária	Qtde de Pacientes	Distribuição % por Faixa Etária
Não informado	1	1,32%
Adulto	18	23,68%
Criança	14	18,42%
Idoso	36	47,37%
Jovem	7	9,21%
Total Geral	76	100,00%

Quadro I: Faixa etária dos pacientes do SID

FONTE: SILVA, ACC; SCHUTZ, V (2018)

Conforme a classificação da faixa etária, 47,37% do atendimento do SID são representadas pelos idosos, seguido dos Adultos com 23,68%, as crianças com 18,42%, Jovens com 9,21% e apenas 1,32% não foi informado durante a etapa da coleta de dados. A idade média dos pacientes identificou-se uma frequência média de 75 anos de idade para os idosos, 44 anos para os adultos, 21 anos para os Jovens e 06 anos para as crianças no SID.

Na tabela abaixo, verifica-se a análise do gênero dos pacientes do SID conforme abaixo:

Sexo	Quant. de Pacientes	Idade Média	Distribuição % por Sexo
Feminino	32	60	42,11%
Masculino	44	42	57,89%
Total Geral	76	49	100,00%

Tabela 1 – Gênero dos pacientes do SID

Fonte: SILVA, ACC; SCHUTZ, V (2018)

Na questão do gênero a tabela acima, demonstra que a maioria dos pacientes é do sexo masculino com 57,89%, seguido por 42,11% dos pacientes do sexo feminino.

Na tabela abaixo verifica-se a caracterização da modalidade de atendimento do SID:

Modalidade	Quant. de Pacientes	Idade Média	Frequência da Modalidade
1	17	25	22,37%
2	53	56	69,74%
3	6	58	7,89%
Total Geral	76	49	100,00%

Tabela 2 – Caracterização da modalidade de atendimento do SID

Fonte: SILVA, ACC; SCHUTZ, V (2018)

Na Modalidade de atendimento no SID conforme a tabela 2 coloca, observou-se um maior número de pacientes concentrados no AD2 (média complexidade) com 69,74% dos casos, seguido por AD1 (básica complexidade) com 22,37% e o AD3 (maior complexidade) com 7,89%.

Na análise sobre os Diagnósticos mais evidenciados no SID dentre os mais evidentes, a seqüela de doenças cerebrovasculares, o traumatismo de nervos cranianos, os outros transtornos de encéfalo, a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson representando boa parte das internações domiciliares.

3.2 Identificação das glosas baseadas na Classificação Internacional das Doenças (CID) das internações e na modalidade do SID

Diante da análise dos auditores, os diagnósticos mais glosados são as seqüelas de doenças cerebrovasculares- I69 (35%), seguidos por outros transtornos do encéfalo- G93 (14,8%), traumatismo dos nervos cranianos- S04 (9,1%), doença de Alzheimer- G30 (8,5%), Asfixia- R09 e demais CID's representando 28,9 %.

Na tabela abaixo, avaliou-se as modalidades do SID mais glosadas:

Modalidade	Frequência das Glosas
1	32,4%
2	62,6%
3	5,0%
Total Geral	100,0%

Tabela 3 – Frequência das glosas pela modalidade do SID

Fonte: SILVA, ACC; SCHUTZ, V (2018)

De acordo com a modalidade do SID no Município de Campos dos Goytacazes no gráfico III, observa-se a modalidade II com o maior frequência de glosas dentre todos os meses pesquisados, seguidos pela modalidade I e a III.

Dentre os códigos da CID mais glosados no valor no SID conforme o gráfico IV dentre os mais evidenciados as seqüelas de doenças cerebrovasculares- I69 (31,1%), seguidos por outros transtornos do encéfalo- G93 (20,3%), doença de Alzheimer- G30 (6,4%), traumatismo dos nervos cranianos- S04 (6,1%), doenças isquêmicas e crônicas do coração- I25 e demais CID's representando 30,5%.

De acordo com as glosas nos itens das contas médicas conforme se observou, os materiais (38,3%) representam na maioria dos meses o item mais glosado pela equipe de auditores do município, seguido pelos medicamentos (25%), apoio respiratório (21,3%), atendimento profissional (8,0%), demais itens (7,5%).

De acordo com as glosas nos subitens das contas médicas observou-se que a compressa não estéril 7,5x 7,5 cm (16,8%) representa na maioria dos meses o item mais glosado pela equipe de auditores do município, seguido pela taxa de oxigênio e aspiração (8,6%), aspirador elétrico portátil (4,9 %), sonda de aspiração traqueal (4,3%), acetilcisteína envelope 600 mg (3,8%), nebulizador (3,5%), supervisão de enfermagem (3,1%), seringa descartável 20 ml (2,9%) e demais subitens (52,2%).

Na tabela abaixo, coloca-se a frequência das justificativas das glosas:

Justificativa da Glosa	Frequência
Cobrança em excesso	38,8%
Cobrança Indevida	21,6%
Diferença de Valor	16,2%
Não evoluído	9,2%
Não checado	7,1%
Não prescrito	2,0%
Não consta em contrato	2,0%
SEM GLOSA	1,6%
Diferença de valor/Cobrança em excesso	0,3%
Medicamento suspenso	0,2%
Horário rodado	0,2%
Cobrança de preço de caixa	0,2%
Apenas em SOS	0,2%
Diferença de Valor/Não checado	0,2%
Indeterminado	0,1%
Duplicidade de cobrança	0,1%
Total Geral	100,0%

Tabela 4 – Frequência das justificativas das glosas

Fonte: SILVA, ACC; SCHUTZ, V (2018)

As justificativas das glosas mais evidentes durante o período de 2015 foram a cobrança em excesso (38,8%), a cobrança indevida (21,6%), a diferença de valor (16,2%), o não evoluído (9,2%), o não checado (7,1%) e as demais justificativas (7,1%).

Observa-se que nos dez meses de estudo, a produção total da empresa prestadora do SID chegou ao valor total apresentado de R\$ 10.565.291,48 que após as análises retrospectivas dos auditores, chegou ao valor total glosado de R\$ 453.895,30 sendo o valor total de pagamento liberado pelo município de R\$ 10.111.396,18.

No total glosado do período, o valor de R\$ 453.895,30 do faturamento total, pode-se colocar em termos percentuais, um ganho de 4,3% na provisão contábil do faturamento que do SID, representando expectativos ganhos financeiros. Vale lembrar, que a glosa representa um importante indicador financeiro de ambos os lados, e estudá-la, representa uma grande oportunidade de melhorias para a saúde financeira de qualquer empresa.

4 | CONCLUSÃO

Considera-se que este estudo possa representara possibilidade de avanço no conhecimento da auditoria de contas hospitalares à medida que investigou o processo de análise das glosas e seus custos no SID. Este estudo buscou proporciona uma maior reflexão entre o a equipe multidisciplinar, desde o profissional da saúde até o profissional administrativo e gerentes, quanto à competência, ética, objetividade, e assim colaborar para a importância do compromisso, da responsabilidade, da condução técnico científica das normas e legislações atuais para a realização da assistência dos eventos em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.** Diário Oficial da União, 25 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Orientações para a compra de serviços de saúde.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Guia de avaliação de tecnologias em saúde na atenção básica.** 1. ed. Brasília, DF, 2017.

BUSMESTER, H.; MORAIS, M. V. **Auditoria em saúde.** São Paulo: Saraiva, 2014.

PELLEGRINI, G. **Glosas convênio x prestador.** In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E 3ª JORNADA DE GESTÃO E CLÍNICAS MÉDICAS, 2004, São Paulo. Anais... São Paulo: Serviços de Saúde e Gestão e Clínicas Médicas, 2004.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. **Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem.** Rev. Ciência Saúde, São José do Rio Preto, v. 11, p. 210–214, out./dez. 2004.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. **Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 302–305, maio/jun. 2005.

CAPÍTULO 7

ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO ALEITAMENTO MATERNO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 14/07/2020

Rebecca Camurça Torquato

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-2321-5904>

Ana Paola de Araújo Lopes

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7920667396900655>

Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-4398-2633>

Kesia Cartaxo Andrade

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-4878-3887>

Maria Solange Nogueira dos Santos

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-8509-1989>

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-4059-5849>

João Emanuel Pereira Domingos

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0902034640142577>

Lidiane do Nascimento Rodrigues

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1503-4855>

Aliniana da Silva Santos

Centro Universitário Paraíso
Juazeiro do Norte - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5557209060501405>

Edna Maria Camelo Chaves

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Fortaleza - Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-9658-0377>

RESUMO: O leite humano apresenta benefícios para o desenvolvimento infantil, porém diversos fatores podem interferir no processo de amamentação. A nutriz precisa de um sistema de apoio para iniciar e manter a lactação, sendo importante a atuação dos profissionais da equipe interdisciplinar nas orientações sobre o aleitamento materno. Objetivou-se identificar as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde às nutrizes acerca da amamentação. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo realizado com 137 nutrizes atendidas em um hospital terciário. Os dados foram coletados por meio de um questionário. As respostas foram organizadas em um banco de dados e analisadas por meio de estatística descritiva. As nutrizes possuíam em média 24 anos, a maioria eram solteiras ou com união consensual, possuíam ensino médio completo e sem atividade remunerada. Entre as participantes 59,9% relataram ter recebido orientações sobre a amamentação no pré-natal e

95,7% receberam orientações no puerpério. Dentre os profissionais o enfermeiro foi o mais citado ao orientar o aleitamento materno. Conclui-se que é importante que todos os profissionais da equipe interdisciplinar estejam engajados para apoiar e orientar a prática do aleitamento materno, visando promover uma assistência de qualidade a mulher desde o pré-natal até o puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Promoção da Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

PERFORMANCE OF THE INTERDISCIPLINARY TEAM IN BREASTFEEDING

ABSTRACT: Human milk has benefits for child development, but several factors can interfere with the breastfeeding process. The breastfeeding woman needs a support system to initiate and maintain lactation, and it is important for the professionals of the interdisciplinary team to provide guidance on breastfeeding. The objective was to identify the guidelines provided by health professionals to breastfeeding women about breastfeeding. This is a descriptive, quantitative study carried out with 137 nursing mothers attended at a tertiary hospital. The data were collected through a questionnaire. The responses were organized in a bank and analyzed using descriptive statistics. The lactating women were on average 24 years old, most were single or consensual, had completed high school and had no paid activity. Among the participants, 59.9% reported having received guidance on breastfeeding in prenatal care and 95.7% received guidance in the puerperium. Among the professionals, the nurse was the most cited when guiding breastfeeding. It is concluded that it is important that all professionals of the interdisciplinary team are engaged to support and guide the practice of breastfeeding, aiming to promote quality care for women from prenatal to the puerperium.

KEYWORDS: Breast Feeding; Health Promotion; Patient Care Team; Prenatal Care; Postpartum Period.

1 | INTRODUÇÃO

O Leite Humano (LH) apresenta inúmeros benefícios para o desenvolvimento infantil, devendo ser ofertado exclusivamente até os seis meses e de forma complementar até os dois anos ou mais (BRASIL, 2012). Contudo, são vários os desafios que a mulher enfrenta para iniciar e manter o aleitamento materno.

Diversos fatores podem interferir no processo de amamentação, o que possibilita o desmame precoce, entre os quais estão: pouco conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno, despreparo para amamentar, pouco incentivo da equipe de saúde, dor ao amamentar, introdução precoce de alimentos, uso de chupeta e a jornada de trabalho materna (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Durante a amamentação a nutriz precisa de apoio não só para iniciar, mas

também manter a lactação. A equipe de saúde ao realizar as orientações possibilita que muitas dúvidas das gestantes sejam sanadas durante o pré-natal, já no pós-parto a consulta possibilita orientar a partir das dificuldades maternas vivenciadas. Assim, as informações oferecidas nos serviços de saúde são fundamentais durante esse processo.

Há formas distintas de ofertar apoio às nutrizes e promover o aleitamento materno, a saber: apoio presencial, emocional, informativo, auto apoio e instrumental. Este último, diretamente ligado à atuação da Enfermagem, deve associar-se a elementos afetivos para construção de vínculos e melhorar a qualidade da assistência (SILVA, 2020).

Diante das dificuldades vivenciadas pelas mães, na amamentação, o profissional de saúde exerce um papel ímpar para minimizar alguns problemas. Contudo, ainda se vê julgamentos, imposição de crenças e normas que não contemplam a realidade materna, o que pode acarretar sentimentos de medo e insegurança, bem como contribuir para o desmame precoce (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, é fundamental a atuação da equipe interdisciplinar para realizar orientações direcionadas sobre a amamentação, considerando o desejo e o contexto em que vivem cada nutriz. Assim, a nova mãe sentirá tranquilidade para realizar a amamentação de forma mais segura, contribuindo para redução das dificuldades o que leva ao sucesso da prática do aleitamento materno (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

É recomendado que a equipe de saúde promova orientações sobre o Aleitamento Materno (AM) desde o pré-natal, através de grupos de educação para gestantes e continue essas atividades no puerpério, com visitas domiciliares esclarecendo dúvidas que possam surgir (COSTA *et al.*, 2017).

No estudo realizado por Siqueira *et al.* (2017), os profissionais destacaram dentre as informações sobre aleitamento materno que realizam estão: mitos e as crenças, técnica de ordenha e quanto as questões psicológicas. Cabe lembrar, que por vezes essas orientações direcionadas abrangem apenas aspectos teóricos relacionados à amamentação, como os benefícios nutricionais e imunológicos para o desenvolvimento e crescimento infantil.

As orientações sobre o aleitamento materno precisam atingir a mãe de forma positiva para que o seu processo de amamentação seja realizado de forma segura e eficaz. Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: quais as orientações fornecidas pelos profissionais sobre o aleitamento materno em um hospital de referência ao atendimento do binômio mãe-bebê?

Assim, esse estudo tem o objetivo de identificar quais são as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde às nutrizes acerca do aleitamento materno.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizada num hospital terciário do Estado do Ceará, que é referência em procedimentos de alta complexidade e em diversos serviços na obstetrícia e neonatologia.

O estudo teve como população as nutrizes que realizavam acompanhamento no referido serviço, com uma amostra de 137 participantes. Utilizou-se como critério de inclusão: as nutrizes atendidas no Banco de Leite Humano (BLH), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Alojamento Conjunto, independentemente do número de gestações anteriores, sendo excluídas as nutrizes que se encontravam com alterações psíquicas que não tinham condições de responder ao questionário.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a março de 2015, foi aplicado um questionário para a coleta dos dados, contendo variáveis sociodemográficas, desde: idade, escolaridade, estado civil e ocupação. Dentre as perguntas fechadas estavam: Recebeu orientações sobre aleitamento materno no pré-natal? Recebeu orientações sobre aleitamento materno no puerpério? Já as perguntas abertas foram: Quais orientações você recebeu sobre aleitamento materno? Qual profissional de saúde realizou as orientações? As respostas foram analisadas por meio de estatística descritiva.

O estudo obedeceu às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, que normatiza as pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com o protocolo nº 091202/10. Os dados foram utilizados somente para fins dessa pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As orientações de promoção ao aleitamento materno devem estar presentes no cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente para os que atuam com o binômio mãe-filho.

Assim, na Tabela 1, é apresentada a caracterização sociodemográfica dos 137 sujeitos que participaram do estudo.

Variáveis	N	%	ME±DP
Idade (anos)			24,92±7,00
15 - 19	40	29,2	
20 – 42	97	70,8	
Situação Conjugal			
Solteira	49	35,8	
União consensual	49	35,8	
Casada	38	27,7	
Não informou	01	0,7	
Escolaridade			
Ensino superior completo	05	3,6	
Ensino superior incompleto	05	3,6	
Ensino médio completo	56	40,8	
Ensino médio incompleto	29	21,3	
Ensino fundamental completo	17	12,4	
Ensino fundamental incompleto	25	18,3	
Ocupação Remunerada			
Sim	61	44,5	
Não	76	55,5	

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas das nutrizes. Fortaleza-CE. 2015.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

De acordo com os dados obtidos no estudo, a média de idade das nutrizes foi de 24 anos e a maioria eram solteiras ou com união consensual (ambos com 35,8%). De acordo com Barbieri *et al.* (2015), é fundamental observar as características sociodemográficas, pois mulheres mais jovens e também as que não possuem companheiro apresentam menos tempo de amamentação, o que indica relação com o desmame precoce.

No que tange a escolaridade, a maioria das participantes possuíam ensino médio completo (40,8%). O nível de escolaridade é um dos fatores que influenciam o processo de amamentação, em especial o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), pois mulheres com baixo nível de escolaridade tendem a realizar a introdução alimentar de forma precoce (BARBIERI *et al.*, 2015).

Sobre a atividade remunerada, 44,5% dessas mulheres realizavam atividade remunerada. Partindo dessa perspectiva, o que se observa é que ao longo do tempo muitas transformações aconteceram no contexto familiar, fazendo com que as mulheres assumam responsabilidades fora de seu domicílio, como as atividades laborais, e, por consequência, tendem a introduzir precocemente alimentos na dieta do bebê (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Assim, é importante que a equipe de saúde considere o contexto social em que a nutriz está inserida para, assim, prestar uma assistência à saúde que permita considerar os determinantes sociais da saúde e promova um cuidado direcionado

e holístico.

A amamentação é um ato importante para a saúde materno-infantil. Com isso, é necessária a mobilização dos profissionais de saúde para incentivar e sensibilizar as mulheres, desde o pré-natal ao puerpério, como também suas famílias e comunidade, visando construir uma grande rede de apoio para auxiliar a nutriz nessa fase tão especial de sua vida.

Conforme Tabela 2 é possível evidenciar se as lactantes receberam orientações durante pré-natal e puerpério, bem como qual profissional e quais orientações receberam.

Variáveis	N	%
Recebeu orientações no pré-natal (n=137)		
Sim	82	59,9
Não	55	40,1
Recebeu orientações no puerpério (n=137)		
Sim	131	95,7
Não	06	4,3
Profissional que realizou a orientação (n=170)*		
Enfermeiro	121	71,2
Médico	22	13,0
Técnico de enfermagem	10	5,9
Nutricionista	07	4,1
Assistente Social	07	4,1
Psicólogo	02	1,2
Fonoaudiólogo	01	0,5
Orientações	n (154)*	%
Importância do AM para saúde do binômio mãe-bebê	42	27,3
Cuidados com as mamas	29	18,8
AME até o sexto mês e complementar até os 2 anos	25	16,3
Posicionamento correto da criança no AM	16	10,4
Pega correta do seio durante o AM	13	8,4
Ordenha manual e doação de LH	08	5,2
LH como alimento completo para o bebê	08	5,2
Intervalo entre as mamadas	07	4,5
Evitar uso de chupetas e mamadeiras	06	3,9

Tabela 2. Descrição das orientações realizadas por profissionais de saúde sobre o aleitamento materno. Fortaleza-CE. 2015.

* obteve-se mais de uma resposta no item.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

No presente estudo, 59,9% das nutrizes relataram ter recebido orientações no pré-natal, o que indica uma preocupação da equipe em preparar essas mulheres para o momento de amamentação, como também a estimulação dessa prática.

As orientações sobre AM devem ser iniciadas durante o pré-natal, preparando a mulher para o processo de lactação e auxiliando-a em seu novo papel de nutriz, contribuindo para o sucesso da amamentação (SARDINHA *et al.*, 2019).

A maioria das participantes 95,7%, afirmaram que receberam orientações no puerpério, o que demonstra o esforço e trabalho das equipes de saúde para realizar tal ação. Porém, tais orientações não devem ser restritas apenas ao período de pré-natal, mas devem ser desenvolvidas nas unidades hospitalares, pré-parto, parto e puerpério (BARBIERI *et al.*, 2015).

As orientações sobre o aleitamento no puerpério também são importantes, pois é nesse período que o processo de amamentação se torna real, sendo um momento adequado para a lactante verbalize suas dúvidas (SANTOS; SANTOS; BEZERRA, 2018).

Em relação aos profissionais de saúde que realizaram as orientações, o profissional enfermeiro foi o mais citado, 71,2% dos casos. O enfermeiro tem uma função importante em relação a amamentação, pois além do seu conhecimento teórico e prático torna-se um elemento chave na promoção e orientação da prática de amamentação eficaz (AMARAL *et al.*, 2015).

O enfermeiro por se encontrar em muitos espaços de atenção ao binômio mãe-filho consegue repassar as informações necessárias e contribuir com o processo de amamentação.

Porém, para o sucesso do aleitamento materno, é fundamental que todos os profissionais da equipe interdisciplinar atuem em favor dessa prática. Essa compreensão da complexidade do processo de amamentação permite uma valorização de todos os aspectos envolvidos nesse contexto, desde o psicológico até mesmo o social, e não apenas as questões de caráter biológico que envolvem o AM (AMARAL *et al.*, 2015).

Em relação às orientações realizadas, as principais foram relacionadas a informações gerais da importância do aleitamento e sobre a prática do aleitamento materno. A importância do AM para a saúde materno-infantil foi a mais citada pelas nutrizes (27,3%), o que indica uma coerência nas orientações dos profissionais ao visar a estimulação da adesão das mulheres a essa prática.

A segunda orientação mais citada foi a manutenção dos cuidados com a mama (18,8%), entre os cuidados mencionados estão: realização de massagem nas mamas antes da amamentação, higienização das mamas, cuidados para evitar fissuras na aréola e realização de banho de sol na mama. Os profissionais devem orientar sobre o cuidado com as mamas, tendo em vista que a dor na hora de amamentar e o trauma mamilar são um dos fatores que levam ao desmame precoce (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Assim, explicar a importância da manutenção dos cuidados com as mamas

é imprescindível para que a prática da amamentação seja um momento prazeroso a mãe.

No presente estudo, a orientação sobre o AME foi a terceira mais citada pelas nutrizes, o que demonstra uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em estimular tal prática. De acordo com Alves, Oliveira e Rito (2018), as orientações sobre a manutenção do aleitamento materno até o sexto mês de vida da criança têm impacto positivo na prevalência do AME.

Torna-se fundamental incentivar e orientar o AME, tendo em vista que, o leite materno é o alimento mais nutritivo e adequado para a criança até o sexto mês de vida. Além do que o AM é fundamental para o crescimento e desenvolvimento do bebê, e, após esse período, deve ser unido a alimentação complementar até os dois anos de idade ou mais (AMARAL *et al.*, 2015).

Outra orientação importante sobre a amamentação é a promoção de uma pega adequada. No presente estudo, 8,4% das nutrizes foram orientadas quanto a pega correta. Segundo Urbanetto *et al.* (2018), a pega correta facilita o AM, pois favorece uma sucção adequada e, por consequência, aumento da produção de leite materno, além de evitar fissuras mamilares.

Evitar o uso de chupeta e mamadeiras durante a amamentação também foi uma das orientações relatadas. O uso de chupeta pode prejudicar o processo de AM devido a possibilidade de ocasionar confusão de bicos, o que diminui a frequência das mamadas e produção de leite materno (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018). Os relatos de poucas informações de como enfrentar as dificuldades que o processo de amamentação impõe, podendo estar relacionado ao desmame precoce que o Brasil tem vivenciado.

Entre as orientações que também foram relatadas pelas nutrizes, estão: posicionamento adequado; ordenha e doação do leite materno; intervalo entre as mamadas e o leite materno como alimento ideal para o bebê. Com isso, pode-se perceber que os profissionais de saúde estão buscando minimizar as dúvidas e possíveis dificuldades no processo de amamentação, realizando orientações que abrangem desde o valor nutricional do leite materno, até mesmo à sua doação.

4 | CONCLUSÃO

As orientações para o incentivo do AM são realizadas por diversos profissionais da saúde, no entanto o enfermeiro apareceu em destaque. O que possibilita reiterar a importância de uma abordagem multiprofissional para que outros aspectos, que tangem o AM, sejam contemplados.

Observar as orientações mais evidenciadas permite que os profissionais revejam sua prática e adequem a realidade e desejo materno. Dessa forma, a

mulher sentirá amparada e empoderada, com orientações que de fato olhem para seu contexto.

Importante destacar que uma assistência holística permite maior adesão nos cuidados, e com o AM não é diferente, orientar as mulheres desde o pré-natal ao período do pós-parto permite que suas dúvidas iniciais e até aquelas que surgirão sejam contempladas, possibilitando a redução do desmame precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA J.M. *et al.* Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.

ALVES, J.S.; OLIVEIRA, M.I.C.; RITO, R.V.V.F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1077-1088, 2018.

AMARAL, L.J.X. *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, p. 127-34, 2015.

BARBIERI, M.C. *et al.* Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 17-24, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Semanas Mundiais de Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, R.S.L. *et al.* Dificuldades encontradas pelas mães ao amamentar em uma Unidade de Referência em Atenção Primária. **DêCiência em Foco**, v. 1, n. 1, p 48-63, 2017.

LIMA, A.P.C.; NASCIMENTO, D.S.; MARTINS, M.M.F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **J. Health Biol Sci**, v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018.

SANTOS, F.C.V.; SANTOS, O.S.; BEZERRA, F.D. A importância do enfermeiro na orientação da amamentação no puerpério imediato: Revisão Integrativa. **Journal of Health Connections**, v. 6, n. 5, p. 1-12, 2018.

SARDINHA, D.M. *et al.* Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 3, p. 852-857, 2019.

SILVA, M.C.A. A enfermagem centrada na investigação científica 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilan de Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. ISBN 978-65-86002-14-0. DOI 10.22533/at.ed.140200903.

SIQUEIRA, F.P.C. *et al.* A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. **Investig Enferm. Imagen Desarr**. v.19, n.1, p.171-186, 2017.

URBANETTO, P.D.G. *et al.* Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 2, p. 399-405, 2018.

CAPÍTULO 8

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E O DIREITO À SAÚDE: A ADVOCACIA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 19/07/2020

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4855993214185994>

Helena Maria Scherlowski Leal David

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/9481043825318572>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0164568840384041>

Sheila Nascimento Pereira de Farias

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8077873009089004>

Bruno Soares de Lima

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PIBIC/UERJ
Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/2590170768065572>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8981588528468134>

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1516871169441828>

Samira Silva Santos Soares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8268076442070565>

Midian Oliveira Dias

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/6156067175268390>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5964142169735523>

RESUMO: Este artigo tem por objetivo refletir sobre conceitos ligados à teoria da advocacia do paciente e ao princípio da dignidade humana, tecendo correlações e aplicabilidades à prática do enfermeiro. **Método:** estudo de reflexão pautado na literatura internacional e nacional.

Resultados: A enfermagem é uma prática social do cuidar baseado em ciências da natureza e humanas. A advocacia do paciente caracteriza-se no atuar do enfermeiro informando e auxiliando os mesmos em seus direitos, a fim de que tenham fundamentos para tomada de decisões, garantindo um cuidado integral, humanizado e ético. **Conclusão:** É relevante que o enfermeiro goze de prerrogativas que o credencie a desenvolver seu trabalho em amplo horizonte,

que se configuram na prática assistencial, na educação, na gestão e na política com graus diferentes de liderança. Ele precisa atuar no âmbito social com a habilidade de cuidador engajado na defesa da saúde do indivíduo e da comunidade, apoiando as demandas sociais, principalmente, em áreas desassistidas pelo Estado. Desta forma, faz-se necessário estar embasado, também, em conceitos jurídicos que servirão para advogar pelo paciente, principalmente nos casos em que estejam submetidos a violações de seus direitos fomentando-se, inclusive, redes de apoio intersetoriais para assegurar os direitos dos usuários cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidado de enfermagem; Direito à saúde; Dignidade humana; Advocacia em saúde.

NURSE'S PERFORMANCE AND THE RIGHT TO HEALTH: PATIENT'S ADVOCACY

ABSTRACT: This article aims to reflect on concepts related to the theory of patient advocacy and the principle of human dignity, weaving correlations and applicability to nursing practice. **Method:** reflection study based on international and national literature. **Result:** Nursing is a social practice of care based on nature sciences and humanities. The patient's advocacy is characterized in the work of nurses informing and assisting them in their rights, so that they have foundations for decision making, ensuring comprehensive, humanized and ethical care. **Conclusion:** It is relevant that nurses enjoy prerogatives that accredit them to develop their work in a broad horizon, which are configured in care practice, education, management and politics with different degrees of leadership. He needs to act in the social sphere with the ability of a caregiver engaged in the defense of the health of the individual and the community, supporting social demands, especially in areas not assisted by the State. Thus, it is necessary to be based, also, on legal concepts that will serve to advocate for the patient, especially in cases where they are subjected to violations of their rights, including intersectoral support networks to ensure the rights of citizen users.

KEYWORDS: Nursing; Nursing care; Right to health; Human dignity; Health advocacy.

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo apresentar uma reflexão sobre conceitos ligados à teoria da advocacia do paciente e ao princípio da dignidade da pessoa humana, tecendo correlações e aplicabilidades à prática do enfermeiro, que tem como foco o cuidado integral, humanizado e ético. Nesse sentido, entende-se que o aprofundamento teórico de tais conceitos pode fornecer maiores subsídios para que o exercício da enfermagem alcance elevada qualidade, repercutindo positivamente na assistência em saúde e de enfermagem.

O modelo econômico neoliberal estabelece como prerrogativa um Estado mínimo e vem de forma insidiosa enxugando a máquina pública. Os impactos negativos nas políticas sociais, sobretudo, ligadas aos setores da saúde e educação,

desde o início dos anos 2000, podem ser observados pela escassez qualitativa e quantitativa de materiais, redução de força de trabalho nas unidades assistenciais, flexibilização de vínculos laborais, com perdas direitos trabalhistas e salários indignos (SOUZA *et al.*, 2017).

Neste contexto, verifica-se que os trabalhadores de enfermagem se submetem a duplo e triplo vínculos de trabalho, na expectativa de obterem melhores condições de sobrevivência bem como pelo medo do desemprego. Esse cenário de instabilidade no emprego e sobrecarga laboral ocasionam elevado sofrimento psicofísico do trabalhador de enfermagem, com grande potencial para o adoecimento (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Portanto, constata-se trabalhadores com baixa concentração e atenção, irritados, despersonalizados, onde o estresse ocupacional e a síndrome de Burnout estão cada vez mais incidentes e prevalentes. Corroborando, este contexto vem gerando absenteísmo e presenteísmo, o que repercute negativamente na qualidade da assistência prestada e na segurança dos usuários (SOUZA *et al.*, 2017).

Outrossim, na perspectiva do usuário, assevera-se que os serviços de saúde não cumprem integralmente seu papel de preservar a vida e a saúde. Cita-se, como exemplo, o desabastecimento de medicações primordiais para doentes crônicos; falta de leitos hospitalares nas diversas especialidades, reduzido acesso as tecnologias diagnósticas, primordiais para detecção precoce de patologias que podem ser curáveis quando diagnosticadas no início do ciclo patológico; baixo acesso a métodos terapêuticos revelados por intermináveis filas de espera para realização de cirurgias ortopédicas, dentre outras repercussões negativas para a saúde dos usuário.

Logo, os direitos à dignidade da pessoa humana e à saúde, regulamentados na Constituição da República de 1988, não estão sendo devidamente respeitados pelo Estado, tanto na perspectiva do trabalhador quanto do usuário do serviço. Nesse sentido, considerou-se relevante desenvolver esta reflexão a partir de três categorias analíticas: i) direito à vida digna e à saúde integral; ii) atuação do enfermeiro na perspectiva do cuidado integral, ético e humanizado; iii) exercício ampliado da enfermagem alicerçado na teoria da advocacia do paciente.

Entende-se que as contribuições deste artigo são traçar uma reflexão sobre o atuar do enfermeiro, tendo como foco principal advogar pelo paciente, assegurando seu direito à saúde e ao acesso a serviços que promovam qualidade de vida; e apontar a discussão sobre o setor saúde e suas possibilidades de oferecer cuidados dignos aos usuários, a partir da configuração de um contexto contraditório, onde o Estado vem sistematicamente reduzindo as políticas públicas e sociais.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

Direto à vida digna e à saúde integral

O Brasil vem experimentando a retirada progressiva de direitos sociais com a ampliação da perspectiva neoliberal e de minimização da responsabilidade social do Estado. Além disso, o neoliberalismo e a acumulação flexível do capital acarretaram alterações no mundo do trabalho em saúde e na enfermagem, trazendo como consequências a desumanização do atendimento (ANTUNES; DRUCK, 2013).

A história da humanidade mostra, desde os seus primórdios, que os seres humanos precisam de cuidado para sobreviver, para viver com saúde, felicidade e bem-estar, e para curar-se em situações de doenças. É consensual a importância do cuidado para manutenção das espécies, e em particular do ser humano, na promoção da vida e, em consequência, na preservação do nosso universo. Portanto, desde a concepção da vida até a sua finitude é preciso cuidado (PIRES, 2009).

Verifica-se que a normatização e atribuição de significado jurídico ao princípio da dignidade da pessoa humana são partidárias do sistema internacional de proteção aos direitos humanos, que se evidenciou logo após a Segunda Guerra Mundial, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948. A pessoa humana passa a ser considerada como princípio fundamental da legislação brasileira, fato que é reconhecido pela Constituição da República. Atualmente, impõe-se assegurar à pessoa humana a proteção que lhe foi conferida, desvinculada da estrutura patrimonialista das relações jurídicas (FIUZA; PEREIRA, 2015).

As exigências mais elementares da dignidade da pessoa estão vinculadas aos direitos à vida, bem como aos direitos de liberdade e de igualdade. Também encontram sua vertente no princípio da dignidade, os direitos políticos (o sufrágio, o voto e a possibilidade de concorrer a cargos públicos efetivos), os direitos sociais (saúde, educação, trabalho etc.), bem como outros direitos fundamentais decorrentes (SARLET, 2015).

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 196, a saúde é apontada como um direito de todos e um dever do Estado. Assim, a saúde passa a ser um direito fundamental, constitucionalmente assegurado e tem como objetivo proteger a dignidade da pessoa humana (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e o direito à saúde estão conceitualmente articulados. Tais princípios fundamentam a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente, nas atividades de gestão, na administração política ou social. Nesta perspectiva, a enfermagem pode ser definida como uma prática social do cuidado integral e integrador em saúde tendo nas ciências da natureza e humanas sua fundamentação (BACKES *et al.*, 2012).

A enfermagem além de dispor de um código de ética que orienta o

comportamento de seus agentes em bases moralmente aceitáveis, tem como atributo, o domínio no campo de conhecimentos que lhe dá suporte para cuidar das pessoas, em todo o seu processo existencial (PIRES, 2009).

Nessa linha de pensamento, a teoria da *advocacy* na enfermagem, preconiza uma sólida formação ética para os profissionais de enfermagem, a compreensão do paciente e de suas vulnerabilidades, bem como suas necessidades de proteção e cuidado (MENDES *et al.*, 2019).

A prática do enfermeiro na perspectiva ética, humanizada e do cuidado integral

É consensual que a saúde, a felicidade e o bem-estar dos seres humanos são objetivos permanentes da humanidade. As limitações das explicações de causalidade baseadas exclusivamente na conformação biológica do corpo humano e resumindo às possíveis intervenções a prática clínica, vem sendo substituídas por intervenções mais ampliadas, considerando o indivíduo no contexto sócio econômico para elaboração do nexos causal do processo saúde-doença (PIRES, 2009).

Neste contexto, está o atuar do profissional de enfermagem na promoção da saúde e na proteção do ser humano como um todo, garantindo-lhe o respeito a preceitos éticos, moral e legais, e assim, proporcionando o legado da promoção da cidadania (NEUTZLING, B. R. S. *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que a enfermagem contribui significativamente para a reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, pela presença expressiva dos profissionais de enfermagem, em todos os níveis de atenção em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), onde assume o cuidado de forma permanente, especialmente aos mais vulneráveis (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

Cabe frisar que os enfermeiros são representantes da profissão de Enfermagem e nesse viés devem responsabilizar-se pelos propósitos e valores profissionais, e principalmente pelas “*funções* que exercem em virtude da inerente liderança nas atividades que servem aos *fins* da Enfermagem, quer seja entendida como *ciência* ou simplesmente como *profissão*” (CARVALHO, 2013, p. 65).

No Brasil, esta profissão está regulamentada pela Lei 7.498/1986. Salienta-se que a enfermagem é a profissão que está presente em todas as instituições assistenciais, de forma diuturna. Demonstra-se, assim, que a qualidade do atuar da enfermagem interfere de forma contundente na qualidade da assistência em saúde (PIRES, 2009).

O enfermeiro, por meio do cuidado e ajuda, tem um notório potencial para a promoção da cidadania da pessoa em sua comunidade. Poderá, então, alicerçar o reconhecimento e o resgate da dignidade humana que se promove por meio de atitudes ativas e proativas de forma profissional competente e ética, criativa

e participativa nos espaços sociais de saúde. O enfermeiro no atuar profissional deve estar comprometido politicamente com os direitos daqueles sob seus cuidados (CARVALHO, 2013).

Nessa perspectiva, a prática profissional deve estar pautada na defesa dos princípios e garantias constitucionais por meio da conscientização e da orientação sobre caminhos a serem traçados para conquista e/ou garantia dos direitos a saúde e ao bem estar social.

Enfatiza-se que a atuação da enfermagem deve centrar-se no cuidar do indivíduo da concepção à morte; no pesquisar e ensinar, que envolve orientação e educação inerente ao processo de cuidar; na educação permanente no trabalho; na formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que dê sustentação ao processo de cuidar; e no contexto do administrativo-gerencial, na coordenação do trabalho coletivo da enfermagem e no gerenciamento institucional (PIRES, 2009).

Para tanto, o profissional de enfermagem deve abarcar uma formação voltada à prática social e cidadã, com base em princípios éticos invioláveis, com capacidade de análise crítica do meio em que vive e trabalha, sem perder o foco e o diálogo com o sujeito de sua prática – a pessoa cuidada (BELLATO; GAÍVA, 2003).

A enfermagem contemporânea está diante de imensos desafios decorrentes das sérias patologias sociais, exigindo um agir do profissional competente, com conhecimento holístico da sua profissão (MARTINS, 1987). Corroborando, o enfermeiro deve ser capaz de promover significativo desenvolvimento social com a ampliação dos espaços e oportunidades reais dos seres humanos e aperfeiçoando suas potencialidades, configurando sua atuação como importante estratégia de inclusão social (BACKES et al., 2012).

Ainda, é detentor de inúmeras possibilidades para exercer e promover a cidadania por meio do cuidado. As atividades de promoção e educação em saúde comunitária, diferentemente das práticas institucionalizadas tradicionais, possibilita ampliar as relações e interações pelo vínculo com os usuários, famílias e comunidades. Assim, tal profissional tem potencial e condições para fortalecer as instituições democráticas e a autonomia, tanto do profissional quanto do indivíduo beneficiário (BACKES et al., 2012).

É notório que a promoção da cidadania pelo cuidado de enfermagem, alicerça o reconhecimento e o resgate da dignidade humana, que se promove por meio de atitudes profissionais competentes e responsáveis, criativas, inovadoras e conectadas de forma ativa e participativa nos espaços sociais de saúde/cuidado. Importa aqui que o indivíduo seja o ator principal da sua própria história. A promoção da cidadania se revela com gestos solidários, na capacidade de dialogar com o diferente, e na capacidade de ampliar as oportunidades dos indivíduos (BACKES et al., 2012).

A partir da compreensão do agir da enfermagem, e com o propósito de ampliar o significado de sua atuação nas suas diversas atividades laborais, apresenta-se a seguir uma visão teórica do enfermeiro no exercício da advocacia do paciente. Neste contexto, a ampliação do atuar do enfermeiro remete a um pensamento criativo sobre o significado da enfermagem.

Exercício ampliado da enfermagem alicerçado na teoria da advocacia do paciente

Hodiernamente, na enfermagem, para salvaguardar os direitos dos pacientes evidencia-se a necessidade da análise de diferentes temáticas, estruturadas no conhecimento jurídico, inter-relacionando com as ciências sociais, ciências políticas, administração pública e ciências da saúde, sob a égide dos preceitos da Constituição Federal de 1988 (SILVA, 2017).

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve, então, basear-se na teoria do *Advocacy*, para avançar e garantir os direitos dos pacientes.

A teoria da advocacia do paciente ou *Advocacy*, em especial, foi elaborada pela enfermeira americana Sally Gadow na década de 70, e seu conceito vem sendo construído a partir de ações dos enfermeiros nos diferentes contextos de atuação, sejam eles clínicos ou culturais (GADOW, 1980). O exercício da advocacia pode ser entendido como uma obrigação moral do enfermeiro em estabelecer um diálogo franco com seus pacientes, sempre falando a verdade, dando subsídios para tomada de decisões (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

Apesar da prática da advocacia do paciente no exercício profissional do enfermeiro ter seu conceito reconhecido desde a década de 1970, nos Estados Unidos, se configura como um papel relativamente novo na profissão e ainda pouco pesquisado no Brasil. Não obstante venha sendo cada vez mais discutida como um componente essencial e uma obrigação moral do enfermeiro, o conceito de advocacia do paciente se constrói a partir de ações dos enfermeiros nos diferentes contextos de atuação (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar que, para o exercício da advocacia em saúde, há necessidade de se estabelecer um diálogo entre a área da saúde e a área do direito, oportunizando que o profissional de saúde atue sob uma ótica mais ampliada.

Nesse sentido, o enfermeiro, por ser um profissional que desempenha importantes papéis para o cuidado, em várias frentes de atuação, tem potencial para desenvolver a advocacia em saúde no seu trabalho. Destaca-se, assim, que o enfermeiro pelas características de sua prática, pode promover uma rede de capilaridade assistencial em todo território nacional para prestação do cuidado.

Os enfermeiros exercem a advocacia através do diálogo franco tanto com

os pacientes, quanto com os outros profissionais de saúde, objetivando auxiliar os pacientes em suas decisões, garantindo assim, a qualidade na assistência, mesmo que essa atitude traga riscos para as relações profissionais (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016). Corroborando, o enfermeiro, ao exercer a teoria da advocacia, tem sido a voz do paciente, ajudando-o a enfrentar os problemas advindos das estruturas da saúde, das relações de poder estabelecidas, além de corrigir possíveis falhas na comunicação do paciente com os demais profissionais de saúde, promovendo a autonomia para futuras decisões (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

Além do exposto, o enfermeiro tem como objetivo auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde, assessorar em seus direitos, assegurar a qualidade do cuidado e atuar como um interlocutor entre o paciente e o ambiente de saúde. Nesse sentido, o exercício da advocacia pode ser compreendido como uma obrigação moral do enfermeiro com a verdade e com a dignidade humana, devendo basear-se na franqueza e no exercício profissional ético, integral e humano em prol do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

É farta a existência de mecanismos normativos legais para que os direitos humanos sejam assegurados. Inclui também normas que preveem formas de defesa, aos quais o cidadão estando doente ou não, pode lançar mão nos casos em que os seus direitos são violados. Entretanto, a falta de conhecimento pode levar a um cenário em que, mesmo que exista uma legislação adequada para sua defesa, não são levados a cabo na prática.

Desse modo, o enfermeiro ao advogar pelo paciente em seus ambientes de trabalho, contribui para a informação específica sobre os cuidados com a saúde e os direitos não só como paciente que precisa de ajuda, mas como cidadão. O resultado para o paciente será o poder do exercer plena autonomia para a tomada de decisões pertinentes ao seu estado de saúde.

Em muitos casos, para a efetiva prática da advocacia para o paciente pelo profissional de enfermagem se faz necessária a articulação com agências de advocacia (Advogados, Defensoria Pública, MP dentre outros) para abordar as questões que ultrapassam sua capacidade de enfrentamento.

O termo advocacia em saúde pode estar associado à consolidação de outros conceitos da área da saúde, como o de promoção da saúde, intersetorialidade, gestão da clínica, sistemas integrados de saúde, controle social, participação popular, entre outros, com contribuições para ampliar a saúde dos pacientes em geral e de suas famílias.

Nesta perspectiva, é recomendado que tais conteúdos façam parte do processo ensino aprendizagem dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros, abordando assim, temas como Direitos Humanos e de outras áreas do

Direito, o que ajudaria em sua atuação no setor saúde. Dessa forma, é importante que profissionais de enfermagem tenham conhecimentos sobre esses instrumentos normativos para que possam divulgá-los e utilizá-los na defesa dos pacientes que assistem.

Cabe ressaltar que a atuação isolada do profissional e do setor saúde se torna muitas vezes incapaz de alcançar a resolutividade almejada para cada caso, tornando um imperativo que o enfermeiro, exercendo conscientemente o papel de advogado pela saúde daqueles que assiste, desenvolva um processo de comunicação para estabelecimento de parcerias com outros setores, bem como com recursos da própria comunidade, valorizando serviços governamentais e não governamentais (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

Considera-se que é necessário enfrentar as barreiras para o exercício da advocacia do paciente pela enfermagem. Dentre elas destaca-se: a carga de trabalho, a falta de tempo, falhas de comunicação entre pacientes e equipe, ausência de autonomia, dentre outras. Essas barreiras serão provavelmente vencidas, através do estabelecimento de parcerias intersetoriais (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2017).

Assim, recomenda-se construir iniciativas para a solução de problemas de ordem pública, evitando a omissão do Estado nas suas prerrogativas de políticas públicas. Nesse âmbito, o enfermeiro poderá exercer uma participação qualificada, objetivando fortalecer o processo de reforma no setor saúde, pelo seu permanente contato com o paciente e com a sociedade civil e, seus diversos atores sociais (TOMASCHEWSKI-BARLEM, *et al.*, 2016).

Assim, percebe-se que a Enfermagem no Brasil enfrenta um grande desafio em salvaguardar os direitos à saúde dos pacientes, em especial dos usuários do Sistema Único de Saúde, considerado como uma das mais importantes vitórias, em termos de direitos para a população brasileira (MAYER *et al.*, 2019).

3 | CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem, em sua maioria, estão voltados para o atendimento baseado numa formação biológica e, com isso, carece de uma base para compreender o seu labor em nível social. Impõem-se, atualmente, novas fronteiras no atuar das políticas de saúde. Não basta apenas sua prática no atendimento às necessidades básicas do indivíduo; há que se ampliar os seus conhecimentos científicos, aperfeiçoando sua técnica, mas, sobretudo, ver a profissão do ponto de vista social.

É relevante que o enfermeiro goze de prerrogativas profissionais que o credencie a desenvolver seu trabalho em um horizonte ampliado, tanto na

prática assistencial como no cenário que exige liderança, iniciativa, visão política, principalmente, no contexto da saúde. Assim, o enfermeiro precisa atuar no âmbito social com as virtudes de um cuidador engajado na saúde do indivíduo como nas atividades que lhe são inerentes junto às comunidades, representar um elemento de apoio para as diversas demandas que ocorrem nas áreas sociais e, em particular, quando desassistidas pelo Estado.

Desta forma, faz-se necessário estar embasado também em conceitos jurídicos que servirão para a advocacia do paciente, principalmente nos casos em que esteja submetido a violações de direitos acobertados pelo ordenamento jurídico nacional. Essa ampliação do atuar profissional permitirá ao enfermeiro cumprir um grande desafio na redefinição da prática dos serviços de saúde, bem como na formação do pessoal de enfermagem.

Como derradeiro, este artigo possibilita que a enfermagem reflita sobre o significado da teoria da advocacia do paciente, e fomenta discussão sobre a possibilidade de incluir disciplinas no currículo da enfermagem que facilitem o agir do enfermeiro, considerando sobretudo, o exercício da teoria da advocacia, tais como: direito constitucional, administrativo, sanitário, dentre outros.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R.; DRUCK, M. G. A. Terceirização como regra? **Revista TST**, Brasília, v. 79, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 1 maio 2020.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.
- BELLATO, R.; GAÍVA, M. A. M. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 429-432, jul./ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a26v56n4.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.
- CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da enfermagem: tópicos de crítica e contribuição**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2013.
- FIUZA, C.; PEREIRA, A. H. F. Da possibilidade de retificação do sexo no registro civil do transexual. **Meritum**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 35-76, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/meritum/article/view/3368>. Acesso em: 1 maio 2020.
- GADOW, S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. *In*: SPICKER, S. F.; GADOW, S. (ed.). **Nursing: images and ideals; opening dialogue with the humanities**. New York: Springer Publishing, 1980. p. 79-101.

GONÇALVES, F. G. A. *et al.* Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-525, jul./ago. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15395/11644>. Acesso em: 23 set. 2016.

MARTINS, A. A. A enfermagem como prática social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 2-3, p. 132-143, abr./set. 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v40n2-3/v40n2-3a10.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

MAYER, B. L. D. *et al.* O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente : reflexão teórica . **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1191, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1191.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

MENDES, D. P. *et al.* O exercício de advocacy no âmbito da enfermagem: uma análise filosófica gadameriana. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e43570, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43570/31838>. Acesso em: 1 maio 2020.

NEUTZLING, B. R. S. *et al.* Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170025, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170025.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, T. M. R. Advocacia em enfermagem: contribuição para a reorientação do modelo assistencial no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 700703, 2018. **Supl. 1**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000700700&lng=pt. Acesso em: 1 maio 2020.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00525.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 12. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SILVA, V. R. Policy advocacy: contribuições para a construção de um conceito a partir de uma revisão sistemática da literatura. **Revista da ESMESC**, Florianópolis, v. 24, n. 30, p. 395-417, 2017. Disponível em: <https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/176>. Acesso em: 1 maio 2020.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 961-969, set./out. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-0912.pdf. Acesso em: 21 jan. 2018.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. *et al.* Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e0100014, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0100014.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. *et al.* Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar?: uma perspectiva foucaultiana. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. e2560014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2560014.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

CAPÍTULO 9

AUDITORIA DE ENFERMAGEM COMO MÉTODO EDUCACIONAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 14/07/2020

Gislaine Saurin

Grupo Hospitalar Conceição
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-9223-2957>

Fernada Braga Azambuja

Grupo Hospitalar Conceição
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6628-3221>

Anelise Ferreira Fontana

Grupo Hospitalar Conceição
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-8356-080x>

Jeane Cristine de Souza da Silveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-2689-8229>

RESUMO: **Introdução:** A auditoria é um instrumento de avaliação sistemática do processo de trabalho de enfermagem, contribuindo para a qualificação dos serviços e da prestação do cuidado com impacto na segurança do paciente. **Objetivo:** Descrever a experiência de enfermeiras acerca da implantação da auditoria de enfermagem como método educacional em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado em 2018 em um hospital público no sul do Brasil, apresentando o processo de construção

e implementação do instrumento, abordagem da equipe de enfermagem e a execução da auditoria. Os dados foram obtidos através de registros de enfermagem e prontuários. As práticas dos profissionais de enfermagem foram avaliadas por meio de observações cotidianas, sendo realizado *feedback* em um segundo momento quanto às inconformidades. **Resultados:** os resultados apontaram os benefícios de aplicação deste modelo, uma vez que integra a prática assistencial às rotinas e qualifica os processos de trabalho, garantindo a segurança do paciente com resultados efetivos. **Conclusões:** A auditoria de enfermagem é essencial para qualificação dos serviços, redução de custos e integração do auditor com equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Segurança do paciente.

NURSING AUDIT AS AN EDUCATIONAL METHOD IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: **Introcudtion:** The audit is an instrument for systematic assessment of the nursing work process, contributing to the improvement of the quality of the services and the provision of care with an impact on patient safety. **Objectives:** Describing nurses' experience regarding the implementation of nursing audit as an educational method in an Intensive Care Unit (ICU). **Method:** This is a report on an experience in 2018 in a public hospital in Southern Brazil, presenting the process of development and implementation of the instrument, the approach of the nursing team and the execution of the

audit. The data were obtained through nursing records and medical records. The practices of nursing professionals were evaluated by daily observations, feedback was given in a second moment regarding the nonconformities found. **Results:** the results showed the benefits of applying this model, since it integrates the care practice into the routines and qualifies the work processes, ensuring patient safety with effective results. **Conclusions:** Nursing audit is essential to the improvement of services quality, reducing costs and interaction between auditors and care teams.

KEYWORDS: Nursing Audit. Intensive Care Unit. Patient Safety.

1 | INTRODUÇÃO

A redução dos riscos e a implementação de ações contínuas de melhoria da qualidade no cuidado estão cada vez mais presentes em diferentes setores e vem sendo discutidas amplamente em instituições de saúde do mundo inteiro. Atualmente, a gestão através da análise de indicadores vem contribuindo para a qualificação dos serviços e da prestação do cuidado com impacto positivo na segurança do paciente. Nesse sentido, as auditorias e vigilâncias de processos podem contribuir não somente para identificar problemas mas, também para indicar sugestões e soluções na busca da qualidade das atividades desenvolvidas (FELIX; ROTTA, 2017).

A auditoria foi inicialmente utilizada pelos administradores de indústrias com o objetivo de avaliar questões contábeis. A primeira experiência na área da saúde foi a partir da análise dos registros dos prontuários para avaliar a prática médica em um hospital de Nova York no ano de 1918. Na enfermagem, as primeiras publicações ocorreram em 1955, também nos Estados Unidos e, desde então, a prática da auditoria é reconhecida como um instrumento de controle de qualidade do nosso trabalho (KURCGANT, 1978).

Estudos publicados sobre essa temática detêm-se prioritariamente a avaliar qualidade dos registros nos prontuários e priorizam o acompanhamento dos custos decorrentes da prestação de serviços. Os resultados encontrados são, na sua maioria, anotações incompletas que dificultam a análise da auditoria em enfermagem visto que os registros são a principal ferramenta de mensuração da qualidade e método para cobrança e constituem uma forma de avaliar o cuidado dessa categoria profissional (OLIVEIRA; JACINTO; SIQUEIRA, 2013; PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Ainda que os registros no prontuário sirvam como elementos primordiais para estas avaliações, recentemente alguns autores tem destacado a importância da implantação de auditoria como uma forma de avaliar sistematicamente a assistência de enfermagem por meio não apenas dos registros no prontuário de pacientes, mas também pela observação cotidiana da prática e apoio às ações da equipe. Percebe-

se a necessidade de uma maior sensibilização dos profissionais de enfermagem, visando uma reformulação no modo de se fazer a auditoria, ultrapassando a avaliação de questões puramente financeiras para avaliar justamente a qualidade da assistência prestada aos usuários (VIANA et al, 2016).

Nesse sentido, alguns autores tem defendido que implementar o processo de auditoria não como um exercício exclusivamente fiscalizatório, mas com uma abordagem mais educativa e participativa, com intervenções baseadas em *feedback*, pode ter melhores resultados na mudança de comportamento dos profissionais e consequentemente melhoria no cuidado (TOALA, 2017).

O objetivo do presente estudo é descrever a experiência da implantação de um modelo de auditoria com abordagem educativa em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) assim como apresentar o processo de construção, suas estratégias, dificuldades e inovações envolvidas nesse processo. Compartilhar essa vivência pode fornecer subsídios para outros serviços e proporcionar uma reflexão acerca da efetividade dos modelos de auditoria implementados atualmente, assim como da necessidade de práticas que garantam a segurança do paciente.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de caso, que descreve a experiência de enfermeiras acerca da implantação de um modelo de auditoria com abordagem educativa junto à equipe de trabalho em uma UTI adulto de grande porte de um hospital público do sul do Brasil.

Neste serviço, buscando atingir as metas de indicadores assistenciais de saúde, alguns enfermeiros participaram de grupos de estudos, onde realizaram reuniões sistemáticas e, juntamente com a coordenação, discutiram as medidas instituídas e rotinas assistenciais, assim como as capacitações da equipe de trabalho. Mesmo que as rotinas assistenciais da UTI estejam estabelecidas através de protocolos operacionais padrão (POP), muitos indicadores não estão em conformidade às metas instituídas. Sendo assim, com a necessidade de integrar a prática assistencial às rotinas e qualificar os processos de trabalho de forma a garantir a segurança do paciente com resultados efetivos, surgiu a vigilância de processos por meio da auditoria na UTI.

Um grupo de enfermeiros, após revisão da literatura, elaborou oito formulários para a coleta de dados, cada um englobou os seguintes itens: 1. Higienização das mãos: uso de álcool ou água e sabão; realização dos cinco momentos preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009); 2. Medidas de bloqueio epidemiológico - uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) (luvas, óculos de proteção, aventais) e uso adequado; não uso de adornos; adequação do leito de

isolamento (*hamper* e lixo próximos à porta, caixa de luvas e aventais em frente ao *box*, notificação da precaução de contato da Comissão de Controle de Infecção no prontuário); 3. Identificação de pacientes – pulseira de identificação legível; pulseira de risco de queda e alergia, quando for o caso; 4. Infecção de corrente sanguínea – tipo e quantidade de cateteres; fixação e inserção do mesmo; aspecto e validade do curativo; validade de equipos e cânulas; 5. Infecção de trato urinário – fixação adequada da sonda vesical; bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; higiene perineal uma vez ao turno; 6. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) – cabeceira elevada (30°); mensuração da pressão do balonete e higiene oral com escovação dentária uma vez ao turno; posição, limpeza e data do filtro; ausência de líquido condensado nas traqueias; técnica correta de aspiração; 7. Preparo de medicação – técnica asséptica no preparo e administração da medicação; rótulo adequado; validade de soluções; almotolias de álcool 70% e clorexidina alcoólica fechadas e datadas; e 8. Lesão por pressão – uso de colchão piramidal/pneumático; registro de mudança de decúbito de 2/2 horas.

O monitoramento foi realizado de acordo com a escala de auditoria fornecida pela coordenação de enfermagem da UTI e os dados eram registrados em formulários específicos. O *feedback* à equipe era realizado de duas formas: conversa informal à beira do leito ou com toda equipe de trabalho, caso houvesse oportunidade, e como relatório de inconformidades entregue aos enfermeiros, seguindo um processo de abordagem educativa. A auditoria dos processos de enfermagem teve início em janeiro de 2018, os dados coletados foram computados e apresentados em reuniões de serviço aos demais profissionais da unidade, permitindo a discussão e reflexão sobre a rotina de trabalho na UTI. Ressalta-se, que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar seguiu com a própria coleta de dados para fins de vigilância hospitalar.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO

A presença do enfermeiro auditor permitiu o levantamento das inconformidades tanto nos registros como na observação direta da atuação dos profissionais de enfermagem da UTI. Inicialmente, houve muitas dificuldades, os profissionais relataram sentimento de invasão, espionagem e muitos se apresentaram resistentes à abordagem, por vezes, questionavam a possibilidade de um enfermeiro externo da assistência para realização da atividade de auditoria. Gradativamente, houve melhor aceitação desse modelo de auditoria, uma vez que foi possível observar maior interação do enfermeiro auditor e a equipe assistencial. Notou-se que os profissionais tinham a necessidade de justificar a não realização de determinado cuidado e entendiam a auditoria como uma oportunidade de aprendizado,

qualificação da assistência e revisão do processo de trabalho.

Em um hospital do interior gaúcho, experiência semelhante foi relatada na implantação de auditoria *in loco* por meio não apenas dos registros em prontuário, mas também pela observação cotidiana da prática e apoio às ações da equipe. Os autores relataram uma maior interação entre as auditoras e equipes assistenciais, contribuições para a melhoria da qualidade assistencial, mensuração das inconformidades e esclarecimento de dúvidas sobre os registros de enfermagem, permitindo que o enfermeiro auditor passasse a ser visto como um educador de boas práticas da enfermagem (VIANA et al, 2016).

O fato dos enfermeiros auditores fazerem parte da equipe assistencial pode ser considerado um facilitador desse processo, uma vez que esses profissionais já têm vínculo e são conhecidos por todos; porém, o auditor ser integrante da equipe pode, em determinadas situações, constranger tanto o observado como o observador. Receber e/ou fazer críticas aos diferentes profissionais *in loco* nem sempre acontece de uma maneira receptiva e madura, uma vez que, fatores como habilidade, experiência, segurança e receptividade podem influenciar nesse momento. Esses pontos foram os grandes desafios encontrados pelo nosso grupo de trabalho, pois a proposta não foi somente fazer o levantamento das inconformidades, mas também corrigi-las em busca de melhorias dos indicadores e da nossa assistência.

O processo de auditoria é essencial para a identificação de problemas, mas também precisa ser um processo ativo com intervenção e resolução destes. O desenvolvimento de uma metodologia participativa, colaborativa, não punitiva, empática, levando em conta as barreiras dos profissionais de saúde para poder exercer suas atividades com qualidade foi utilizada recentemente em serviços de saúde no Equador com bons resultados (TOALA, 2017).

Pautados em ações de educação permanente, coparticipação de coletivos, trabalho em equipe e ações interdisciplinares, novos grupos de trabalho estão sendo formados no sentido de facilitar e consolidar as práticas de auditoria, a exemplo, a implantação exitosa de um núcleo de auditoria e regulação de saúde num município do Rio Grande do Sul que valorizou a atuação do enfermeiro nesse processo de construção e execução (CECCON et al , 2013).

A implantação desse processo de auditoria com abordagem educativa estimulou o grupo a pensar sobre diversas práticas do cotidiano. A despeito disso, no período da implantação da auditoria, os registros de determinados cuidados eram pouco observados e, à medida em que esse processo foi se instituindo como uma ação permanente no setor, notou-se melhoria dessas anotações. Podemos citar como exemplo: o registro da higiene perineal e a escovação dentária em todos os turnos, cuidados que reduzem infecção do trato urinário e previnem PAVM. O grupo de auditores em conjunto com os demais membros da equipe passou a questionar

se de fato esses cuidados previamente à auditoria eram menos realizados, ou se eram realizados e não eram registrados, ou, ainda, se eles passaram a ser somente registrados sem serem executados, fato este que configuraria como um grave problema de caráter ético e assistencial. Um estudo que buscou avaliar por meio de auditoria retrospectiva a qualidade dos registros de enfermagem em uma UTI paranaense também observou o registro de informações incorretas ou insuficientes. Os autores ressaltaram que a falta de alguns dados inevitavelmente geram dúvidas que podem prejudicar a continuidade do cuidado e o respaldo jurídico e ético. Além disso, a falta de informação sobre cuidados de higiene pode indicar que a equipe não valoriza tais procedimentos como essenciais não só para o bem-estar dos pacientes, mas também para a prevenção de infecções (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

A medida em que nossas observações foram se tornando cotidianas, percebemos que alguns processos eram realizados corretamente na presença do enfermeiro auditor, fato semelhante foi observado num estudo que buscou identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma UTI nos cinco momentos de higienização das mãos. Nessa pesquisa, também foi observada uma mudança de atitude dos profissionais pelo fato de estarem sendo observados (SOUZA et al., 2015). Embora todas as evidências apontem para a grande importância dessas atividades, a falta de adesão a essas práticas foi observada no presente estudo. Foram identificadas a má adesão da higienização de mãos e às medidas de bloqueio epidemiológico, mais frequentemente “antes” do contato com o paciente ou de procedimentos assépticos. Porém, observou-se mudança comportamental dos profissionais quando notavam a presença do auditor. Assim como, em nossas observações, um estudo identificou uma maior adesão da higienização das mãos e das medidas de bloqueio epidemiológico “após” o contato com o paciente ou fluidos corporais, fato que pode ser justificado pela conscientização do profissional em se proteger (SOUZA et al., 2015).

Nossa proposta foi de implementar um processo com maior valorização e escuta da equipe para que as pessoas se sentissem mais participativas e que efetivamente conseguissem observar mudança de comportamento dos profissionais. Observações realizadas por membros do CCIH, muitas vezes são percebidas como pouco educativas e mais impositivas. Nosso objetivo foi mudar esse paradigma e tentar construir um modelo em que todos se sentissem mais do que observados e avaliados, mas que se percebessem integrantes nesse processo e também responsáveis pela mudança e pela segurança do paciente.

Sentimentos semelhantes foram descritos em um estudo realizado no Canadá que entrevistou profissionais de terapia intensiva acerca da sua opinião sobre os processos de auditorias realizados nos serviços de saúde. Muitos dos

entrevistados veem a auditoria e *feedback* como fragmentados e nem sempre eficazes. Sentem-se desconectados do processo e acham que a auditoria é insuficientemente transparente. Além disso, as devolutivas dadas à equipe são muitas vezes intempestivas (SINUFF et al., 2015).

A auditoria auxilia a identificar as deficiências do serviço e da assistência recebida pelo paciente e pode facilitar o treinamento e a orientação da equipe através do enfermeiro auditor quando tem uma proposta mais educativa e não somente fiscalizatória (ANDREOTTI, et al., 2017). Para isso é necessário que todos os profissionais auditores tenham uma maior conscientização da importância de sua atuação na realização, supervisão e cobrança das boas práticas de saúde e o impacto destas ações em indicadores de qualidade e de custo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de um modelo de auditoria com abordagem educativa na UTI ainda está em construção e vem sendo constantemente reformulado e avaliado. Muito ainda temos que aperfeiçoar nesse processo, mas podemos afirmar que desde sua implementação já observamos uma mudança comportamental da equipe de saúde.

À medida em que o trabalho foi se desenvolvendo e a equipe se sentindo mais familiarizada com a proposta, as abordagens e os momentos de orientação foram sendo percebidos como estratégias válidas e mais valorizadas pelos profissionais. Assim sendo, atitudes de resistência passaram a ser percebidas com menor frequência. Através das discussões do grupo de trabalho, observou-se o amadurecimento do grupo, estimulando a interação da equipe assistencial com as rotinas, qualificando o cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDREOTTI, E.T. et al. Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Adm. Saúde**. São Paulo. v. 68, n. 17, p. 55-65. Jul-Set. 2017.

CECCON, R.F. et al. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência. **Rev Min Enferm**. Minas Gerais. n. 17, n. 3, p. 695-99. Jul-Set. 2013.

FELIX, E.A.; ROTTA, E.T.. Programa Nacional de Segurança do Paciente. In: Prates, C.G.; Stadriik, C. M. Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares. Porto Alegre: **Moriá**; 2017. p. 183-208.

KURCGANT, P.. Auditoria em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enferm.**; Distrito Federal, 29: p.106-124. 1978.

OLIVEIRA, D.R.; JACINTO, S.M.; SIQUEIRA, C.L.. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico. **RAS**. São Paulo. v. 15, n. 61. p.151-8. Out-Dez. 2013.

PADILHA, E.F.; HADDAD, M.C.F.L.; MATSUDA, L.M.. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm**. Curitiba. v. 19, n. 2, p. 239-45. Abr-Jun. 2014.

SINUFF, T. et al. A qualitative study of the variable effects of audit and feedback in the ICU. **BMJ Qual Saf**. v. 24, n. 6, p. 393-9. Jun. 2015.

SOUZA, L.M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 21-28, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>.

TOALA, F.G.T.. Desarrollo e implementación de un modelo de auditoría médica basado en el aseguramiento de la calidad y la supervisión participativa en Ecuador. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro. v.12, n. 39, p.1-11. Jan-Dez. 2017.

VIANA, C.D. et al. Implantação da auditoria Concorrente de Enfermagem: Um relato de Experiência. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 25, n. 1, e3250014, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100702&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Guidelines on hand hygiene in health care**: First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=1A3A14D905DA75DF6B8BA7488AC19F08?sequence=1>. Acesso em: 12 julho 2020

CAPÍTULO 10

AUTOESTIMA E SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA OFICINA TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Valéria da Silva Matos Lima

Faculdade Adventista da Bahia
Cachoeira – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/6371865683634532>

Deylane Abreu dos Santos

Faculdade Adventista da Bahia
Cachoeira – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/3726563828305273>

Naiara de Jesus Teles Gonçalves

Faculdade Adventista da Bahia
Cachoeira – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/5968573665246699>

Whellen Auxiliadora Lobato Silva

Faculdade de Tecnologia e Educação da
Amazônia
Abaetetuba – Pará

<http://lattes.cnpq.br/3428036862634711>

Brenda do Socorro Gomes da Cunha

Faculdade Adventista da Bahia
Cachoeira – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/7592762582432390>

RESUMO: **Introdução:** Autoestima é frequentemente definida como a componente avaliativa e valorativa da pessoa acerca de si mesmo. Este componente, por sua vez, está diretamente relacionada com as habilidades reais da pessoa. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem

dentro de uma rede de atenção psicossocial, com a execução de uma oficina terapêutica e enfatizar o impacto desta atividade. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Estágio Supervisionado da disciplina de Saúde Mental, ministrada no sexto período do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA). **Resultados:** Observou-se que os pacientes já estavam acostumados com oficinas terapêuticas na unidade, e, portanto, isso facilitaria nossa dinâmica com os participantes, pois, os mesmos ficaram bastante animados. Ao ouvi-los foi explicado como a autoestima tem influência na vida e saúde do ser humano, em como é importante priorizar as qualidades, não os defeitos e fazer do seu próprio eu o seu parâmetro. Notou-se que uma das reclamações comuns referente à autoestima seria com relação à aparência, na qual percebe-se que o padrão de beleza exposto pela sociedade se torna um guia de felicidade. **Conclusão:** Por meio desta experiência verificou-se a carência que os usuários possuem de contanto físico e emocional. A atividade implementada também contribuiu para reinserção dos mesmos com outras pessoas além daquelas já presentes no CAPS rotineiramente.

PALAVRAS-CHAVE: Autoestima; Oficina Terapêutica; Experiência.

SELF-ESTEEM AND MENTAL HEALTH: EXPERIENCE REPORT OF A THERAPEUTIC WORKSHOP IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRAT: Introduction: Self-esteem is often defined as the person's evaluative and evaluative component about himself or herself. This component, in turn, is directly related to the person's real abilities. **Objective:** To report the experience experienced by nursing students within a psychosocial care network, with the execution of a therapeutic workshop and emphasize the impact of this activity. **Method:** This is a descriptive study, type of experience report, elaborated in the context of the discipline Supervised Internship of the discipline of Mental Health, taught in the sixth period of the Undergraduate Nursing Course of the Adventist College of Bahia (FADBA). **Results:** It was observed that the patients were already accustomed to therapeutic workshops in the unit, and, therefore, this would facilitate our dynamics with the participants, because they were very excited. Listening to them was explained how self-esteem has an influence on the life and health of the human being, in how important it is to prioritize the qualities, not the defects and make your own self your parameter. It was noticed that one of the common complaints regarding self-esteem would be in relation to appearance, in which it is perceived that the pattern of beauty exposed by society becomes a guide of happiness. **Conclusion:** Through this experience, it was verified the lack that users have of physical and emotional data. The implemented activity also contributed to their reintegration with other people besides those already present in the CAPS routinely.

KEYWORDS: Self-esteem; Therapeutic Workshop; Experience.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental como se vê em nossos tempos, é fruto de uma longa e árdua trajetória política, sociocultural, e econômica, tornando-se assim imprescindível elucidar sobre um marco importante neste contexto que é a Reforma Psiquiátrica.

Segundo Brito (2012), no Brasil este movimento surgiu em meados de 1970 com o objetivo de reformular o modelo de atenção em saúde mental, especialmente através da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e da implantação dos serviços substitutivos, permitindo as pessoas com sofrimento mental uma assistência terapêutica adequada, reabilitação psicossocial e liberdade para usufruir de seus direitos civis. "O modelo assistencial proposto a partir dessa Reforma é constituído de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções" (FACUNDES, et al. 2010 apud. DOUBERIN, 2013).

Entre os modelos de assistência substitutiva, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com o Ministério da Saúde (2005), tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica por evidenciar a possibilidade real de uma rede que permute

o sistema hospitalocêntrico.

É função deste serviço prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

A reabilitação psicossocial é um dos elementos fundamentais no tratamento de transtornos mentais, (SILVA, 2014 apud. MENDES, 2016) onde seu objetivo primário é possibilitar, a partir da diversidade de habilidades e capacidades dos indivíduos, uma inserção social mais satisfatória (SARACENO, 2001).

As oficinas terapêuticas são estratégias que favorecem o processo de reabilitação psicossocial, configurando-se como atividades grupais de diversos conteúdos, mas com o intuito de promover maior integração social e familiar, a expressividade, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo de cidadania (BRASIL, 2004 apud. MENDES, 2016).

Dentre os inúmeros conteúdos que podem ser abordados nas oficinas terapêuticas, a autoestima, como fator importante na qualidade de vida de qualquer pessoa, inclusive naqueles com transtornos mentais, está entre as alternativas. A autoestima é frequentemente definida como a componente avaliativa e valorativa da pessoa acerca de si mesmo. Este componente, por sua vez, está diretamente relacionado com as habilidades reais da pessoa (ARSENIAN, 1942 apud. GUERREIRO, 2011).

Por outro lado, em essência, as pessoas, na maioria dos casos, valorizam muito a forma como são vistas e valorizadas pelos outros no seu meio envolvente. Assim, a Teoria Sociométrica, sugere que a autoestima funciona como um barômetro das relações interpessoais, monitorizando e regulando a aceitação social das pessoas, no sentido de evitar a rejeição em sociedade (Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995; Leary, 1999 apud. Guerreiro, 2011).

Bednar, Peterson e Wells (1989) apud. Guerreiro (2011), propõem que níveis baixos de autoestima baseiam-se na escolha de evitar situações difíceis, em detrimento de se entregar a estas. Por conseguinte, as auto avaliações da pessoa tornam-se negativas e colocam de parte as avaliações positivas que outras pessoas significativas possam fazer de si. Podendo nestes casos conduzir a constrangimentos, essencialmente, no que diz respeito a contextos sociais, culminando em perturbações como a ansiedade social.

Compreendendo a importância de tratar o tema autoestima, percebe-se que as pessoas com transtornos mentais são pessoas vulneráveis a terem maiores consequências por conta de uma baixa autoestima. Portanto, esse trabalho tem

como objetivo relatar a experiência vivenciada durante a atividade de intervenção realizada por acadêmicos de enfermagem dentro de um Hospital Psiquiátrico, que teve com base a execução de uma oficina terapêutica na qual abordou-se o tema em questão com os pacientes da unidade hospitalar, e enfatizar sobre o impacto desta atividade tanto para os acadêmicos como para os usuários da rede de atenção psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Estágio Supervisionado da disciplina de Saúde Mental, ministrada no sexto período do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), que tem como objetivo principal relatar a experiência vivenciada durante a atividade de intervenção realizada por acadêmicos de enfermagem dentro de um Hospital Psiquiátrico, a partir do desenvolvimento de uma oficina terapêutica na qual abordou-se o tema em questão com os pacientes da unidade hospitalar.

A base metodológica utilizada na atividade foi a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) que emprega a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução sociais referentes à saúde e a doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado (AZEVEDO, VALE, ARAÚJO, et al. 2014).

Esse tipo de estudo tem como finalidade aproximar o ensino da graduação em enfermagem com a produção dos serviços de saúde, buscando a relação prática – teoria – prática.

Deste modo, a captação da realidade se caracteriza como a etapa do conhecimento da realidade, o qual se trata de uma aproximação e, nunca, um conhecimento total da mesma, uma vez que essa é dinâmica e por isso há necessidade de sempre estar sendo revisitada. O conhecimento da realidade possibilita a cada disciplina definir o que é necessário conhecer naquele momento, o que pode ser trabalhado pelo aluno durante o período e o que necessita ser aprofundado no período subsequente.

Diante disso, foi realizada uma oficina terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo I do Recôncavo Baiano durante um período de 2 dias úteis do mês de outubro de 2018, com uma amostra com cerca de 10 usuários intensivos da unidade, sendo 7 mulheres e 3 homens. O primeiro dia foi empregado para reconhecimento do local e criação de vínculo com as pessoas, apresentando-se e conhecendo-os mais. No segundo dia, foi preparada uma roda de conversa onde

foi empregado uma entrevista não estruturada sobre o tema autoestima, seguido de um show de talentos para os pacientes com a utilização de tapete vermelho para desfiles, óculos, perucas e chapéus.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade no primeiro dia foi iniciada ao conhecer a estrutura física do local, os profissionais que trabalhavam no CAPS, função de cada um, e nesta visita percebeu-se que os pacientes almoçavam na unidade, e por conta disso, o tempo para a oficina seria ainda mais curto porque eles sempre descansavam um pouco após o almoço.

Logo em seguida, foi escolhido o local para a realização da oficina que seria executada no próximo encontro, também houve um tempo de socialização e interação, em que todos se apresentaram e foi anunciada a atividade que seria realizada na próxima visita. Além disso, observou-se que os pacientes já estavam acostumados com oficinas terapêuticas na unidade, e, portanto, isso facilitaria nossa dinâmica com os participantes, pois, os mesmos se mostraram bastante animados.

Sendo importante frisar que de acordo com o proposto pela Lei nº 10.216/2001, as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas nos serviços de saúde mental, serviços estes hoje, indispensáveis no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001 apud. GUIMARÃES; GUAZZELLI).

No segundo dia, o local foi organizado enquanto os pacientes descansavam, quando chegaram iniciou-se a roda de conversa. Foi perguntado inicialmente se conheciam o termo autoestima e se algum deles conheciam o significado deste. Algumas frases relatadas pelos pacientes foram:

“É quando a gente se acha feio ou bonito”

“É como a gente é, eu tenho um filho que mora longe, lá em São Paulo, ele não gosta do meu óculos.”

Houve uma explicação sobre o conceito de autoestima, e então outra pergunta foi lançada sobre como eles se viam e o que eles achavam de si mesmos. Frases ouvidas:

“Eu não gosto da minha barriga, ela é grande, parece uma bola, toda redonda.”

“Meu cabelo é todo espichado, eu alisei esses dias assim, tá vendo? Meu filho dizia que ele estava espichado, aí eu alisei.”

“Eu não consigo andar direito, aí eu não gosto, não dá pra brincar e sair”.

Ao ouvi-los foi explicado sobre como a autoestima tem influência na vida e saúde do ser humano, em como é importante priorizar as qualidades e não os

defeitos e fazer do seu próprio eu o seu parâmetro. Diante disso, foi pedido que cada um pensasse em uma qualidade sua, algo que eles gostassem neles mesmos e citasse.

"Eu gosto do meu sorriso"

"Gosto dos meu olhos."

"Gosto da minha boca quando passo batom"

"Gosto da minha barriga, ela é tão bonitinha."

"Gosto do meu cabelo."

"Gosto do meu coração, ele é muito bom, Deus me deu ele."

Notou-se que uma das reclamações comuns referente à autoestima seria com relação a aparência, na qual percebe-se que o padrão de beleza exposto pela sociedade se torna um guia de felicidade, em que o magro, o cabelo liso, a pele branca, são as características mais bonitas, e isso também os afeta, assim como afeta a muitas outras pessoas sem transtornos mentais ou que desconhece esse transtorno.

Quanto as frustrações trazidas em relação ao peso e corpo, é importante salientar que medicações usadas para tratamentos de transtornos mentais podem estar relacionadas. Moreno, et. al. (2004) afirma sobre o ganho de peso como efeito colateral de antipsicóticos e de anticonvulsivantes como o Valproato de Sódio. Enquanto Peixoto et. al. (2008) explica que dos antidepressivos, os tricíclicos apresentam uma maior porcentagem no ganho de peso.

Ao conversar com uma funcionária da unidade, ela relatou que os efeitos adversos das medicações fazem o apetite dos pacientes aumentar, de forma que muitas vezes eles comem exageradamente, necessitando que os profissionais presentes os controlem.

Durante a roda de conversa observou-se que os homens não falavam muito, a menos que fosse perguntado diretamente a eles como realizado no final com todos os participantes.

Ao Iniciar o show de talentos, cerca de 3 pacientes recusaram participar. Porém tentou-se trazer emponderamento aos participantes, de forma que cada um escolheu seu talento, aquilo que sabia fazer para apresentar aos outros. Dois participantes escolheram cantar, os 7 aceitaram participar do desfile, e 2 dançaram. Foram utilizadas frases de apoio e encorajamento para todos, exaltando suas habilidades e talentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido trabalho possibilitou a obtenção de um maior conhecimento tanto

prático como científico na área da saúde mental, em especial na assistência a partir deste modelo substitutivo que tanto vem contribuindo para uma atenção em saúde mental.

Sentir na prática essa nova assistência proporcionou uma nova visão para com a saúde mental, assim como para a desconstrução de diversos estereótipos que por vezes criamos sobre pessoas com transtornos mentais.

Por meio desta experiência verificou-se a carência que os usuários possuem de contanto físico e emocional, foi perceptível a felicidade deles por estar perto, por conversar perto, por ter outras pessoas ao seu redor. Percebeu-se ainda, que além de trabalhar com eles o tema principal que era autoestima, a atividade implementada também contribuiu para reinserção dos mesmos com outras pessoas, além daquelas que frequentava o CAPS rotineiramente.

Quanto ao tema tratado na oficina, é notável ser um tema pouco abordado neste contexto, ficando, portanto, uma lacuna a ser preenchida neste espaço.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C.I. VALE, L. D. ARAÚJO, M.G. et al. **Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014.

DOUBERIN, C. Relato de vivência em um Centro de Atenção Psicossocial no município de Camaragibe/PE. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. v.5, n.11, p.114-119. 2013.

GUERREIRO, D. **Necessidade Psicológica de Auto-Estima/Auto-Crítica: Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa. Universidade de Lisboa, Lisboa.

GUIMARÃES, S., GUAZZELLI, C. Oficinas Terapêuticas: **Formas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica**. Pós-Graduação de Saúde Mental, UNIDAVI. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Saionara-Guimar%C3%A3es.pdf>>. Acesso em: 28/10/2018.

MENDES, M., LOPES, V., LOBO, A. Saúde mental e arte: relato de uma oficina de experiências estéticas em um centro de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.8, n.20, p.70-78. 2016.

MORENO, R. et. al. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. v.26, p. 37-43. Out, 2004.

PEIXOTO, H. et. al. Antidepressivos e alterações no peso corporal. **Rev. Nutr.** Campinas. v.21, n.3, p.341-348. Maio/jun., 2008.

AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DAS MÍDIAS SOCIAIS PARA ORIENTAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Ana Heloísa Lopes da Silva

Faculdade Santa Maria da Glória - SMG
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/7236031920306332>

Luana Lucas dos Santos

Faculdade Santa Maria da Glória - SMG
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/6075363403481538>

Reginaldo Dias

Faculdade Santa Maria da Glória - SMG
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/5804930615544930>

Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz

Faculdade Santa Maria da Glória - SMG
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/0158996139792502>

RESUMO: As mídias sociais passaram a fazer parte das vidas e do cotidiano da população, sendo utilizadas como canais para facilitar o aprendizado e meio para vincular material educativo. **Objetivo:** Avaliar a viabilidade das mídias sociais para fins de orientação da população sobre temas relacionados à saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo. Para tal, os alunos do curso de enfermagem de uma faculdade particular de Maringá-PR desenvolveram um material educativo referente ao chamado do

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) para divulgação em plataformas digitais tipo Instagram e blogs. Cada aluno deveria deixar o material disponível por 90 dias em suas contas de internet, entre os meses de maio a julho de 2019, sendo os acessos livres, sem indução, sugestão ou qualquer forma de coação. O estudo dispensa a análise do Comitê de Ética. **Resultados:** A veiculação do material no blog resultou em 30 mil acessos/mês, sendo o público alcançado de 80 mil pessoas, considerando os diferentes números de IP (Internet Protocol) que visualizaram o material. Em relação ao Instagram, somando os seguidores das contas disponíveis para divulgação, totaliza-se 2.498 seguidores, somando 350 visualizações ao total das 3 contas vinculadas no período de 24 horas no ar. **Conclusão:** Observou-se que as redes sociais podem ser ferramentas úteis para a divulgação e disseminação de material educativo para a população, pois o acesso é livre e de longo alcance

PALAVRAS-CHAVE: Informática em Enfermagem; Mídias Sociais; Meios de Comunicação

ABSTRACT: Social media became part of the populations' lives and routine, being used as channels to favor learning and to link educational material (RESSLER; GLAZER, 2010; MESQUITA et al., 2017). **Objective:** To assess the feasibility of social media as a guidance for the population on health-related themes. **Method:** This is a descriptive, quantitative and retrospective study. To this end, students of the nursing course at a

private college in Maringá-PR developed educational material referring to the call of the Mobile Emergency Care Service (SAMU) and the Integrated Emergency Trauma Care Service (SIATE) for dissemination on platforms Instagram and blogs. Each student should leave the material available for 90 days in their internet accounts, between the months of May to July 2019, with free access, without induction, suggestion or any form of coercion. The study does not need to be analyzed by the Ethics Committee.

Results: The placement of the material on the blog resulted in 30 thousand hits / month, with an audience of 80 thousand people, considering the different IP (Internet Protocol) numbers that viewed the material. Regarding Instagram, adding the followers of the accounts available for disclosure, there are 2,498 followers, adding 350 views to the total of the 3 linked accounts in the period of 24 hours on air. **Conclusion:** It was observed that social networks can be useful tools for the dissemination and dissemination of educational material to the population, as access is free and far-reaching.

KEYWORDS: Nursing Informatics; Social media; Media.

1 | INTRODUÇÃO

A comunicação pode ser definida como a interação entre as pessoas a fim de troca de informações, seja por meio da fala, da escrita ou da linguagem não verbal (FERMINO e CARVALHO, 2007). Na saúde, a comunicação é a forma com que entendemos, atuamos e estabelecemos vínculos entre a equipe, os pacientes e familiares (CARDOSO e ARAÚJO, S/D).

Nas últimas três décadas, a forma de se comunicar passou por diversas transformações, em virtude do crescimento e popularização da internet, facilitando, inclusive as pesquisas a respeito de temas relacionados à saúde e diagnóstico de doenças (GARBIN et al., 2012; GIDDENS, 2002).

As mídias sociais passaram a fazer parte das vidas e do cotidiano da população, sendo utilizadas como canais para facilitar o aprendizado e meio para vincular material educativo (RESSLER; GLAZER, 2010; MESQUITA et al., 2017).

O uso de plataformas digitais com o objetivo de disseminar informações de forma sistemática e contínua apresenta grande impacto nas ações de saúde e no modo de gerir ações, pessoas, grupos e instituições alinhadas a uma política pública inovadora (FRANÇA et al, 2019).

Dessa forma, este ensaio objetiva avaliar a viabilidade das mídias sociais para fins de orientação da população sobre temas relacionados à saúde.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo. Os alunos do sexto período do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma faculdade privada

da cidade de Maringá-PR desenvolveram um material educativo referente ao chamado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) para divulgação em plataformas digitais tipo Instagram e blogs.

Cada aluno deveria deixar o material disponível por 90 dias em suas contas de internet, entre os meses de maio a julho de 2019, sendo os acessos livres, sem indução, sugestão ou qualquer forma de coação para visualização e compartilhamento.

Pela natureza do estudo, dispensa-se a análise do Comitê de Ética.

The poster is divided into two main sections. The top section is for SAMU (192) and the bottom section is for Bombeiros (193). Both sections include a list of emergency situations where to call. The bottom section also features a large graphic with the text 'diga NÃO ao TROTE' and a warning about occupying the lifeline.

SAMU 192

- Dores no peito de aparecimento súbito
- Crises Convulsivas
- Situações de intoxicação ou envenenamento
- Queimaduras graves
- Trabalhos de parto com situação de risco
- Perda de consciência (desmaio)
- Queda acidental
- Sangramento/Hemorragias
- AVC/Derrame e Parada Cárdio-Respiratória
- Picada de Animais Peçonhentos
- Tentativa de Suicídio

QUEM CHAMAR? QUANDO CHAMAR?

BOMBEIROS 193

- Incêndio
- Acidente com pessoas presas em ferragens
- Acidente de trânsito e atropelamentos
- Salvamento Aquático
- Quedas de alturas
- Desabamentos
- Deslizamentos de terras
- Vazamento de gás
- Pessoas perdidas em matas ou montanhas
- Acidentes com produtos perigosos (químicos ou artefatos)

diga NÃO ao TROTE

VOCÊ PODE ESTAR OCUPANDO A LINHA DA VIDA DE ALGUÉM

FIGURA 1: MATERIAL DISPONIBILIZADO NAS MÍDIAS SOCIAIS PARA EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO

3 | RESULTADOS

A veiculação do material (Figura 1) no blog resultou em 30 mil acessos/mês, sendo o público alcançado de 80 mil pessoas, considerando os diferentes números de IP (Internet Protocol) que visualizaram o material. Em relação ao Instagram, somando os seguidores das contas disponíveis para divulgação, totaliza-se 2.498 seguidores, somando 350 visualizações ao total das 3 contas vinculadas no período de 24 horas no ar.

4 | DISCUSSÃO

A evolução e avanço da tecnologia das redes de computadores permitiu a conexão de pessoas, superando distâncias e alcançando grandes velocidades de comunicação (MAGALHÃES, 2010).

As redes sociais objetivam ligar vários tipos de pessoas e organizações, que possuem valores semelhantes, transmitem interesses comuns entre usuários, interesses que movimentam o sistema naquele momento, dando uma direção à sociedade. As redes sociais não são usadas apenas por motivos fúteis. Usuários utilizam suas redes para atingirem objetivos específicos, segundo Tomaél, Alcará, Chiara (2005).

Em um estudo realizado por Paulino e seus colaboradores (2018), onde utilizou-se o WhatsApp como plataforma para ministrar aula, a proposta de conquistar um novo espaço de aprendizado foi um desafio estimulante, além de permitir que avaliassem na prática a eficácia dos novos recursos midiáticos como forma de veicular ações de educação em saúde, bem como resgatar e aplicar em situações do cotidiano os conhecimentos que havíamos construído até então.

Paulino e seus colaboradores (2018) ainda concluíram que o uso de aplicativos de celulares na educação médica aumentou a participação dos estudantes, aperfeiçoando a comunicação entre discentes e professores. Provavelmente, a participação dos estudantes é aumentada nestes casos de uso de novas tecnologias pela facilidade da população jovem em seu manuseio e entendimento, bem como pela inovação e dinâmica do método.

No Brasil, o Global Mobile Consumer Survey revelou que, em 2016, 80% das pessoas utilizam smartphones diariamente (SILVA et al.; 2018), ou seja apenas 20% da população brasileira ainda não era adepta ao uso de deste meio de comunicação. Já em 1980 de acordo com o artigo 'Modelo Explicativo Popular E Profissional Das Mensagens De Cartazes Utilizados Nas Campanhas De Saúde', Oliveira e colaboradores (2007) o veículo utilizado estava relacionado seminários, textos em jornais, artigos, movimentos de instituições até os relatórios das conferências

nacionais de saúde. Desde então a saúde já visava as necessidades da população em esclarecer informações a respeito de fatores determinantes à saúde.

Assim, o artigo mencionado acima refere que vários fatores agravantes obtiveram sua veiculação através de cartazes com a finalidade da efetivação dos meios de comunicação e através deste conscientizar a população quanto aos fatores de riscos da época.

A utilização de mídias sociais tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. A população mundial aumentou de 7 para 7,2 milhões de pessoas, e o número de usuários ativos de internet superou 3 bilhões, com um aumento de 500 milhões apenas em 2014, atingindo 42% de toda a humanidade (MESQUITA et al.; 2017).

5 | CONCLUSÃO

As redes sociais podem ser ferramentas úteis para a divulgação e disseminação de material educativo para a população, pois com o avanço das tecnologias de informação e o acesso livre ao conteúdo proporciona ampla divulgação e alcance do conteúdo.

REFERÊNCIAS

Cardoso e Araújo. **Comunicação e saúde**. s/d. disponível em: <<http://www.sites.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html#topo>>. Acesso em: 15 de Junho de 2019.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. **A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa**. Cogitare Enfermagem, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FRANCA, Tania; RABELLO, Elaine Teixeira; MAGNAGO, Carinne. **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 106-115, Agosto. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500106&lng=en&nrm=iso>. Acesso 19 Julho 2019.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GARBIN, HELENA; GUILAM, MARIA; NETO, ANDRÉ. **Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100019>. Acesso em: 20 de Julho de 2019.

MAGALHÃES PL. **A influência da evolução tecnológica na comunicação humana nas redes sociais**. Projeto de Pesquisa. 2010

MESQUITA, Ana Cláudia et al. **As redes sociais nos processos de trabalho em enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 51, e03219, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100800&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de Maio de 2019.

OLIVEIRA, Vânia Lúcia Bezerra et al . **Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 287-293, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de Maio de 2019.

PAULINO, Danilo Borges et al . **WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Contextualizando Teoria e Prática em um Novo Cenário de Ensino-Aprendizagem.** Rev. bras. educ. med., Brasília , v. 42, n. 1, p. 171-180, Jan. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100171&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 19 de Julho 2019.

SAYMON, LIVYSON. **A influência das redes sociais na comunicação humana.** Disponível em: <<https://www.cesar.org.br/index.php/2018/08/27/a-influencia-das-redes-sociais-na-comunicacao-humana/#:~:text=As%20redes%20sociais%20permitem%20uma,um%20relacionamento%20com%20o%20cliente.>>. Acesso em: 19 de Julho de 2020.

SILVA, Alessandra Maria de Araújo et al . **Tecnologias móveis na área de Enfermagem.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 5, p. 2570-2578, Oct. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502570&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de Julho 2019..

TOMAEL, Maria Inês; ALCARA, Adriana Rosecler; DI CHIARA, Ivone Guerreiro. **Das redes sociais à inovação.** Ci. Inf., Brasília , v. 34, n. 2, p. 93-104, Aug. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Maio 2019.

CAPÍTULO 12

GERENCIAMENTO DA DOR E ESTRESSE NO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Data de aceite: 01/10/2020

Ana Carolina Santana Vieira

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/5611818807124868>

Anne Laura Costa Ferreira

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/2604859525162878>

Anyele Albuquerque Lima

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/3832407230242392>

Beatryz Rafaela Santos Lima

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7461618097665628>

Bruna Luizy dos Santos Guedes

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7011538004865356>

Camila Thayná Oliveira dos Santos

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7861905246073264>

Izabelly Carollynny Maciel Nunes

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0974310160555699>

Ingrid Martins Leite Lúcio

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7001867001343851>

Lara Tatyane Ferreira Santos Honório

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/9984040967271187>

Luana Cavalcante Costa Ferraz

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/8566053289030920>

Rossana Teotônio de Farias Moreira

Universidade Federal de Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0930200680636809>

RESUMO: Objetivo: Propor um protocolo de gerenciamento da dor e estresse para recém-nascidos hospitalizados. **Metodologia:** Estudo descritivo original para a elaboração de um protocolo baseado em medidas de conforto, cuidados com a pele e o gerenciamento da dor em recém-nascidos hospitalizados em unidades de tratamento intensivo, a partir de evidências da literatura e prática clínica de profissionais de saúde. Foi desenvolvido de agosto/2018 a julho/2020 e estruturado em três etapas: levantamento e seleção de artigos científicos; descrição e organização das estratégias para o gerenciamento da dor e estresse; elaboração textual e representação gráfica do protocolo. **Resultados:** Foram selecionados 10 artigos, dos quais extraíram-se as estratégias do protocolo de assistência clínica estruturado em três eixos: medidas de conforto; medidas de cuidado com a pele do recém-nascido; medidas para o gerenciamento da dor, organizados por estratégias de cuidado. **Conclusões:** O protocolo permitiu alcançar conhecimento científico sobre o gerenciamento da dor neonatal, e sistematizar medidas não farmacológicas e de fácil aplicabilidade, já utilizadas, pelos profissionais de saúde, visando um cuidado mais específico e humanizado, para um menor comprometimento no desenvolvimento do recém-nascido. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Criança; Assistência de Enfermagem; Unidades de

MANAGEMENT OF PAIN AND STRESS IN THE NEWBORN: PROTOCOL PROPOSAL

ABSTRACT: Objective: To propose a pain and stress management protocol for hospitalized newborns. **Methodology:** Original descriptive study for the elaboration of a protocol based on comfort measures, skin care and pain management in newborns hospitalized in intensive care units, based on evidence from the literature and clinical practice of health professionals. It was developed from August/2018 to July/2020 and structured in three stages: survey and selection of scientific articles; description and organization of strategies for pain and stress management; textual elaboration and graphic representation of the protocol. **Results:** 10 articles were selected, from which the strategies of the clinical assistance protocol structured in three axes were extracted: comfort measures; skin care measures for the newborn; pain management measures, organized by care strategies. **Conclusions:** The protocol made it possible to achieve scientific knowledge about neonatal pain management, and to systematize non-pharmacological and easily applicable measures, already used, by health professionals, aiming at a more specific and humanized care, for a lesser commitment in the development of the newborn.

KEYWORDS: Child Health; Nursing Care; Intensive Care Units; Pain Management; Clinical Protocols.

INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que envolve mecanismos fisiológicos, psíquicos e culturais (IASP, 1994; NÓBREGA et al., 2018). Um fenômeno de difícil avaliação, em especial para o recém-nascido (RN), cuja detecção e tratamento são subestimados e não totalmente compreendidos (CHRISTOFELL et al., 2017; ZELLER; GIEBE, 2014; IASP, 1994).

O RN possui componentes dos sistemas neuro anatômico e endócrino suficientes para permitir a transmissão do estímulo doloroso. Entre a vigésima e a vigésima quarta semana gestacional, o feto já é capaz de perceber esses estímulos, visto que as sinapses nervosas estão completas para a percepção e as terminações livres existentes na pele e em outros tecidos possuem os receptores para a dor (CORDEIRO; COSTA, 2014).

A dor é um sinal contínuo ao longo da internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), relacionada aos quadros clínicos graves e inúmeros procedimentos invasivos (CHRISTOFELL et al., 2017). Se não tratada adequadamente pode causar alterações cardiorrespiratórias, hormonais e comportamentais (BALDA; GUINSBURG, 2018), e outros efeitos negativos principalmente, para o RN prematuro

exposto à dor e ao estresse durante a fase de rápido desenvolvimento cerebral (CHRISTOFELL et al., 2019).

O RN apresenta um modo característico de resposta à dor, uma linguagem expressiva própria. O reconhecimento dessa linguagem é fundamental para avaliação adequada do fenômeno nociceptivo (BALDA; GUINSBURG, 2018). Assim, o profissional de saúde precisa de competências para identificação, avaliação e tratamento da dor neonatal durante a internação.

As recomendações publicadas pela Academia Americana de Pediatria e Associação Internacional do Estudo da Dor enfatizam a importância da avaliação da dor no período neonatal, por meio de três eixos básicos: mudanças fisiológicas, hormonais e comportamentais (AAP, 2016). Desse modo, o processo de gerenciamento da dor engloba medidas como a identificação dos sinais de dor, avaliação por escalas, planejamento de ações e tratamento (CHRISTOFELL et al., 2019).

Apesar dessas recomendações, estudo realizado em uma maternidade paulista, a qual também é centro de ensino e pesquisa, buscou identificar o gerenciamento da dor neonatal na perspectiva de profissionais líderes da equipe de saúde, e apontou fragilidades acerca da avaliação e tratamento da dor diante da necessidade, expressa por eles, de treinamentos/capacitações e implantação de protocolo visando sensibilizar toda a equipe (OLIVEIRA; SANTOS; GUARDA et al., 2020).

Frente a esta necessidade prática, a criação de protocolos, ferramentas que contém detalhes sobre como se deve assistir o paciente que passa por determinada situação, vem a contribuir no processo de gerenciamento da dor (PIMENTA et al., 2015). A sua utilização, diante da dor e do estresse no RN, inclui ações como a avaliação rotineira da dor, a redução do número de procedimentos dolorosos, e o uso efetivo de medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor (CHRISTOFELL et al., 2017).

Dessa forma, este estudo justificou-se pela necessidade de aprimorar a assistência prestada ao RN em hospitalização, diante da subutilização de métodos de alívio da dor, como ressalta o estudo de Costa; Araújo; Simião et al. (2019), favorecendo práticas baseadas em evidências científicas. Assim, objetivou-se propor um protocolo de gerenciamento da dor e estresse para recém-nascidos hospitalizados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com foco na proposição de um protocolo que considerou medidas de conforto, cuidados com a pele e o gerenciamento da dor dos

RN hospitalizados em UTIN, integrando estudantes de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e desenvolvido a partir de um serviço de referência de assistência neonatal de alto risco do estado. Esta proposta surgiu a fim de minimizar as consequências ao RN relacionadas a dor e ao estresse durante sua permanência na UTIN.

Foi desenvolvido em três etapas e realizado entre agosto de 2018 e julho de 2020. A Etapa 1 compreendeu o levantamento e seleção de artigos científicos com foco no gerenciamento da dor e estresse do RN em UTIN. Foram utilizadas as bases de dados internacionais e nacionais: MEDLINE via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ISI via Web of Science, SCOPUS e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

A seleção ocorreu a partir do uso dos seguintes descritores controlados em saúde: “Recém-nascido”, “Dor”, “Manejo da dor” e seus correspondentes em inglês (MeSH) e espanhol. Foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade: artigos na íntegra, no formato eletrônico, publicados nos últimos 5 anos e que respondiam a questão de pesquisa “Quais as estratégias trazidas pela literatura para o gerenciamento da dor e estresse em recém-nascidos hospitalizados?”.

A Etapa 2 compreendeu o fichamento com a descrição das estratégias utilizadas nos 10 artigos resultantes do processo de seleção, demonstrado no quadro 1.

Título	Autor, revista, ano, país e base de dados	Estratégias para o gerenciamento da dor e estresse
Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study	Sposito NPB et al. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2017 Brasil LILACS	MF: midazolam, dipirona e hidrato de cloral. MNF: sucção não nutritiva, posicionamento ventral, enrolamento, conforto e toque, posicionamento canguru, aconchego com cobertor, acalanto e colo.
A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants.	Mangat AK et al. Children 2018 Canadá Web Of Science	MF: não utilizadas. MNF: acupuntura, cuidado pele a pele, sucção não-nutritiva, enrolamento, soluções adocicadas, massagem, musicoterapia, aleitamento materno, contenção facilitada.
Pain Control Interventions in Preterm Neonates: A Randomized Controlled Trial.	Shukla VV et al. Indian Pediatrics 2018 Índia PubMed	MF: não utilizadas. MNF: método mãe-canguru, musicoterapia, aleitamento materno.

The analgesic effect of non-pharmacological interventions to reduce procedural pain in preterm neonates.	Hsieh KH et al. Pediatrics & Neonatology 2018 Taiwan PubMed	MF: não utilizadas. MNF: instilação de leite materno e solução de dextrose na cavidade oral.
Pain and distress outcomes in infants and children: a systematic review.	Oliveira NCAC, Gaspardo CM, Linhares MBM. 2017 Brasil PubMed	MF: fentanil. MNF: cuidado canguru, cuidados a quatro mãos e solução glicosada.
Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns.	Costa T et al. Rev Esc Enferm USP 2017 Brasil Web Of Science	MF: paracetamol, fentanil e morfina. MNF: soluções adocicadas, sucção não nutritiva, posicionamento.
Non-pharmacological measures in preterm newborns submitted to arterial puncture.	Melo GM, Cardoso MVLM Rev Bras Enferm 2017 Brasil PubMed	MF: Não utilizadas. MNF: musicoterapia e glicose a 25%.
Effect of combined music and touch intervention on pain response and β -endorphin and cortisol concentrations in late preterm infants.	Qiu J et al. BMC Pediatrics 2017 China PubMed	MF: não utilizadas. MNF: toque e musicoterapia.
Assistance flowchart for pain management in a Neonatal Intensive Care Unit	Querido DL et al. Rev Bras Enferm [Internet] 2018 Brasil Scopus	MF: não utilizadas. MNF: medidas de conforto e manuseio mínimo. Aleitamento materno, contato pele a pele na posição canguru, glicose oral a 25%, sucção não nutritiva, enrolamento, contenção facilitada e medidas ambientais.
Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno.	Gacitúa DPSM et al. Enfermería Global 2017 Chile BVS	MF: não utilizadas. MNF: sucção não nutritiva, musicoterapia, contato pele a pele com a mãe, dextrose a 30%.

Legenda: MF: métodos farmacológicos/ MNF: métodos não farmacológicos.

Quadro 1: Artigos selecionados na etapa 1 da pesquisa, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

A etapa 3 compreendeu a elaboração do conteúdo e representação gráfica do Protocolo e foi realizada com o auxílio de uma docente do curso de enfermagem. A mesma também atua como responsável técnica de enfermagem da unidade neonatal de um hospital escola referência no estado de Alagoas para o cuidado do RN de alto risco.

RESULTADOS

Para a construção do protocolo foram utilizados os dados apresentados nos quadros 2, 3 e 4 a seguir. As estratégias adotadas para o protocolo foram não farmacológicas e consideradas de fácil aplicabilidade pelos profissionais de saúde.

<i>Medidas de conforto</i>		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Contato pele a pele</i>	- A técnica deve ser iniciada antes do procedimento doloroso e pode ser mantida mesmo após finalizado, sempre que possível (BRASIL, 2015); - O contato pele a pele com a mãe pode ser iniciado logo após o nascimento, podendo ser estabelecido com o pai também (BRASIL, 2018). Associado, ou não, com a posição canguru.	O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. E tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do RN durante procedimentos agudos (MOTTA; CUNHA, 2015).
<i>Posição canguru</i>	- O RN deverá ser mantido em contato pele a pele com a mãe ou o pai; - O profissional deverá colocar o RN em posição vertical em contato com o peito da mãe ou do pai; - O RN deverá estar somente de fraldas; - A mãe deverá ser orientada para ficar sem sutiã; - O profissional deverá ficar atento a segurança do RN com atenção ao uso de faixas que envolvam confortavelmente e o mantenha sustentado (BRASIL, 2018).	O posicionamento canguru melhora significativamente o quadro do RN, promove o aleitamento materno, minimiza o estresse, proporciona melhor desenvolvimento físico e emocional. Diminui os riscos causados pelos procedimentos. A posição faz com que se sinta protegido durante o procedimento, proporcionando aconchego e analgesia (NÓBREGA et al., 2018).
<i>Aleitamento materno* *Segundo orientações do hospital</i>	- A mãe deverá ser orientada quanto à prática de higiene pessoal, segundo SCIH para limpeza das mamas e mamilos (BRASIL, 2018); - Orientar quanto à higiene das mãos e antebraços, uso de gorro, máscara e avental; - O profissional deverá oferecer à mãe um recipiente de material estéril com boca larga, resistente à esterilização e com rótulo a ser preenchido (BRASIL, 2018); - Realizar massagem circular da base da mama em direção ao mamilo; - Deve-se desprezar os primeiros jatos ou gotas de leite; - Posicionar o polegar na borda superior da aréola e os demais na borda inferior (base da mama); - Pressionar e soltar o polegar e o indicador direcionados levemente à parede torácica; - Alternar mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite; - Dispor leite humano ordenhado no recipiente ou seringa estéril para gavagem ou translactação; - Caso o RN já consiga realizar o aleitamento ao seio materno, o profissional deverá orientar a mãe sobre a pega correta e o posicionamento ao seio.	Leite seguido por sacarose (1mL a 25%) por via oral teve efeito de menor duração do choro e menor ativação comportamental. A amamentação reduz o tempo de choro do RN e reduz os escores de dor em escalas validadas. Porém, dar leite materno usando uma seringa não demonstrou a mesma eficácia da amamentação propriamente dita (SHAH; HERBOZO; ALIWALAS; SHAH, 2012).

<i>Manuseio mínimo do RN</i>	• O profissional deverá manusear o RN em intervalos de 3h a 4h; • Dois profissionais deverão pesar o RN ou trocar os lençóis uma vez ao dia, ou quando necessário nas primeiras 72h de vida; • Trocar as fraldas gentilmente; • O profissional deverá evitar o agrupamento de procedimentos dolorosos; • Checar a necessidade de um procedimento, para ser realizado apenas quando necessário; • Evitar a repetição de procedimentos após tentativas sem sucesso.	O agrupamento excessivo de procedimentos, desencadeia um período prolongado de dor, desconforto e estresse no RN, fazendo com que ele demore para retornar ao estado fisiológico e comportamental pré-procedimento (MOTTA; CUNHA, 2015). Além disso, o manuseio mínimo permite maiores períodos de sono profundo e acúmulo energético (IFF/FIOCRUZ, 2018).
<i>Hora do psiu</i>	• O método deverá ser realizado em todos os plantões no período mínimo de 1 hora; • Todos os profissionais da UTIN deverão ficar em silêncio o máximo de tempo possível; • Deverá ocorrer a diminuição da luminosidade do ambiente da UTIN; • O profissional não deverá manipular o RN nesse período, a não ser que seja absolutamente necessário.	A “Hora do psiu” contribui para organizar o padrão do sono e tem grande importância para o desenvolvimento neurológico do RN, colaborando para o bem-estar físico e emocional (ALVES, 2016).

Quadro 2: Medidas de conforto durante procedimentos dolorosos em RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

<i>Medidas de cuidados com a pele</i>		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Redução do uso de fitas adesivas</i>	• Evitar o uso de adesivos sobre a pele do RN e, quando necessário, utilizar fitas adesivas hipoalergênicas, como a fita microporosa; • Recortar a fita com tesoura, buscando utilizar apenas o tamanho necessário; • Retirar o adesivo de forma atraumática, com o auxílio de algodão e óleo de ácidos graxos essenciais (AGE) ou substância que permita sua remoção.	O RN prematuro possui uma pele mais fina e gelatinosa, com pouca camada de estrato córneo, resultando em menor barreira de proteção externa. Com a limitada distinção entre epiderme e derme, eles estão mais susceptíveis a lesões de pele por retirada de adesivos (ALVES, 2016).
<i>Dias de banho</i>	• Realizar banho somente após o 14º dia de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • Em prematuros < 27 semanas, deverá ser usado água morna estéril para limpar a pele nos primeiros 5 dias de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O banho deverá ser em dias ímpares (alternados) do mês; • Evitar movimentos bruscos e desnecessários durante o banho; • Evitar banhos demorados; • Utilizar produtos de higiene com pH neutro, água morna e algodão (ALVES, 2016); • Higienizar diariamente os olhos, região oral, áreas de pressão e contato com fralda (ALVES, 2016).	O cuidado com a pele do RN deve ser uma atividade diária. O cuidado com a higiene corporal, tem ação antimicrobiana e estética, proporcionando conforto ao RN. O banho previne lesões e diminui as suas consequências, como a sepsse (ALVES, 2016). Salienta-se a importância da manutenção da temperatura corporal (IFF/FIOCRUZ, 2018) durante e após o banho.

<i>Dias de pesagem</i>	• O profissional deverá pesar o RN na admissão com 48-72h de vida (IFF/FIOCRUZ, 2018); • Após isso, o profissional deverá pesar o RN em dias pares (alternados); • O profissional deverá checar se a balança está calibrada antes de levar o RN para pesagem; • O profissional deverá ter cuidado ao manuseio e posicionamento do RN na balança, evitando movimentos desnecessários; • Higienizar a balança antes e após a realização da pesagem.	A exposição repetida a procedimentos dolorosos gera, em curto prazo, alterações no metabolismo e catabolismo, aumentando o estresse que poderá levar a maior gasto energético e consequente dificuldade no ganho de peso e até uma possível perda de peso, retardando a recuperação do RN. Por isso é de extrema importância a pesagem contínua (CARNEIRO et al., 2016).
<i>Trocas de fralda</i>	• O profissional deverá elevar ligeiramente o RN pelas nádegas. Deve-se evitar a elevação das pernas ou calcanhares (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O profissional deverá lateralizar o RN para a troca da fralda; • Em RN com < 27 semanas de idade gestacional, o profissional deverá deixar as fraldas abertas por até 4 dias (IFF/FIOCRUZ, 2018); • O profissional deverá avaliar continuamente a necessidade de troca de fralda; • Durante a troca de fralda, o profissional deverá higienizar as nádegas do RN com algodão umedecido com água e, se necessário, utilizar creme de barreira (ALVES, 2016).	A equipe de enfermagem deve desenvolver cuidados precisos na troca de fraldas, pois, assim, poder-se-á diminuir o risco de infecção na UTIN. Já que a pele lesionada facilitará a entrada de microrganismos, e, consequentemente, causará dor (ALVES, 2016). Deixar a fralda aberta por até 4 dias no RN com < 27 semanas de IG minimiza a irritação inguinal e rachaduras na pele (LOPES; SANTOS; PAULA, 2018).

Quadro 3: Medidas de cuidados com a pele do RN internado na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

As medidas de conforto, no quadro 2, são essenciais para a diminuição do estresse vivenciado pelo RN na UTIN, além de proporcionarem a atenuação da dor. As condutas sugeridas corroboram com uma assistência humanizada e integral, tanto do RN quanto da família.

O Quadro 3 apresenta propostas de cuidados com a pele que estão intimamente ligadas às medidas do quadro 2. Estes cuidados precisam ser sistematizados evitando-se a perda da integridade da pele e consequente dor do RN. Devendo os profissionais de enfermagem estar atentos aos posicionamentos sugeridos, aos materiais de higienização utilizados, e avaliar frequentemente a pele do RN.

Já o quadro 4 aborda as medidas de gerenciamento da dor, incluindo a proposta de adoção do uso de escalas de avaliação da dor e medidas a serem utilizadas para aliviá-la e/ou preveni-la.

Medidas para o gerenciamento da dor		
Estratégia	Conduta	Justificativa
<i>Uso de escalas para avaliação da dor neonatal</i>	- O profissional deverá: - Avaliar a dor a cada aferição de sinais vitais (BALDA; GUINSBURG, 2018); - Optar por utilizar uma escala que analisa simultaneamente, parâmetros fisiológicos e comportamentais (BALDA; GUINSBURG, 2018); - Atentar para os scores específicos da escala utilizada, para considerar que o RN está com dor; - Registrar no prontuário qual escala utilizou, quais os valores de referência, o score obtido e sua implicação quanto à dor.	É consenso que a avaliação objetiva da dor no RN seja feita por meio de escalas que englobam parâmetros fisiológicos e comportamentais (CHRISTOFELL et al., 2017), a fim de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor e possíveis interações com o ambiente (CORDEIRO; COSTA, 2014).
<i>Sucção não nutritiva</i>	- A técnica deve ser aplicada de 1 a 8 minutos antes do procedimento doloroso (COREN/SC, 2013); - O RN deverá coordenar os movimentos de sucção-respiração-deglutição para diminuir o risco de engasgo (coordenação bem estabelecida a partir das 32 semanas) (TAMEZ, 2013); - Deve-se realizar esse método com o RN ainda no leito ou no local onde o procedimento será realizado; - O dedo do profissional deverá estar enluvado; - O profissional deverá realizar toques na região da borda da boca e lábio inferior, objetivando desencadear o reflexo de busca e sucção (COREN/SC, 2013); - Ao introduzir o dedo na boca do RN, deve-se pressionar o palato com a polpa do dedo.	O método permite que através dos movimentos rítmicos haja a liberação de serotonina que irá inibir a hiperatividade e modular o desconforto, causando a diminuição da dor tanto no RN a termo como em prematuros (COREN/SC, 2013).
<i>Soluções adocicadas</i>	- Deve-se administrar a solução adocicada até 2 minutos antes da realização do procedimento (BRASIL, 2015); - A solução adocicada deve ser administrada na porção anterior da língua (BRASIL, 2015); - Para RN a termo recomenda-se a administração de 1 ml a 25% por via oral de solução glicosada (GUINSBURG, BALDA, 2019); - Para RN pré-termos recomenda-se 0,3 a 0,4 ml por via oral de solução glicosada (GUINSBURG, BALDA, 2019).	As soluções adocicadas quando utilizadas liberam opioides endógenos que diminuem o estímulo doloroso. O uso dessas soluções é responsável pela diminuição do tempo de choro durante e após procedimentos dolorosos, atenuação da mímica facial de dor, e diminuição da resposta fisiológica da dor (BRASIL, 2015).

Quadro 4: Medidas para o gerenciamento da dor de RN internados na UTIN, Maceió, Alagoas, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

DISCUSSÃO

As medidas de conforto identificadas, contato pele a pele; colo; posição canguru; manuseio mínimo; e diminuição de estímulos ambientais, promovem uma experiência de contenção do RN e favorecem o desenvolvimento do apego

contribuindo para o aleitamento materno (BRASIL, 2016). Além disso, a combinação do contato materno com outro método não farmacológico tem efeito sinérgico, potencializando a analgesia e contribuindo para recuperação do RN após os procedimentos (LEITE et al., 2015).

Esse contato pode ser oportunizado pela posição canguru, que além de propiciar a diminuição da sensação dolorosa, auxilia para o fortalecimento do vínculo entre pais e filho (SALES et al., 2018), que pode ser prejudicado devido a hospitalização. Aspecto que precisa de uma atenção singular da enfermagem para reconhecer a necessidade da promoção de vínculos e participação dos pais durante o cuidado.

A equipe de enfermagem precisa também atentar-se ao manuseio excessivo do RN, que pode acarretar no aumento da frequência cardíaca e na diminuição da saturação de oxigênio (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017), e precisa ser minimizado para menores danos ao RN (ALVES, 2016). Para tanto, o profissional deve aquecer as mãos, evitar movimentos bruscos e materiais gelados em contato com a pele do RN (GIORDANI; BERTE; LOUREIRO, 2017). Esta prática de manuseio, apesar de ser desafiadora para a equipe de enfermagem, está associada a melhora da qualidade de vida desses pacientes (GIRÃO et al., 2018).

Outro fator que interfere no desenvolvimento do RN e pode causar dor são os frequentes ruídos sonoros na UTIN. Eles prejudicam o ganho de peso ao aumentar o consumo de oxigênio devido à elevação da frequência cardíaca do RN. Desse modo, a adoção de cuidados simples como um falar mais baixo, responder rapidamente aos alarmes dos dispositivos, não bater a porta da incubadora e a “Hora do psiu” (SANTOS et al., 2015) são medidas essenciais para a estabilidade fisiológica do RN.

Ademais, o uso excessivo de fitas adesivas e sua remoção de forma inadequada podem resultar em lesões na pele do RN, que se encontra imatura e delgada (ALVES, 2016). Portanto, como demonstrado na proposta de protocolo, o uso de tesouras para cortar as fitas de tamanhos proporcionais à necessidade do RN e a remoção com o mínimo de trauma são indicados para diminuir o desconforto durante a retirada. Recomenda-se, o uso de fita microporosa como fita adesiva, associada a uma fina camada de hidrocoloide ou filme transparente previamente aplicado na pele do RN para reduzir ou evitar possível lesão, exigindo do enfermeiro destreza na manipulação da pele do RN (CHAVES; SANTOS; ATAÍDE; CUNHA, 2019).

Durante o banho também há necessidade de cuidados com a pele do RN e demanda julgamento crítico dos profissionais para a sua realização. A rotina em dias alternados, como sugerido no protocolo, visa minimizar o manuseio e exposição excessiva. Além disso, a troca de fralda também é importante para o cuidado da pele e manipulação adequada do RN. No protocolo, propõe-se a lateralização e

elevação do RN pelas nádegas para prevenir lesões motoras e articulares. Essa manipulação precisa estar articulada com a higienização apropriada das nádegas do RN, utilizando materiais que proporcionam limpeza e manutenção da integridade da pele, que quando prejudicada pode favorecer o aparecimento de infecções e resultar em tempo maior de internação.

No contexto discutido, a avaliação adequada da dor é uma conduta fundamental na assistência prestada ao RN. Por isso, recomenda-se a utilização de escalas de avaliação da dor no protocolo, já que é a partir da sua identificação que poderão ser adotadas medidas adequadas para atenuá-la.

As escalas sugeridas pelo protocolo são aquelas que englobam parâmetros subjetivos, como choro, e objetivos, como alteração da frequência cardíaca, sendo importante considerar as condições ambientais relacionadas à assistência neonatal (BALDA; GUINSBURG, 2018; GOMES et al., 2019).

Podem ser apontadas na atualidade mais de 30 escalas de dor neonatal. Dentre essas, apenas cinco foram submetidas a rigorosos testes psicométricos: *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), *Premature Infant Pain Profile* (PIPP-R), *Neonatal Pain and Sedation Scale* (N-PASS), *Behavioral Infant Pain Profile* (BIPP) e *Échelle Douleur Aiguë du Nouveau-Né* (EDIN) (BALDA; GUINSBURG, 2018). Ainda não existe um padrão-ouro na avaliação, fazendo-se necessário o uso associado de escalas.

Com os escores obtidos nas escalas, determinadas medidas podem ser utilizadas, como soluções adocicadas e sucção não nutritiva, as quais apresentam baixo custo e são de fácil execução. O método de sucção não-nutritiva estimula a liberação de neurotransmissores que modulam a dor e o estresse, interferindo no incômodo do procedimento (CARNEIRO et al., 2016).

Por isso, o protocolo propõe que esse método seja realizado associado a administração de soluções adocicadas, já que essas soluções propiciam a liberação de opioides endógenos, e culminam em um efeito sinérgico.

CONCLUSÃO

Este estudo associou teoria, prática clínica e evidências de pesquisas para a formulação do protocolo. Buscou-se aprimorar técnicas já realizadas pelos profissionais, embora ainda de forma empírica, bem como auxiliar e embasar os profissionais de enfermagem para que realizem suas práticas assistenciais de forma mais crítica e científica.

Além disso, as medidas propostas pelo protocolo objetivam proporcionar ao RN um desenvolvimento físico e psíquico adequado, isento de fatores adversos ao seu crescimento.

Apresenta-se como limitação desse estudo a ausência da validação e aplicação prática do protocolo. Há a necessidade de novos estudos que demonstrem quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a realização do adequado gerenciamento da dor no recém-nascido.

REFERÊNCIAS

AAP. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. **Pediatrics**. USA, 2016. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/137/2/e20154271>>. Acesso em: 04 jan 2020.

ALVES, Michelle dos Santos Imbiriba. O cuidado diferenciado da enfermagem com a pele do neonato na unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 3, n. 3, p. 92-100. Salvador, 2016. Disponível em: <<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/O-cuidado-diferenciado-da-enfermagem-com-a-pele-do-neonato-na-unidade-de-terapia-intensiva-v-3-n-3.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2019.

BALDA, Rita de Cássia Xavier; GUINSBURG, Ruth. A linguagem da dor no recém-nascido. *Documento Científico do Departamento de Neonatologia*. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatal-Linguagem_da_Dor_atualizDEz18.pdf>. Acesso em: 12 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasil, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html>. Acesso em: 07 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf>. Acessado em: 08 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf>. Acesso em: 14 abr 2019.

CARNEIRO, Telma Lissandra Di Pietro Carneiro et al. Avaliação da dor em neonatos prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal após fisioterapia respiratória. **J Health Sci Inst**. 2016. <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p219a223.pdf>. Acesso em: 21 jun 2019.

CHAVES, Ana Carolina Feitosa; SANTOS, Andréia Passos; ATAÍDE, Karine Magalhães Nogueira; CUNHA, Karla Joelma Bezerra. Cuidado e manutenção da integridade da pele do neonato prematuro. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, Brasil, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a237974p378-377-2019>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

CHRISTOFELL, Marialda Moreira et al. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170018.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

CHRISTOFFEL, Marialda Moreira et al. Health professionals' barriers in the management, evaluation, and treatment of neonatal pain. **Br Journal of Pain**. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/2595-0118-brjp-02-01-0034.pdf>>. Acesso em: 13 abr 2019.

CORDEIRO, Raquel Alves; COSTA, Roberta. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 15 nov 2018.

COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem, seção Santa Catarina. Parecer nº011/CT/2013 - Parecer Técnico acerca da Realização pela Equipe de Enfermagem da Técnica de Sucção Não-Nutritiva com Mão Enluvada. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-011-2013-CT-Realiza%C3%A7%C3%A3o-da-t%C3%A9cnica-de-suc%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-nutritiva-com-m%C3%A3o-enluvada.pdf>>. Acesso em: 07 fev 2020.

COSTA, Anna Caroline Leite et al. Análise correlacional entre procedimentos dolorosos e estratégias de controle da dor em unidade neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180299, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100370&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul 2020. Epub Oct 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0299>.

GIORDANI, Ana Tamara Lolecha; BERTE, Caroline; LOUREIRO, Pamela Charlene. Cuidados essenciais com o prematuro extremo: elaboração do protocolo mínimo manuseio. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2. Brasil, 2017. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17658/12246>>. Acesso em: 21 jul 2019.

GIRÃO, Samara Gomes Matos et al. Ações de prevenção de lesões de pele pela equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1931/1881>>. Acesso em: 21 jul 2019.

GOMES, Priscila Pereira de Souza et al. Medidas não farmacológicas para alívio da dor na punção venosa em recém-nascidos: descrição das respostas comportamentais e fisiológicas. **BrJP**. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n2/pt_2595-0118-brjp-02-02-0142.pdf>. Acesso em: 03 fev 2020.

GUINSBURG, R., BALDA, R. de C. X. Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. **Residência pediátrica**, V-9, nº1-13. Brasil, 2019. Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/367/avaliacao%20e%20tratamento%20da%20dor%20no%20periodo%20neonatal>>. Acessado em: 08 jul 2019.

IASP. International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. **Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms**. Second ed. Merskey H, Bogduk N, editors. Seattle: IASP Press, 1994. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

IFF/Fiocruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Manuseio Mínimo do recém-nascido. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Brasil, 2018. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/manuseio-minimo-do-recem-nascido/>>. Acesso em: 21 mar 2019.

LEITE, Adriana Moraes et al. Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. **Rev. Eletr. Enf.** Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/299998038_Amamentacao_e_contato_pele-a-pele_no_alivio_da_dor_em_recem-nascidos_na_vacina_contra_Hepatite_B>. Acesso em: 13 abr 2019.

LOPES, Maria Edinete Ferreira; SANTOS, Maria Lucivânia Ribeiro dos; PAULA, Raquel de Abreu Barbosa de. A hora do psiu e a visão dos familiares quanto a sua importância. **REVELA**, ed 22. São Paulo, Brasil, 2018. Disponível em: <http://fals.com.br/novofals/revela/ed22/ED22_T5.pdf>. Acesso em: 21 jun 2019.

MOTTA, Giordana de Cássia Pinheiro da; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, fev 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Feb. 2020.

NÓBREGA, Amanda Santana de Medeiros et al. Tecnologias de enfermagem no Manejo da dor em recém-nascidos na Unidade de terapia intensiva neonatal. **Enferm. Foco**. Brasil, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1083/448>>. Acesso em: 13 abr 2019.

OLIVEIRA, Carolina Ramos de; SANTOS, José Marcos de Jesus; GUARDA, Laíse Escalianti Del Alamo et al. Manejo da dor neonatal em uma maternidade de risco habitual: perspectiva de profissionais líderes da equipe de saúde. **Rev Min Enferm.** 2020; v. 24:e-1289

PIMENTA, Cibele A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 07 jan 2020.

SALES, Isabela Maria Magalhães et al. Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4. Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400234&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de mai de 2019.

SANTOS, Bruna Ribeiro dos et al. Efeito do “horário do soninho” para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Esc Ana Nery**. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0102.pdf>>. Acesso em: 21 jul 2019.

SHAH, Prakeshkumar; HERBOZO Cecilia; ALIWALAS Lucia Liz; SHAH Vibhuti S. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2012 Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004950.pub3/full>>. Acesso em: 21 mar 2019.

TAMEZ, Raquel N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao neonato de alto risco**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 355 p.

ZELLER, Brandy; GIEBE, Jeanne. Pain in the Neonate: Focus on Nonpharmacologic Interventions. **Neonatal Network**, v. 33, n. 6, nov-dez 2014. Disponível em: <<https://connect.springerpub.com/content/sgrnn/33/6/336>>. Acesso em: 14 nov 2018.

CAPÍTULO 13

IMPACTO DA ESTOMIA INTESTINAL PARA A SEXUALIDADE DA PESSOA ESTOMIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 05/07/2020

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5649276239696033>

Viviane da Silva de Santana

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5421044247978924>

Suellen da Silva Nascimento Rosa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4720662110115750>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-4611-0443>

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9210945963722379>

Lidiane Passos Cunha

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7134259175348737>

Albert Lengruber de Azevedo

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4077238758346211>

Deyvyd Manoel Condé Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/1940184511828028>

Kelly Cristina Freire Doria

Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari
Parreiras – IETA
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0615086950335245>

RESUMO: Objetivos: Identificar a produção científica sobre as repercussões da estomia intestinal para a sexualidade da pessoa estomizada e analisar as repercussões da estomia intestinal na dimensão subjetiva da pessoa estomizada. **Método:** revisão integrativa da literatura, cuja questão de pesquisa foi: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais disponibilizadas entre 1990 e 2014 acerca da sexualidade da pessoa estomizada?. As bases de dados utilizadas foram LILACS, BDENF, SCIELO. **Resultados:** Foram encontrados 76 artigos que, ao serem submetidos aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, tornaram-

se apenas seis produções. **Discussão:** Os clientes estomizados vivenciam um universo de sentimentos: medo, vergonha, limitações físicas, baixo autoestima, baixo autoimagem com repercussões negativas a sexualidade. **Conclusão:** Conclui-se que o corpo de evidências disponíveis sobre as repercussões da estomia intestinal para a sexualidade da pessoa estomizada, traz impactos na dimensão subjetiva do paciente. Ainda observa-se escassez de produções científicas nacionais e internacionais sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Ostomia, Enfermagem, Sexualidade. Estomaterapia.

IMPACT OF INTESTINAL OSTOMY TO THE SEXUALITY OF THE PERSON ESTOMIZADA: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT: Objectives: Identify the scientific literature on the effects of intestinal Ostomy to the sexuality of the person estomizada and analyze the effects of intestinal Ostomy in subjective dimension of the person estomizada. **Method:** integrative review of literature, whose research question was: what are the national and international scientific evidence made available between 1990 and 2014 on the sexuality of the person estomizada?. The databases used were BDENF, LILACS, SCIELO. **Results:** 76 articles were found that, when subjected to the inclusion and exclusion criteria established, became only six productions. Discussion: estomizadas clients experience a universe of feelings: fear, shame, physical limitations, low self-esteem, low self image with negative impact sexuality. **Conclusion:** it is concluded that the body of available evidence on the effects of intestinal Ostomy to the sexuality of the person estomizada, bring impact on subjective dimension of the patient. Yet there is a shortage of scientific national and international productions.

KEYWORDS: Ostomy, Nursing, Sexuality. Stomatherapy.

INTRODUÇÃO

O objeto desta pesquisa trata das repercussões do estoma intestinal na sexualidade da pessoa com estomizada. Este objeto emergiu a partir da aproximação dos cuidados assistenciais prestados ao longo da trajetória profissional a pacientes portadores de estomas, pois em diversos cenários assistenciais, observamos empiricamente o grande quantitativo de pessoas estomizadas que apresentavam inúmeras dúvidas, dentre as quais se destacam: o retorno laboral, o tipo de alimentação, os cuidados com o equipamento coletor, além das diversas questões acerca da sexualidade, ainda considerada um tabu na sociedade contemporânea e um assunto pouco discutido, principalmente no âmbito desta clientela portadora de estoma intestinal.

É importante destacar o crescimento significativo das neoplasias intestinais, com destaque para o câncer colorretal, que abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (cólon) e o reto. Segundo estimativas o número de casos novos da doença é de 34.280 indivíduos para o ano de 2016, sendo a

população feminina mais afetada do que a masculina (16.660 homens e 17.620 mulheres).¹

Devido à especificidade da temática, faz-se necessário tecer algumas descrições importantes acerca do objeto de estudo, facilitando a sua compreensão. Estoma é uma palavra derivada do grego, *ostomia*, que significam abertura, boca ou comunicação entre um órgão interno para o exterior, com a finalidade de suprir a função dos órgãos, em diversos sistemas orgânicos.²⁻³

A confecção de um estoma a nível intestinal, significa a realização de uma intervenção cirúrgica para extração de uma porção do tubo digestivo, o intestino, e na abertura de um orifício externo, tendo como finalidade o desvio do trânsito intestinal para o exterior.⁴

Considerando a origem da doença, as estomias podem ser temporárias ou definitivas. Tendo as temporárias o objetivo proteger uma anastomose (junção) intestinal e podem ser revertidas. Já as definitivas são indicadas geralmente em casos de câncer intestinal sem possibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal normal.²⁻³

Quanto ao modo de exteriorização da parede abdominal, existem duas alternativas: em alça (duas bocas), ocorre exteriorização de toda alça e abertura apenas de sua parede anterior, ficando duas bocas unidas pela parede posterior e terminal (uma boca), nessa situação exterioriza-se a alça já seccionada com apenas uma boca.⁵

As repercussões fisiológicas da cirurgia envolvem o desvio das eliminações intestinais do reto para o abdome, acarretando perda esfinteriana com privação do controle fecal, eliminações involuntárias de gases e odores, podendo também, acarretar alterações no estímulo sexual.⁶

Além das complicações no âmbito fisiológico é importante ressaltar as de caráter biopsicossocial, pois embora, na maioria das vezes, a confecção dos estomas representem alternativas pela primazia da vida do ser com algum comprometimento orgânico, após a construção dos mesmos, outros desafios surgem para a adaptação do indivíduo, no que diz respeito às alterações da imagem corporal, estilo de vida, relacionamento social desempenho na sexualidade, podendo gerar transtornos psicológicos e sociais, muitas vezes difíceis de superar.⁷

Neste sentido, ter um estoma é um acontecimento impactante na vida de uma pessoa. Podendo emergir, o sentimento de mutilação, além das alterações da imagem corporal. Nesta perspectiva, na sociedade contemporânea a sexualidade influencia a autoestima por estar intimamente ligada à imagem corporal, onde há uma crescente valorização do corpo enquanto expectativa para a inclusão social, assim, a sexualidade está ligada a imagem corporal, que é a maneira pela qual o corpo é percebido pela pessoa.⁸

A sexualidade está presente em todas etapas da vida do indivíduo, sendo envolvida por significados complexos, com várias facetas e grande parte de subjetividade.⁹ É uma necessidade básica do ser humano que está relacionada com outras dimensões da vida.¹⁰

Enquanto que a sexualidade é definida, como uma expressão da personalidade, permeado de aspectos emotivos, físicos, e sociais, expressam masculinidade e feminilidade.¹¹ Já a imagem abrange a visão, as vivências afetivas, sociais e fisiológicas da pessoa sobre o seu corpo, que é multidimensional e dinâmica.¹²⁻³

Assim, a pessoa com estoma geralmente apresenta dificuldade para lidar com a mudança da imagem corporal, fazendo com que se afaste do convívio social, devido ao receio de rejeição por parte da família e amigos. O relacionamento conjugal passa por uma grande transformação, uma vez que, a pessoa estomizada cria uma expectativa sobre a reação e aceitação do companheiro frente à estomia.

Em relação ao cuidado ao paciente com estoma intestinal, se faz relevante aludir que este é focado na sua reabilitação, visando ao autocuidado nessa nova etapa de vida. Além disso, deve ser desenvolvido de forma a abranger o indivíduo na sua integridade e individualidade, a fim de promover e facilitar a sua adaptação.¹⁴

Logo, denota-se a complexidade que envolve o cuidado de enfermagem a esta clientela. Ratificando a importância da realização do presente estudo. Para tanto, como vistas a captar a produção científica específica que aborda tal temática elaborou-se como pergunta norteadora de pesquisa: O que há de publicado na literatura científica nacional e internacional acerca das repercussões do estoma intestinal para sexualidade da pessoa estomizada?

OBJETIVOS

I) Identificar a produção científica nacional e internacional acerca das repercussões do estoma intestinal para sexualidade da pessoa estomizada; II) Caracterizar as repercussões da estomia intestinal na dimensão subjetiva da pessoa estomizada segundo a literatura científica captada.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, na modalidade de revisão integrativa da literatura, que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca da temática, sendo o seu produto final uma fotografia do estado atual do conhecimento sobre o tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras

pesquisas.^{13,14} Para a elaboração de tal revisão e visando contribuir para a construção de análises de pesquisa e de novos saberes, faz-se necessário percorrer seis etapas distintas.^{13,14}

Esta pesquisa foi conduzida a partir da questão norteadora de pesquisa anteriormente citada, respeitando-se assim a primeira fase, a qual refere-se ao estabelecimento da questão norteadora que envolveu todo estudo, a escolha e a definição do tema, e a identificação de descritores. Sendo assim, foram selecionados os seguintes descritores indexados no Portal de Descritores das Ciências da Saúde (Decs): sexualidade, estoma e enfermagem, e no Portal Medical Subject Headings (MeSH): ostomy and nursing and sexuality, da PubMed.

A segunda fase compreende a delimitação dos critérios de inclusão e de exclusão. Em relação ao recorte temporal, foi delimitado o período compreendido entre 1990 a 2014, e optou-se pela década de 1990 devido à expansão dos Cursos de Pós-Graduação no Brasil e início da Especialidade de Enfermagem em Estomaterapia no país em tal ocasião.

Dentre as publicações encontradas, foram selecionadas somente aquelas que apresentavam as seguintes características: manuscritos com disponibilidade na íntegra, na modalidade artigos científicos, publicados em periódicos nacionais e internacionais, que tratassem do tema investigado, em suas múltiplas vertentes; divulgados na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Ressalta-se que foram excluídos os artigos encontrados em mais de uma Base de Dados, a fim de evitar repetições; artigos de acesso indisponível ou incongruentes com o objeto de estudo proposto; publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo; e demais publicações na modalidade de monografia, dissertação ou tese.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual inclui, dentre outras, as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), e Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e no Portal da PubMed. A coleta de dados do presente estudo foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2015, utilizou-se o marcador booleano *and* entre os descritores controlados cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e na *Medical Subject Headings (MeSH Terms)*.

A terceira etapa da revisão integrativa de literatura define as informações que devem ser extraídas. Deve-se, portanto, organizar e sumarizar as informações encontradas. A organização, a categorização e a análise dos dados ocorreram através do preenchimento de um instrumento do tipo questionário, confeccionado pelos autores para sistematizar a coleta dos dados. O instrumento foi previamente testado a fim de adequá-lo ao propósito da pesquisa.¹³ Neste instrumento, foram

adotadas as seguintes variáveis: dados referentes à identificação do manuscrito: autor, título, ano de publicação, periódico e síntese dos resultados.

A quarta e a quinta etapas foram desenvolvidas ao longo do corpo textual. Para fins de conceituação, a quarta etapa corresponde à fase de análise, avaliação, inclusão e exclusão dos estudos através de uma análise crítica daqueles selecionados. Já durante a quinta etapa, ocorreu à interpretação e a discussão dos resultados encontrados, nos quais se revelam as lacunas de conhecimento e as sugestões pertinentes para melhoria da qualidade da ação profissional.¹³

A sexta e última etapa é determinada pela apresentação da revisão. A criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão integrativa. Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada¹⁴ ou seja, após a aquisição do material bibliográfico realizou-se a leitura na íntegra dos textos a fim de identificar as informações relevantes e os dados imprescindíveis para estabelecer relações entre essas informações/dados e a pergunta norteadora da pesquisa, para em seguida analisar a consistência das informações e dos dados apresentados pelos autores.

Inferiu-se que ao final da análise a bibliografia potencial constituiu-se de seis trabalhos científicos na íntegra, quatro no idioma português, um em inglês e um em espanhol e os dados levantados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados são apresentados de forma descritiva, fazendo uso de quadros, objetivando-se captar evidências das repercussões do estoma intestinal para a sexualidade da pessoa estomizada.

RESULTADOS

Verifica-se que os artigos foram publicados no período de 1992 a 2012, sendo o maior quantitativo de produção situado na década de 1990, tal fato pode ser explicado pela inserção da Especialidade de Enfermagem em Estomaterapia no país. As publicações estavam expressas no idioma português, inglês e espanhol, e eram originárias de instituições situadas no Brasil (04 publicações) EUA (01 publicação) e Espanha (01 publicação).

Em relação aos autores, observa-se a prevalência de enfermeiros. No que se refere à abordagem metodológica, predominam as pesquisas de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. E com menor incidência, constata-se a aparição de pesquisas bibliográficas, seguida de estudo quantitativo. Justifica-se a maior utilização do método qualitativo, devido às questões investigadas nos estudos

serem de cunho subjetivo, objetivando desvendar significados, crenças, percepções dos participantes dos estudos (clientes/profissionais).

Todos os seis textos identificados eram artigos publicados em periódicos revisados por pares. Os quadros a seguir referem-se aos resultados da busca efetuada.

Título	Autores	Periódico/ Vol./ Ano de publicação	Objetivos/Tipo de estudo
1. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar	Farias, DHR.; Gomes, GC.; Zappas, S.	Cogitare enferm. Vol. 9 (1) 2004 p. 25 – 32	Identificar as alterações causadas por uma ostomia no viver de seus portadores. Estudo Descritivo.
2. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro	Andrade, V.; Muller, FS.; Ferreira, AM.; Barco, RS.; Goes, FCG.; Loureiro, SCC.; Santos, VLCG.	Rev. bras. colo- proctol. Cogitare enferm. Vo1997 p. 269 – 76	Verificar o significado da sexualidade para o parceiro do ostomizado e verificar as mudanças e suas causas ocorridas na sexualidade do ostomizado, após a operação de ostomia, na visão do parceiro. Abordagem qualitativa.
3 Ser mujer com ostomia: la percepción de la sexualidad	Calcagno Gomes, G.; Peres Bittencourt, P; Pizarro, AR.; Pereira Madruga, A.; Silva de Castro, E.; Oliveira Gomes, VL.	Enferm. Glob. Vol. 11 (27) 2012 p. 22 – 33	Conhecer como a estomização interfere na vivência da sexualidade de mulheres portadoras de estomia. Abordagem qualitativa.
4. Quality of Care after Ostomy Surgery: a perspective study of patients	Persso, E; Wilde, L. B.	Ostomy Wound Manage Vol. 51 (8) 2005 p. 40 – 8	Avaliar prospectivamente as percepções dos pacientes com ostomia e a qualidade dos cuidados recebidos, bem como a importância que eles atribuem às condições de cuidados. Abordagem quantitativa e qualitativa.

5. Vivendo com um estoma: um estudo preliminar	Trentini, M.; Pacheco, MAB.; Martins, ML.; Silva, DMG.; Farias, SR.; Duarte, R.; Matins, JC.; Tomaz, CE. (1992)	Rev Gaúcha Enferm. Vol. 13 (2) 1992 p. 22 – 8	Descobrir aspectos da experiência de vida de um grupo de indivíduos com uma ostomia. Abordagem qualitativa.
6. Aspectos da reinserção social do estomizada	Boccardo, LM.; Nogueira, AS.; Santos, ER.; Miyadahira, AMK.; Santos, VLCG. (1995).	Rev. Esc Enferm USP. Vol. 29 (1) 2012 p. 59 - 71	Verificar as dificuldades apresentadas pelos ostomizados atendidos em dois serviços ambulatoriais da cidade de São Paulo, quanto ao retorno às atividades cotidianas da fase pré-doença (domésticas, de lazer, trabalho e sexuais). Abordagem qualitativa.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos, segundo o título, autores, ano de publicação, periódico, objetivos e metodologia das pesquisas. Rio de Janeiro, 2016.

DISCUSSÃO

Analisando o conteúdo dos estudos¹⁵⁻²⁰, observamos que o paciente após a realização da estomia intestinal vivencia os estágios emocionais de negação, ira, barganha, depressão e aceitação. Além disso, este processo gera para a pessoa uma ideia de imagem alterada do próprio corpo, uma vez que a autoimagem que foi construída gradativamente deforma-se muito rapidamente suscitando sensações de impotência e incapacidade, diminuindo ainda mais a autoestima do indivíduo.

A presença de um estoma traz diversas repercussões para a sexualidade da pessoa estomizada destacando-se conforme os textos analisados¹⁷⁻²⁰, que as principais alterações da sexualidade são de aspectos subjetivos, relacionados à imagem corporal, a angústia, o medo, a ansiedade, a baixa autoestima, o isolamento social, além de alterações físicas e psicológicas.

Os estudos¹⁵⁻¹⁷ apontam que a pessoa estomizada se vê vítima de uma agressão a sua integridade, com severas repercussões em relação a sua imagem corporal e ao seu autoconceito, necessitando de um tempo para se adaptar a este novo corpo e aprender o seu autocuidado.

Autores²¹⁻² ressaltam em seus achados que o indivíduo expressa a sensação de mutilação e rejeição de si mesmo pela mudança fisiológica na forma de eliminação das fezes e com todas as implicações decorrentes desta alteração, como odor e o uso obrigatório de dispositivos. O equipamento coletor imprime mudanças concretas na rotina da pessoa estomizada, o estilo de vida é modificado, a forma de se vestir, a

atividade sexual, mudança nos hábitos alimentares buscando controlar a evacuação, diminuir a eliminação de gases e o odor das fezes.

Nesta perspectiva, o avanço tecnológico propiciou a melhoria na qualidade de vida das pessoas portadoras de estomia, oferecendo uma variedade de produtos para proporcionar conforto, segurança e melhoria na qualidade de vida, porém o equipamento coletor modifica o modo de se vestir, utilizando roupas largas que tem como propósito ocultar o uso da bolsa, entretanto esse tipo de estratégia contribui para o prejuízo da autoestima.²³

Para o indivíduo estomizado a família torna-se vital para adaptação psicossocial, constituindo uma rede de apoio que é extremamente importante para enfrentar as diversas dificuldades, a adaptação é melhor e menos isolada quando a família é incluída no plano de ensino e cuidado.¹⁵⁻²⁰ A espiritualidade e religião constituem-se importantes aportes, além da Associação dos Estomizados que foi destacada em diversos estudos como um local onde eles se sentem normais, capazes de manifestar seus sentimentos reprimidos, trocarem experiências e encontrar soluções para seus problemas, os encontros são esperados com ansiedade e considerados atividade de lazer.

Além das alterações físicas e socioculturais, o estomizado também sofre outras disfunções sexuais decorrentes da cirurgia para confecção da estomia.²⁴ No homem, pode causar impotência devido à secção de nervos responsáveis pela ereção e ou ejaculação, nas mulheres, pode ocorrer a dispareunia, devido à perda da elasticidade vaginal e a redução da lubrificação também ocasionada pela deficiência nervosa decorrente da cirurgia. As limitações físicas que podem ocorrer após a confecção do estoma intestinal, limitando a atividade sexual, mas não a capacidade para contato físico ou emocional. Esta fase de adaptação também é do parceiro, que muitas vezes torna-se a chave para o sucesso ou a derrota na adaptação do estomizado.^{15-6, 19-20}

O estoma interfere no vivenciar da sexualidade, inclusive no desempenho sexual, alegando problemas físicos, problemas com o dispositivo, vergonha ou não aceitação pelo parceiro.¹⁷⁻¹⁸ A sexualidade ultrapassa a necessidade fisiológica e tem relação direta com a simbolização do desejo, é compreendida como necessidade física, emocional e de partilha entre um ser e outro.¹⁶⁻⁷

Cabe destacar, que os estomizados que têm um companheiro e que podem contar com a compreensão deste, a sexualidade não foi tão reprimida, porém vivenciam sentimentos de vergonha e até mesmo desinteresse sexual, podendo chegar a substituir por sentimentos como amor, carinho, respeito, companheirismo e até atividade religiosa. O companheiro do paciente estomizado deve fazer parte do processo de reabilitação, estabelecendo junto a ele uma nova identidade, aprendendo a se adaptar e manter suas atividades cotidianas e interpessoais.²⁵⁻⁶

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar deve estar preparada para considerar as necessidades sexuais após a operação, realizando uma abordagem individual, em que o paciente deve ser encorajado a falar sobre as suas ansiedades relacionadas ao sexo, e as dúvidas que se apresente devem ser sanadas com explicações simples.²⁷

Dados internacionais revelaram em seus achados que apesar do acompanhamento ser multidisciplinar, o enfermeiro tem a maior influência na assistência ao paciente portador de estomia, sua assistência voltada para estratégias educativas no sentido de auxiliar, orientar e facilitar a adaptação a sua nova condição permite construir um elo entre o paciente estomizada, a família e a equipe.²⁸

Esses achados corroboram com outro estudo internacional²⁹, que destaca que, os profissionais de saúde têm pouco preparo para lidar com as queixas em relação à sexualidade, e poucos deles têm algum tipo de formação em educação sexual. Porém, criam estratégias viáveis para cada pessoa através da consulta de enfermagem ou compartilhado nas reuniões de grupo da associação de pessoas estomizadas, encorajando a falar sobre o assunto e utilizando medidas criativas e construtivas para que possam vivenciar a sexualidade de forma prazerosa. Assim, destacam as técnicas de irrigação e o uso do oclisor intestinal como práticas que parecem ser relevantes e positivas para a experiência sexual, garantindo a segurança do dispositivo e melhorando a qualidade de vida das pessoas estomizadas.

Em uma revisão integrativa foi apontado que profissionais de saúde podem utilizar o método PLISSIT, para ajudar o paciente nas questões de sexualidade, e orientar o profissional nas condutas sobre este tema. Este modelo possui quatro níveis progressivos de terapia e aconselhamento: o primeiro nível é o Permission (P) o profissional “permite” que a paciente tenha relação sexual e a paciente permite que o profissional de saúde aborde as questões da vida sexual dele; o segundo nível Limited Information (LI) é o fornecimento de informações anatômicas e fisiológicas corretas para restaurar o seu funcionamento sexual, de acordo com suas limitações; o terceiro nível Specific Suggestions (SS), aborda as sugestões específicas em que, o profissional deve orientar mudanças na conduta sexual de acordo com as questões de cada indivíduo; o quarto e último nível Intensive Therapy (IT) corresponde à terapia intensiva, o profissional deve encaminhar o paciente para um terapeuta sexual especializado para intervir de forma mais complexa.³⁰ Este modelo pode ser seguido como plano de ação para os enfermeiros, dando alicerce nas orientações referentes à sexualidade dos pacientes estomizados e seus parceiros.

Assim, o enfermeiro deve buscar conhecimento e desenvolvimento de habilidades para abordar a temática da sexualidade frente o estoma, sempre observando a necessidade no paciente cuidado. Portanto compete à enfermagem o planejamento da assistência, o plano de cuidados contínuo a esta clientela,

compreendendo as fases pré, trans e pós-operatória, assim como, o preparo para a alta hospitalar, manutenção dos cuidados em domicílio, visando a reabilitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa com estoma intestinal.³¹

CONCLUSÃO

Este estudo apontou as repercussões do estoma intestinal para a sexualidade da pessoa estomizada, bem como, os impactos na dimensão subjetiva das pessoas estomizadas. Evidenciando a necessidade de uma maior produção científica associada sexualidade frente os estomas intestinais.

Os estudos apontam que a presença do estoma traz repercussões para a sexualidade da pessoa estomizada, evidenciando, baixo auto estima, baixo auto conceito, baixa auto imagem, vergonha, isolamento e medo.

A revisão expõe que a sexualidade é um dos aspectos mais afetados na vida do estomizado, pois o ocorre sentimento de rejeição, medo e vergonha de seu parceiro. As pessoas que convivem com um estoma intestinal apresentam também dificuldades para lidar com a aceitação da imagem corporal, fazendo com que sua autoestima fique cada vez mais baixa, afastando-se do convívio social como forma de defesa, por receio da não aceitação dos outros.

O tema sexualidade eventualmente é abordado pela enfermagem, porém em poucos estudos, levando a refletir que essa deficiência vem da formação profissional, entretanto a assistência sistematizada deve ser holística, fazendo com que a busca pelo conhecimento e aprimoramento dos profissionais que atendem às pessoas estomizadas seja permanente.

Cabe destacar, o papel da equipe de enfermagem com o paciente e seus familiares desde o momento no período perioperatório, fornecendo informações sobre a confecção do estoma, equipamentos e adaptação as suas atividades diárias, esse atendimento a pessoa estomizada, demonstra a humanização do cuidado, assim estes apresentam menos sentimentos de isolamento, medo e insegurança, vergonha e rejeição de si frente ao outro. Porém, o profissional de saúde deve perceber o momento correto de fornecer as informações, levando em consideração o tempo de aceitação do paciente e a absorção das informações pelo paciente e sua família.

Sabe-se que o profissional enfermeiro é capacitado para avaliar o paciente quanto às suas necessidades, estabelecendo um plano de cuidados que envolvem prevenção, promoção e reabilitação da saúde com vistas ao desenvolvimento do autocuidado para se alcançar a qualidade de vida.

Além disso, o apoio familiar nesse momento de “mutilação e agressão corporal” é citado como fator fundamental para melhora do quadro patológico e

psicológico. Famílias que se mobilizam em prol dessa mudança e da vontade de “viver” do paciente, conseguem torná-los mais fortes afastando as ameaças, as incertezas, inibindo o isolamento social e melhorando a autoestima dos estomizados.

A participação dos pacientes nos grupos de estomizados demonstra uma grande evolução biopsicosocial para os participantes, resultando em fortalecimento através das trocas de experiências.

Diante deste panorama, os profissionais de saúde têm importância significativa na orientação e adaptação da pessoa com estoma, a fim de favorecer a convivência social e melhorar a qualidade de vida dos estomizados, bem como, de seus parceiros e familiares. Nesta perspectiva, ainda se observa escassez de produções científicas nacionais e internacionais sobre o tema, o que demonstra ser um eixo com poucas investigações.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer Colorretal**. Rio de Janeiro, 2020.
2. ÇAKMAK, A.; AYLAZ, G.; KUZU, M. A. Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. **World J Surg**, USA., v. 34, n. 12, p. 2872-6, 2010.
3. SANTOS, V. L. C. G. A estomaterapia através dos tempos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. organizadores. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 1-17.
4. AGUIAR, E. S. S.; SANTOS, A. A. R.; SOARES, M. J. G. O.; ANCELMO, M. N. S.; SANTOS, S. R. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. **Rev. Estima**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 22-30, 2011.
5. ARDIGO, F. S.; AMANTE, L. N. Knowledge of the professional about nursing care of people with ostomies and their families. **Text Context Nursing**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1064-71, out/dez, 2013.
6. FLEURY, H. J.; PANTAROTO, H. S. C.; ABDO, C. H. N. Sexualidade em oncologia. **Diagn Tratamento**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 86-90, 2011.
7. MORAES, J. T.; OLIVEIRA, R.C.; REIS, L. H.; SILVA, M. N. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde de um município de Minas Gerais sobre o cuidado com estomias. **Rev. Estima**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 12-21, 2012.
8. SEARA, L.S.; VIEIRA, R. X.; PECHORRO, P. S. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. **Rev Int Androl**. Espanha, v. 10, n. 3, p. 106-12, set., 2012.
9. CARDOSO, D. B. R.; ALMEIDA, C. E.; SANTANA, M. E.; CARVALHO, D. S.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 576-85, jul-ago, 2015.

10. KIMURA, C. A.; KAMADA, I.; GUILHEM, D.; FORTES, R. C. Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. **J Coloproctol.** V. 33, n. 3, p. 145-150, 2013.
11. PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F. Estomia e sexualidade. In: PAULA MAB, PAULA PR, CESARETTI IU, organizadores. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.** São Caetano do Sul, (SP): Yendis; 2014. 336-46 p.
12. MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. **Eur J Oncol Nurs.** v. 14, n. 4, p. 263-70, 2010.
13. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein,** São Paulo, v. 8, n. (1-Parte: 1), p. 102-6, 2010.
14. 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. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.
15. FARIAS, D. H..R.; GOMES, G. C.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. **Cogitare enferm.** Curitiba, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2004.
16. ANDRADE, V.; MULLER, F. S.; FERREIRA, A. M.; BARCO, R. S.; GOES, F. C. G.; LOUREIRO, S. C. C.; SANTOS, V. L. C. G. A sexualidade do estomizada na visão do parceiro: parte I. **Rev bras colo-proctol.** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 209-11, out./dez., 1997.
17. CALCAGNO GOMES, G.; PERES BITENCOURT, P.; PIZARRO, A. R.; PEREIRA MADRUGA, A.; SILVA DE CASTRO, E.; OLIVEIRA, G. V. L. Ser mujer con ostomia: la percepción de la sexualidad. **Enferm glob,** Espanha, v. 11, n. 27, p. 22-33, 2012.
18. PERSSON, E.; WILDE LARSSON, B. Quality of care after ostomy surgery: a perspective study of patients. **Ostomy Wound Manage,** USA, v. 51, n. 8, p. 40-8, aug. 2005.
19. TRENTINI M, PACHECO MAB, MARTINS ML, SILVA DMG, FARIAS SR, DUARTE R ET al. Vivendo com um estoma: um estudo preliminar. **Rev Gaucha enferm.,** Porto Alegre, v. 13, 2, p. 228, 1992.
20. BOCCARDO, L. M.; NOGUEIRA, A. S.; SANTOS, E. R.; MIYADAHIRA, A. M. K.; SANTOS, V. L. C. G. Aspectos da reinserção social do ostomizado. **Rev Esc Enferm USP,** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 59-71, 1995.
21. ALVES, R. C. P.; MOREIRA, K. C. R.; FRANCO, C. P. P.; OLIVEIRA, D. C. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. **Rev Interd.,** Teresina, v. 6, 3, p. 26-35, jul./set. 2013.
22. BARRETO, A. P. C. P.; VALENÇA, M. P. The ostomy patient's sexuality: integrative review. **J Nurs UFPE on line,** Pernambuco, v. 7n. (esp), p. 4935-43, 2013.
23. SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev. Latino-am. Enferm.,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 483-90, jul/ago, 2006.

24. CARDOSO, D. B. R.; ALMEIDA, C. E.; SANTANA, M. E.; CARVALHO, D. S.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 576-85, 2015.
25. SANTOS, S. R.; MEDEIROS, A. L.; CABRAL, R. W. L.; ANSELMO, M. N. S.; SOUZA, M. C. J. Sexualidade de portadoras de estoma intestinal definitivo: percepção de mulheres. **Enferm Foco**, Brasília, 2013 4(2):119-22.
26. MARQUES, A. D. B.; NASCIMENTO, L. C.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. A. A vivência da sexualidade da mulher estomizada. **Enferm Foco**, Brasília, v. 5, n. 3/4, p. 83-6, 2014.
27. NASCIMENTO, C. M. S.; TRINDADE, G. L. B.; LUZ, M. H. B. A.; SANTIAGO, R. F. Vivencia do paciente estomizada: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 557-64, jul./set, 2011.
28. TORQUATO, A. P. A. L.; DECESARO, M. N. The Adjustments Experienced by Persons With an ostomy: an integrative review of the literature. **Ostomy Wound Manage**, USA, v. 60, n. 10, p. 34-42, oct. 2014.
29. PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F.; PAULA, P. R. Experiencing sexuality after intestinal stoma. **J Coloproctol**, v. 32, n. 2, p. 163-74, 2012.
30. SILVA, A. L.; FAUSTINO, A. M.; OLIVEIRA, P. G. The sexuality of the patient with intestinal ostomy: literature review. **J UFPE on line.**, Pernambuco, v. 7, n. 3, p. 879-87, 2013.
31. HEY, A. P.; KRAMA, L. Orientações de alta a estomizados sob a ótica da equipe de enfermagem. **Rev Estima**, Curitiba, v. 10, 4, p. 22-29, 2012.

MÉTODO CUMBUCA: UMA PROPOSTA DE GESTÃO DO CONHECIMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Ligia Lopes Ribeiro

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca
<http://lattes.cnpq.br/8409883882083261>

Nathália Telles Paschoal Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca
<http://lattes.cnpq.br/6926656928291580>

Elizabete da Silva Dantas de Jesus

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca
<http://lattes.cnpq.br/0781119835623976>

José Wáttylla Alves dos Santos Paiva

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca
<http://lattes.cnpq.br/1303702228267876>

Paula Taciana Soares da Rocha

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca
<http://lattes.cnpq.br/8339178005331766>

RESUMO: A gestão em saúde tem a função de dirigir e coordenar o sistema de saúde e administrar conflitos. Essas responsabilidades gerenciais envolvem o fortalecimento dos processos de trabalho nas instituições e com a criação de novas estratégias de motivação e envolvimento profissional pode influenciar positivamente e com mais efetividade o resultado

deste processo. Logo, percebe-se a importância de se fomentar iniciativas que permitam fortalecer a aprendizagem institucional e que garantam aos profissionais um conhecimento de maneira orientada, a fim de melhorar o processo de trabalho. **Objetivo:** Buscar meios para o fortalecimento da gestão do conhecimento nos processos/ espaços decisórios no ambiente de trabalho hospitalar. **Considerações Finais:** A criação de um ambiente favorável à prospecção de mudanças, também resulta em impactos positivos na gestão, pois todos os membros estarão direcionados de maneira sinérgica para as metas, potencializando assim o alcance dos resultados esperados e aumentando o empenho e motivação da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Método Cumbuca, Gestão do Conhecimento, Gestão da Qualidade.

CUMBUCA METHOD: A PROPOSAL FOR KNOWLEDGE MANAGEMENT IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT: Health management has the function of directing and coordinating the health system and managing conflicts. These managerial responsibilities involve the strengthening of the work processes in the institutions and with the creation of new strategies of motivation and professional involvement it can positively and more effectively influence the result of this process. Therefore, it is perceived the importance of promoting initiatives that allow strengthening institutional learning and that guarantee professionals a knowledge in a guided way, in order to improve the work process. Objective:

To seek ways to strengthen knowledge management in decision-making processes / spaces in the hospital work environment. Final Considerations: The creation of an environment favorable to prospecting for changes also results in positive impacts on management, as all members will be directed synergistically to the goals, thus enhancing the achievement of the expected results and increasing the team's commitment and motivation.

KEYWORDS: Cumbuca Method, Knowledge Management, Quality Management.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do processo de descentralização da gestão perpassa por mudanças gerenciais, organizacionais e institucionais. O debate em torno da área da saúde sobre as responsabilidades gestoras e gerenciais envolvem uma enorme complexidade enfrentada cotidianamente, exigindo-se, cada vez, o fortalecimento dos conhecimentos organizacionais relacionados às práticas administrativas, financeiras, relações interpessoais, processos de negociação, bem como a adoção de mecanismos que fortaleçam os processos de trabalho nas instituições de saúde (BARBOSA, 2016).

Conforme reflexões de Gil e Luíz (2016), a gestão em saúde tem a função de dirigir e coordenar o sistema de saúde, conceitua-se como a capacidade de lidar com conflitos, guiado por finalidades que devem materializar-se tanto na missão das organizações como aos interesses dos trabalhadores. Nesse sentido, fazer gestão é fazer escolhas, o gestor pode simplesmente fazer “mais do mesmo” e, assim, o SUS avançará pouco, como pode também, com base em dados, informações, e diálogo, construir novos rumos para se efetivar mudanças na organização e consequentemente na saúde da população sob sua responsabilidade.

Assim, um gestor que busca apostar na criação de novas estratégias nos serviços de saúde como, por exemplo, de motivação e envolvimento profissional como oportunidade de diversificar o cenário de compreensões, pode influenciar positivamente e com mais efetividade o resultado do processo (BRASIL, 2009).

A gestão do conhecimento organizacional pode ser compreendida como uma estratégia que abrange criação de processos, ambiente e comportamentos que permitem às pessoas transformar a informação dentro da instituição e criar e compartilhar conhecimento. A informação e a gestão de dados são fortes pilares da gestão do conhecimento, entretanto, essa gestão deve sempre envolver pessoas, processos, tecnologia e cultura (BUKOWITZ e WILLIAMS, 2002).

A gestão do conhecimento não cessa somente na finalidade de compartilhar, ela também deve ser considerada como a facilitadora da inovação e da aprendizagem, com o propósito de tornar as organizações mais eficientes e eficazes (UNPAN, 2019).

Com o passar dos anos, o conhecimento se tornou um recurso econômico importante e o foco da gestão do conhecimento mudou drasticamente, pois o conhecimento passou a ser sinônimo de vantagem competitiva e as organizações contemporâneas passaram a entender que o conhecimento agrega valor e diferencial competitivo na medida em que é materializado em produtos e serviços através de idéias inovadoras (SILVA e NEVES, 2003).

Cada pessoa traz consigo seu conhecimento individual, e utilizando-se dessa premissa que as instituições de saúde podem criar maneiras mais efetivas de gerenciar esse conhecimento e solucionar problemas, ao propor, por exemplo, espaços de trocas, tanto no individual quando no coletivo, e desta maneira estarão reforçando o conhecimento existente e se adaptando a novas realidades (JANUZZI et. al. , 2016).

Adquirir conhecimento vai além de simplesmente deter muitas informações, pois envolve compreensão, articulação e interpretação tanto no aspecto pessoal quando nas questões de grupos. Cabe as instituições criarem cenários e condições que permitam a transformação de informação, permitindo que as tomadas de decisão sejam subsidiadas pelo conhecimento. (NONAKA E TAKEUCHI, 1997).

Ademais, a partir desse cenário cada vez mais desafiador e dinâmico, fica evidenciada a necessidade de se fomentar iniciativas que permitam fortalecer a aprendizagem institucional na área da saúde, garantindo que os profissionais compartilhem conhecimento e aprendam de maneira orientada a melhorar o processo de trabalho e a assistência de qualidade e eficiência à população (BARBOSA, 2016).

A partir dessa discussão, surge a aplicabilidade do “Método da Cumbuca” proposto pelo consultor Vicente Falconi em seu livro *‘O verdadeiro Poder’* como iniciativa para o fortalecimento da aprendizagem institucional. Este método é considerado uma técnica eficiente já que incentiva o estudo em grupo e fomenta que todos estejam preparados para liderar as sessões/encontros. Através de uma metodologia inovadora e orientadora de produção de conhecimento no ambiente de trabalho (FALCONI, 2013).

Indicado para empresas de todos os portes, em especial para aquelas com poucos recursos para investir em treinamento e desenvolvimento de equipes, serve para que os próprios colaboradores adquiram novos conhecimentos. Acredita-se que esta técnica, pode também abranger as instituições públicas de saúde por ser consideradas de fácil execução, apresentar resultados concretos de aprendizagem organizacional, e possuir baixos investimentos, além de incentivar o autodesenvolvimento dos trabalhadores (MORÃES e FADEL, 2010).

Dentro dessa perspectiva, vários são os desafios enfrentados pelos gestores de instituições públicas, que enfrentam situações que transitam entre a falta de tempo/hábito e desinteresse dos trabalhadores em ler e aprender novos assuntos

relacionados ao trabalho. Assim, surge a indagação, como fomentar a ressignificação da gestão do conhecimento dos profissionais no ambiente de trabalho?

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Buscar meios para o fortalecimento da gestão do conhecimento nos processos/ espaços decisórios no ambiente de trabalho hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Auxiliar na busca de estratégias que fortaleçam uma maior gestão do conhecimento em espaços/reuniões em equipe.
- Propor ações inovadoras que possam influenciar de forma benéfica o processo de trabalho da equipe através da aquisição de novos conhecimentos (Método Cumbuca).

3 | METODOLOGIA

O projeto será desenvolvido em uma Unidade de Gestão de Risco Assistencial de um hospital de grande porte no sul do país. Inicialmente será apresentada para a equipe gestora a proposta de intervenção a ser aplicada com suas equipes, nessa etapa será abordada a contextualização da problemática de como fomentar a ressignificação da gestão do conhecimento dos profissionais no ambiente de trabalho através de uma nova estratégia de inovação, denominada “Método Cumbuca”. Dessa forma, será apresentada a equipe a finalidade do método.

Sendo aprovada, os participantes serão reunidos e informados sobre a importância do tema “Gestão do Conhecimento” na organização de saúde e será exposta a aplicabilidade do método com as seguintes etapas:

1. Selecionar os assuntos identificados pelo gestor a serem treinados de acordo com a necessidade da área;
2. Distribuir aos colaboradores o assunto a ser estudado com uma semana de antecedência;
3. Reunir a equipe de trabalho;
4. Fixar encontros semanais com dia, horário e tempo de duração fixo. Isso facilita que todos se programem e se comprometam com os encontros;
5. Criar em conjunto com o grupo, um código rígido de conduta em relação às faltas. Idealmente todos devem estar presentes;
6. O grupo deve ter uma “cumbuca”, ou seja, um recipiente com papéis

onde estarão escritos os nomes dos participantes;

7. Todos deverão estudar o assunto que será discutido na reunião, fazendo as suas anotações;
8. No início da reunião deverá ser feito o sorteio, o nome de uma pessoa deverá ser retirado da cumbuca. Esta pessoa deverá ser a facilitadora da discussão, se preocupando com a introdução do assunto, organização do debate, incentivo a participação de todos e ao final fazer um resumo do assunto tratado e fazer uma lista dos assuntos a serem tratados;
9. Se a pessoa escolhida não tiver lido o que tinha sido combinado, a reunião deverá ser desfeita. “O método de cumbuca é baseado no compromisso de todos”.
10. O papel com o nome da pessoa sorteada deve voltar para a cumbuca. A mesma pessoa pode ser sorteada na próxima reunião. Isso reforça o seu compromisso com todas as reuniões.

Após esse primeiro encontro, serão pactuadas reuniões que deverão ocorrer semanalmente, em dia e horário fixo e terão duração de 2 horas, sendo preferencialmente. E assim seguirá, toda semana com um novo tema/assunto a serem abordados e treinados de acordo com a necessidade de serviço identificada pelo gestor, para que os participantes leiam e discutam na próxima semana.

A metodologia desta intervenção se baseia no mapeamento das competências, assim é possível visualizar quais as competências mais críticas dentro dos assuntos abordados e direcionar os colaboradores para áreas afins trazendo melhores resultado. Logo, este projeto serve de proposta de institucionalização do método como uma estratégia de mudança de prática.

3.1 Fragilidades e Potencialidades do Projeto

O método cumbuca é bastante útil, pois conta com uma técnica simples de aprendizagem organizacional que pode trazer resultados concretos com baixos investimentos, além de incentivar o auto desenvolvimento dos colaboradores e promover a interação entre as pessoas. Através de encontros rápidos, garante o investimento no treinamento das equipes sem dispor de valores financeiros. Apesar de ter gente que não gosta de ler, pode ser que goste de trabalhar em equipe, de aprender em grupo, e isso acaba incentivando a leitura. Observa-se, também que, o fato da reunião ser cancelada caso o sorteado não tenha lido também pesa para que todos façam a “lição de casa”. Acredita-se que ninguém gosta de ser responsável pelo cancelamento de uma reunião.

O cancelamento da reunião pode acabar sendo caracterizado como uma fragilidade do projeto, visto que não há como prever se a discussão irá ocorrer ou não. Logo, entendendo que as pessoas podem não se planejar para outras demandas de

serviço, seria um desperdício desse tempo pactuado. Outra fragilidade que poderia ser levado em conta é a questão do cronograma, que poderia se estender demais, sem nenhuma previsão. Pois a cada reunião cancelada o encontro passaria para a semana seguinte e assim sucessivamente os demais seriam adiados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade do uso de uma ferramenta de gestão da qualidade demonstra que o gerenciamento planejado e qualificado pode ser plenamente adequado as especificidades do setor, desde que todos os envolvidos no processo estejam aptos a fomentar e gerenciar a ferramenta. Espera-se que todos os envolvidos entendam a metodologia como uma ferramenta de avanço de forma gradativa onde disponibilizará aos gerentes/ gestores estruturar melhorias de gerenciamento da rotina do trabalho e conhecimento agregado. Se o uso da ferramenta se mostrar eficiente no processo de transmissão de conteúdo, os problemas de gestão podem ser minimizados e em alguns casos sanados.

Uma reunião participativa gera nos indivíduos o sentimento de comprometimento com a causa, bem como um ambiente favorável à prospecção de mudanças, entendendo que resulta em impactos positivos na gestão, pois todos os membros estarão direcionados de maneira sinérgica para as metas, potencializando assim o alcance dos resultados esperados e aumentando o empenho e motivação da equipe.

REFERÊNCIAS

BARBOSA C. M. **Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios**. 2016, 73 f. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21671>>. Acesso em 10 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2019.

BUKOWITZ, W. R.; WILLIAMS, R. L. **Manual de gestão do conhecimento: ferramentas e técnicas que criam valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

FALCONI, V. **O Verdadeiro Poder**. 2ª ed. Nova Lima: FALCONI Editora, 2013. 159p.

GIL C. R. R., LUIZ I. C., GIL M. C. R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. 1ª Ed. Ano: 2016. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2019.

JANUZZI, C. S. C.; FALSARELLA, O. M.; SUGAHARA, C. R. **Gestão do conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações**. Perspectivas em Ciência da Informação. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 97-118, jan./mar. 2016.

NONAKA I., TAKEUCHI H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MORÃES C. R. B., FADEL B. Gestão do conhecimento nas organizações: Perspectivas de uso da metodologia sistêmica soft (soft systems methodology). In: VALENTIN M. (org.). **Gestão, mediação e uso da informação**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/j4gkh/03>>. Acesso em 10 de junho de 2019.

SILVA R. V., NEVES N. **Gestão de empresas na era do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

UNPAN – United Nations Public Administration Network. **Fundamentos de Gestão do Conhecimento: Conceitos, Objetos, Princípios e Expectativas**. Disponível em <<http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93042.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019.

NURSE PERFORMANCE IN HEALTH EDUCATION: LITERATURE REVIEW

Data de aceite: 01/10/2020

Ilka Kassandra Pereira Belfort

<http://lattes.cnpq.br/7359488931067941>

Pablo Mafra Silva

<http://lattes.cnpq.br/0417641440833740>

ABSTRACT: Permanent Health Education (EPS) is described as a teaching method that adopts specific tools that generate critical reflection on care care in health actions and services. The nurse as a health professional and provider of the care exercise must act on a scientific basis through permanent health education to improve the actions and services offered to the patient. The objective of this research was to analyze in the literature through a bibliographic review the role of nurses in health education. It was an integrative literature review. The data survey was carried out using the following databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and US National Library of Medicine (PubMed), using the following Health Sciences Descriptors (DeCS): Permanent education. Health Education. Nursing. The sample selection followed the following inclusion criteria: articles with full text available electronically and free of charge, written in the Portuguese language, published in the period between 2010 and 2020. As exclusion criteria, the following were established: case studies, works without abstract, editorials, dissertations, theses and scientific articles duplicated in more than

one database. After the search, 43 articles were pre-selected, after the search the inclusion and exclusion criteria were applied in the pre-selected scientific productions, the research sample resulted in 08 articles that were categorized and are displayed in a table (Chart 1). It is concluded that permanent education is a primordial tool in the health care process and the nurse as a professional who expresses his action through care must adopt it to guarantee the integrality of the assistance offered.

KEYWORDS: Permanent education. Health Education. Nursing.

RESUMO: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é descrita como um método de ensino que adota ferramentas específicas que geram reflexão crítica sobre o cuidado assistencial nas ações e serviços de saúde. O enfermeiro enquanto profissional de saúde e provedor do exercício do cuidar deve atuar com base científica através da educação permanente em saúde para aprimorar as ações e serviços ofertados ao paciente. O objetivo desta pesquisa foi analisar na literatura através de uma revisão bibliográfica a atuação do enfermeiro na educação em saúde. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. O levantamento de dados foi realizado através das seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e US National Library of Medicine (PubMed), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Educação permanente. Educação em Saúde. Enfermagem. A seleção da

amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível eletronicamente e de forma gratuita, redigidos no idioma português, publicados no recorte temporal entre 2010 a 2020. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: estudos de caso, trabalhos sem resumo, editoriais, dissertações, teses e artigos científicos duplicados em mais de uma base de dados. Posterior à busca foi pré-selecionados 43 artigos, após a busca aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão nas produções científicas pré-selecionadas a amostra da pesquisa resultou em 08 artigos que foram categorizados e estão dispostos em quadro (Quadro 1). Conclui-se que a educação permanente é uma ferramenta primordial no processo do cuidado em saúde e o enfermeiro como profissional que expressa sua ação através do cuidado deve adotá-la para garantir a integralidade da assistência ofertada.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente. Educação em Saúde. Enfermagem.

BACKGROUND

Health education is configured to promote services for individual and collective care with a focus on health promotion, disease and disease prevention, treatment and rehabilitation. These are educational actions that generate physical, psychological and social comfort. The nurse as a health professional who manages the care process contributes to the teaching of behaviors that effect self-care.

Permanent Health Education (EPS) is described as a teaching method that adopts specific tools that generate critical reflection on care care in health actions and services. It is, therefore, an educational and strategic process that aims to improve the care provided and, consequently, improve the quality of health services (MOREIRA et al., 2017).

The concept of EPS was initially approached in the 80s and 90s by the Pan American Health Organization (PAHO) due to the need to expand and generate comprehensive health actions and services. This educational concept became public policy in Brazil in 2004 with the implementation of the National Policy for Permanent Education¹ (PNEPS) which aimed to train professionals and health, promoting changes and transformations that would meet the real needs of the population (HOLANDA; MINEIRO, 2018).

Thus, permanent education enhances the skills and abilities developed in health services, based on the valorization of knowledge and educational projects that aim to improve care, establishes critical and reflective behaviors, based on an instrument for professional updating (ABREU; CARNEIRO, 2018).

Within this context, regarding the competences attributed to health professionals, it is necessary to include a critical view that favors the development

¹ Ordinance No. 198 / GM on February 13, 2004 Institutes the National Policy for Permanent Education in Health as a strategy of the Unified Health System for the training and development of workers for the sector and takes other measures

of an articulated form of contextualization of services. Nursing is defined as a social practice historically built to care, manage and educate, and insofar as it adopts educational interactions, it can contribute to the execution of more organized practices.

In view of the above, the relevance of this study was justified by the need to analyze the gaps related to EPS and the activities attributed to nursing in hospital contexts, with emphasis on the difficulties of carrying out the actions inherent to EPS, since EPS constitutes if it is a tool that qualifies the nurse's performance in face of the complexities of the profession.

Thus, this research aimed to analyze in the literature through a bibliographic review the role of nurses in health education. While, the specific objectives of this research consisted of: Discussing health education and the improvement of care and describing the role of nurses as health educators.

This study is divided into four chapters: Introduction, which presents a survey on nursing and health education. The second chapter consists of the methodology used to compose the present research, in the third chapter there is the theoretical development that addresses the research object. The fourth chapter deals with final considerations.

LITERATURE REVIEW

Permanent Health Education as a strategy for improving care within the scope of the Unified Health System

Education is described as a global change strategy. Educating generates adjustments to human variations, allowing continuous evolution, updating of knowledge, breaking of paradigms, insertion of pedagogical standards that have a scientific basis and nature, that is, guided, above all, in science.

In 1987, the Pan American Health Organization (PAHO) characterized Permanent Health Education (EPS) as a strategy linked to the teaching process, with the aim of improving the performance of people and groups. EPS suggests the modification of professional practice, works in the line of critical thinking, with an approach in the cognitive, affective and psychomotor areas (SANTOS; LINO, 2018).

Permanent Education is based on the principle that the teaching-learning methodology must be conceived based on personal and joint training. It is an articulation with the formation of specific professional profiles, the search for the structuring of measures that highlight the issues of problematization of the work process (OTTO, et al., 2019).

In 2003, the Ministry of Health's Secretariat for Labor Management and

Education (SGTES)² was created. SGTES has the purpose of generating and coordinating the activities related to the training of human resources in the health area. SGTES elaborates, creates, plans and organizes activities related to professional development that reflects in the improvement of health care, promoting intersectoral articulations and educational bodies, strengthening activities that stimulate constant and continuous training processes in the health sectors, in addition, it formulates also policies that help to strengthen the interactions between education and health.

SGTS's mission is to motivate, propose modifications and improvement in the technical training, mid-level, undergraduate and postgraduate courses inherent to health services, as well as to stimulate the process of permanent training of health work with the purpose of strengthening the premises of SUS (BRAZIL, 2003).

In this way, SGTES elaborates and executes actions for integration and improvement of the activities carried out in the health area. These are actions designed to promote the participation of workers in the Unified Health System with an emphasis on knowledge that positively changes the assistance provided to health users.

It is, therefore, a department of technical, political-administrative, financial and operational responsibility with states and municipalities, teaching units, organizations that mobilize education and institutions that generate pedagogical education in order to establish the norms inherent to professional development.

The teaching-learning process restructures and reconfigures the professional who remains inserted in it, it is a constant variant of changes that contributes to the improvement of the actions carried out. Permanent health education is carried out through mechanisms of evaluation, appreciation and modification of professional practice (RODRIGUES et al., 2018).

Within this premise, it is emphasized that education generates new models of professional behavior, acts in the assistance restructuring, enables the continuous resizing of objectives. Educating encompasses learning and teaching, aims at a progressive search for innovations and establishes theories based on overcoming fragmentation and problems (SADE et al., 2019).

In 2004 the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) was instituted in order to strengthen professional development measures with an emphasis on qualifying and improving health actions and services. Such policy states in its Art.1 that it is a strategy of the Unified Health System (SUS) for the training and development of workers for the sector (BRAZIL, 2004).

Within this context, it is possible to affirm the legal mechanisms established

2 The Ministry of Health's Secretariat for Labor Management and Education (SGTES), created by Decree No. 4,726, of June 9, 2003.

over the years were crucial for the improvement of health care within the scope of SUS. Such mechanisms have the affirmations that contribute to the continuous modification of the work through the main agent, in this case, the health professional, providing him with strategies to improve his services (RIBEIRO et al., 2018).

Among the functions inherent to the PNEPS, the identification of training and qualification needs of professionals within the scope of the Unified Health System, the construction of strategic measures that act in the process of qualifying health care, assistance and management, specific training of health managers with an emphasis on the health care network making integral care and overcoming fragmentation, that is, acting in an intercomplementary way (BRAZIL, 2004).

In addition, it is up to the PNEPS to propose intersectoral policies based on the need to improve the formulation of health care policies, as well as to encourage changes in the methods used in health practices with the implementation of normative instructions and national curricular guidelines for services. in health, as well as establishing relationships and articulations across the country in favor of improving and strengthening the health education process (BRAZIL, 2004).

The attributions of the legal measures established to corroborate health assistance through the organization and training of the teaching-learning process in the training of health workers, demonstrate that the educational basis reflects directly on the services performed, and consequently on the scenario in the health field. (CORREIA; BONETTE, 2018).

Thus, it is emphasized that the strategies intrinsic to the improvement of management and care practices based on the process of permanent health education are developed around an ordering axis of the sets of activities performed, transforming the new models of educating, teaching and learning .

In 2007, the Ministry of Health launched ordinance 1.996, which provides for the guidelines for the implementation of the National Policy on Permanent Education in Health. This policy aims to provide specific measures to overcome the fragmentation of health services according to regional inequalities.

Art. 1 Define new guidelines and strategies for the implementation of the National Policy for Permanent Education in Health, adapting it to the operational guidelines and the regulation of the Pact for Health.

Single paragraph. The National Policy for Permanent Education in Health must consider regional specificities, overcoming regional inequalities, training and development needs for health work and the already installed capacity for institutional provision of formal health education actions (BRAZIL, 2007).

The planning process of health actions and services is evaluated, monitored

and coordinated through an organizational flow that begins in the learning process of health professionals. Promoting a structural basis that amplifies the teaching process directly reflects on the quality of health services offered to the population.

Health education actions and strategies have cooperative and ordering co-management in all areas of the system (municipal, state and federal) to act in the construction of plans that contribute to the permanent health education measures already defined and established (CORREIA; BONETTE, 2018).

The concept of permanent health education incorporates organizational activities that envision work learning, the teaching process, the mechanisms of learning, teaching and monitoring, as well as, action plans, proposed action guidelines, planning and training, stimulating the adoption of a stance based on mutual responsibility, that is, educational and health (RODRIGUES et al., 2018).

Thus, the process of training and qualification of health professionals must have as reference the realistic scenario of the country. Social inequalities and regional discrepancies in relation to the population's socioeconomic profiles as well as in the provision of health actions and services must be a determining factor in defining the strategies and tools that will be adopted as institutional and pedagogical practices are carried out to train the healthcare professional (SADE et al., 2019).

The training processes related to permanent health education are defined by a wide situational analysis, taking into account the epidemiological, political, social, economic and work scenario, as well as the recognition of problems of an educational nature.

Permanent Education in Health is, therefore, a political articulation that focuses on the perspectives of educational practice with up-to-date training and techniques and that guarantees the adequate premises to exercise actions and services and health in an integral way.

The role of the nurse as a health educator

Promoting health education consists of performing activities that significantly contribute to improving the quality of life within the uniqueness of each individual, as well as for society in general. The nurse as a collaborator of practices that contribute to health carries out educational actions that work in the face of complaints, fears, expectations, understanding physical, psychological and social needs, with a posture capable of listening and welcoming each patient.

Nursing has been increasing its space in the health area every day, both in the national context and in the international scenario. Currently, the practice of nursing is presided through Law 7,498 of 1986³, which in its text describes the necessary

³ Law No. 7,498 / 86, of June 25, 1986, which provides for the regulation of the exercise of Nursing and provides other measures.

requirements for obtaining the title of nurse, nursing technician, nursing assistant, and midwives. Such Law is regulated by Decree 94,406 of 1987⁴, which also provides for the exercise of nursing.

Nursing is integrated with its own framework of technical and scientific knowledge, built and reproduced by a set of social, ethical and political practices that are processed through teaching, research and assistance. The historical and legal precepts inherent to the profession translate it as science of the care process in a unique way, in the family and / or community (LAVICH et al., 2017).

The work of the nurse and the multidisciplinary health team meets two basic aspects. The first is to preserve, respect and recognize the particularity, individuality and variability of users' situations and needs; the second, in turn, is to comply with certain rules, regulations and general values, in addition to permanently inserting / integrating the activities of the multidisciplinary team. Nursing, defined as a social practice historically built to care, to manage and to educate (REZENDO; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017).

Within this context, it is emphasized that nursing has the ability to intercede in the health-disease process, conducting measures that recover and preserve health through activities performed through the inherent attributions of the profession as well as those performed together with other professionals in the field. team.

As the professional nurse is an instructor who is inserted in the scenario that guides Health Education, it is necessary to guide the population, and why not expose, to develop alternatives for the population to take actions that promote health in its broadest sense. The education instructor is the professional who uses languages and gestures as a working tool in this collective battle. Health education encompasses all health attitudes must be introduced in the nurse's daily practice (KIRSCH; SLOB, 2018 p.225).

The nurse must have information inherent to health care and provide it to the patient, family and society in general. In addition, the nurse must accompany the patients and be available to resolve doubts whenever necessary, building a relationship of trust and communication (SANTOS; LINO, 2018).

When providing guidance, patients' needs for knowledge and clarification must be raised, respecting their level of education so that communication is effective, thus contributing to the effectiveness of treatment. Health education is to ensure that health measures permeate professional practices, being disseminated in daily life through care during the performance of activities of daily living (REZENDO; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017).

The professional practice of nurses requires that they are willing to perform

4 Decree No. 94,406 of 1987, which regulates Law No. 7,498, of June 25, 1986, which provides for the exercise of Nursing, and provides other measures.

functions that fit their competence and are associated with great results, as well as singular results, so that there can be no aggrandizement of one another, but that resolvability in any circumstances (LAVICH et al, 2017).

The nurse professional performs important activities inserted in the care process, since his actions are guided by health policy and planning activities aiming at health promotion, protection and recovery. The work of the nursing team is configured by the concern with the therapeutic environment, the administration of parts of the medical act, including planning, administration, and the provision of continuous nursing care (GEOVANINI et al., 2013).

Within the scenario that is involved the nurse professional through a critical and ethical sense promotes the adaptation of care, aiming to generate primordial conditions of propagation for self-care. Rodrigues (2017) states in his study that nurses improve health actions and services when educating the patient.

Permanent health education is seen as an important management tool, based on the assumption that it enables personal changes. In nursing, permanent education promotes the transformation of health actions with the aim of providing an improvement in the quality of care (CORREIA; BONETTE, 2018).

The nurse must adopt care measures that establish specific practices within the uniqueness of each patient. Establishing a safe relationship with the patient allows the continuity and execution of the care and assistance provided. The continuous training of the exercise through permanent education in health enables nursing to promote the updating of the team, reflecting in the improvement of the offer of care to patients (SADE et al., 2019).

Adherence to this educational-based paradigm triggers new actions, such as enabling the patient to understand the descriptions of his clinical and symptomatic condition in a clear and succinct way, which corroborates the awareness of the practices that must be adopted to improve the quality of life.

The nurse promotes close care. Health care and systematization of assistance are the activities inherent to the profession. In this way, nursing professionals carry out actions that aim to satisfy the population's health needs and defend the principles of public health and environmental policies, which guarantee the integrality of care, resolution, preservation of people's autonomy (HOLANDA; MINEIRO, 2018).

However, despite the inclusion of measures that aim to improve health care care as the adoption of the practice that stimulate the process of permanent training, some issues can be considered as an obstacle when it comes to the provision of care, as nursing professionals are usually overloaded with bureaucratic activities, this reflects in direct patient care, making nursing care flawed, fragmented and robotic (LAVICH et al., 2017).

Therefore, nursing professionals in the profession of their profession are

susceptible to work in scenarios of personal demotivation with a lack of recognition and devaluation, these factors being directly interfering in the assistance providing few encouraging results.

Thus, it is relevant, therefore, to emphasize that, through planned and safe assistance with the implementation of permanent health education strategies, nurses develop direct and continuous assistance, exercising a social practice based on a dynamic process that it involves a network of relationships, interactions, associations and meanings that reflect on the improvement of health care.

METHODOLOGY

It was a literature review. This research model allows a detailed approach in which it seeks to solve a hypothesis by means of theoretical references already published referring to the other research methods, analyzing and discussing the various scientific contributions that can guide a new methodological production (PIZZANI et al., 2012).

The data survey was carried out through the following research bases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and US National Library of Medicine (PubMed) , using the following Health Sciences Descriptors (DeCS): Permanent education. Health Education. Nursing.

For the selection of articles, the following inclusion criteria were established: articles with full text available electronically and free of charge, written in Portuguese, published in the period between 2010 and 2020. As exclusion criteria, the following were established: case studies, works without abstract, editorials, dissertations, theses and scientific articles duplicated in more than one database.

During the selection process, the following steps were followed: 1) search for articles using the health descriptors in the databases previously defined, resulting in 43 articles, followed by the second step; 2) recognition of the articles with the object of study of the research in order to verify the existence of the correlation of the findings with this study, discarding 20 articles; 3) application of the inclusion and exclusion criteria; 4) definition of the total sample of 08 articles that were categorized and are displayed in a table (Chart 1).

With regard to ethical aspects, this research respected the authorship of the information used during all stages of the study, guaranteeing the veracity of the data of the scientific productions used, and obtaining only interest in the formulation of bases in a scientific nature in health.

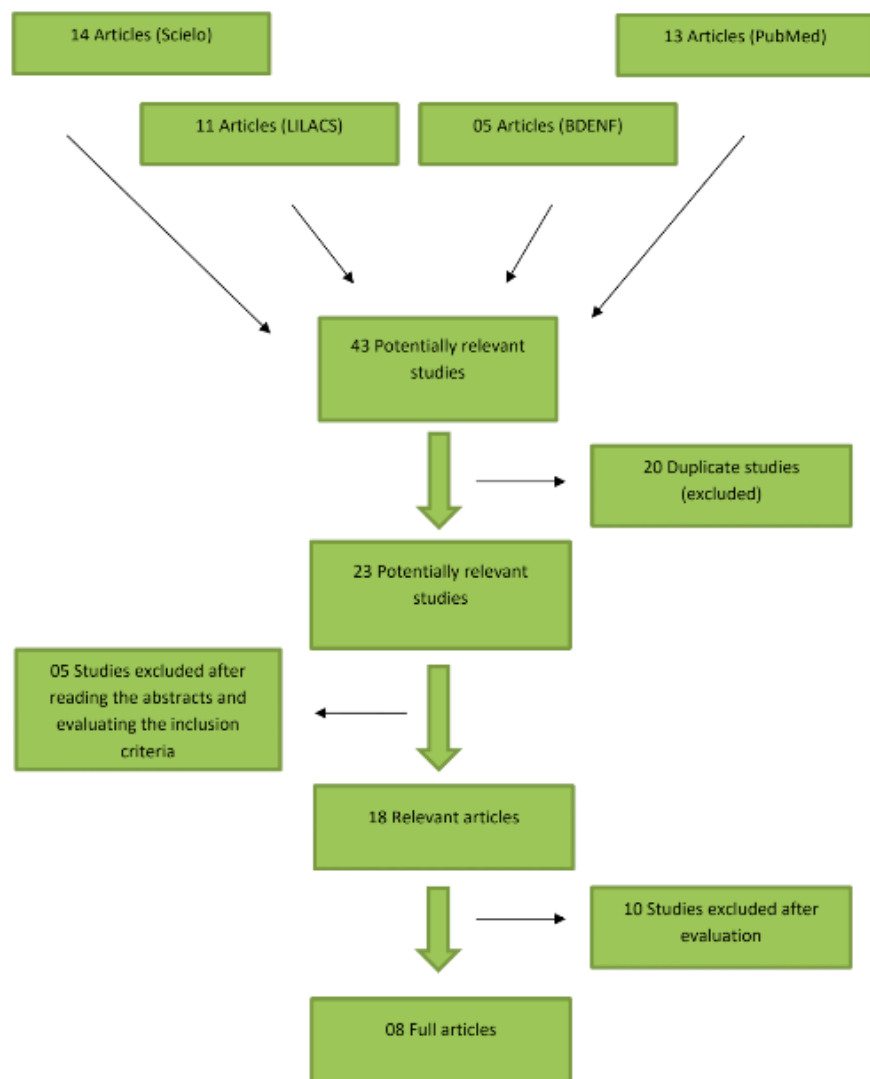


Figure 1 - Flowchart for the selection process of articles to compose the research.

Fonte: (Elaboração própria)

RESULTS AND DISCUSSIONS

News	Authors	Title	Year	Results
01	Rodrigues et al.	Permanent education as an object of transformation: literature review	2018	It was found that health education is characterized as an object of transformation that aims to meet the improvement of activities carried out through continuous learning and reflection of practices.
02	Otto et al.	Permanent health education and nursing.	2019	In view of the above, permanent health education aims to awaken a critical view of the nursing team, strengthening and improving care through a committed professional posture.
03	Ribeiro et al.	Health education as an object of improving care.	2018	However, it is important to emphasize that health education provides the planning of actions, encourages updating and qualification, in addition to organizing the health service making it more humanized and safer.
04	Correia; Bonette.	Permanent health education as an instrument of transformation.	2018	The speeches define the health education process as a strategy to improve care, establishing safety in the exercise of nursing.
05	Santos; Lino.	Nursing performance and the process in health education.	2018	This paper concludes that health education directly supports the exercise of safe and updated nursing.
06	Rezende; Oliveira and Friestino.	Permanent education in nursing and the use of technologies: an integrative review	2017	It was possible to identify that the technologies associated with permanent education are present in the daily practice of nursing, both in management and care practices.
07	Lavich et al.	Permanent education actions for nurses facilitating a nursing education center	2017	It is believed that EPS can be present in different health scenarios, incorporated in the work of nurses and other professionals who are part of a health team.
08	Sade et al.	Demands of permanent nursing education in a teaching hospital.	2019	The results show that permanent health education considers the need for educational actions to provide nursing improvement.

Chart 1. Identification of the articles selected to compose the research according to: title, authors, journal, year (2010 to 2020).

Source: (Own elaboration)

During the search for the scientific findings, in the first stage of the research, she identified 43 productions that showed initial similarity with the object of study of the present study. Subsequently, a detailed reading was carried out, which enabled the disposal of 20 productions that did not meet the premises previously established, addressing different objectives and target audience. Consequently, the inclusion and exclusion criteria were applied, which defined a total sample of the productions resulting in 08 articles.

After the analysis of the selected articles, it was identified that the majority of publications occurred in 2018 with 04 articles published, followed by 02 publications from 2019 and 02 productions from 2017. The presentations of the selected productions were categorized, highlighting: authors of the research, title, year of publication and study results.

In short, the selected articles define permanent health education as an instrument that helps to improve the care and actions offered in health, through the planning of strategies, protocols, manuals and institutional standards with continuous updating.

According Rodrigues et al (2018) permanent health education enables the adoption of tools that contemplate the articulation of measures and that generate an educational process that can be operationalized within different contexts. Lavich et al (2017) describes that health education generates the construction of actions based on a dialogical relationship between health professionals, articulating them according to the diagnosed deficiencies.

Other scientific findings define that the concept of health education means personal training, structuring the professional base, changing practices, promoting interventions and solving problems, generating self-analysis, self-management and transformation.

Correia and Bonette (2018) propose that the devices used in the promotion of permanent health education meet the specificities of the context in which they will be implemented, aiming to meet the needs of the institutions according to the daily life of the nursing team professionals.

Permanent education is based on premises that simultaneously generate teaching and learning, incorporating teaching-learning organizations. The methods that encompass permanent health education consider the construction of a changing reality that meets the transformation of health care actions and services.

However, Sade et al (2019) evidences in their study that some factors such as work overload regarding the accumulation of skills aimed at nursing professionals directly interfere in their participation in training programs.

Corroborating with these findings Santos and Lino (2018) point out in their research that the health education process must be established aiming at updating the

assistance offered by the nursing team concomitantly with the solution of problems, however, faced with scenarios camouflage the use of measures and strategies that make permanent education feasible, including the burden of nursing professionals.

Ribeiro et al (2018) point out that nursing must present a basis adopted in the design of an educational paradigm that puts in place measures and strategies that highlight the adversities and resistance found in the daily lives of professionals.

Thus, it is understood that permanent health education as a tool that modifies nursing work generates impacts centered on transformations and changes, elucidating the development of tasks in an organized and effective way through educational actions.

CONSIDERATIONS

Permanent health education is a strategy that makes the health care process viable in a holistic way, generating a wide view of the scenario in which care measures will be implemented in a singular or pluralized way. It is, therefore, a method of implementing changes and modifications based on methodologies in order to improve the quality of services.

The productions selected for the discussions of this present research point out that permanent health education has a historical context that sought to implement and simultaneously improve this theme over the years and that is understood until today and remains in constant improvement.

In addition, studies show that nursing as a provider of direct care to the patient, and that it must be able to change and modify it to improve the activities performed in the scope of care. The nurse takes care, listens, understands and welcomes the patient, the care process is inherent to nursing and this must be passive to adaptations.

Thus, the methodology used to insert the educational processes in the health field trigger changes that require the improvement of the work developed, generating a continuing education in consensus with the literature on concepts, with the perspective of contributing to the improvement of the assistance provided to the user and the community .

The practice of nursing faces difficulties that prevent the defragmented operationalization of health care, these must be overcome in order not to interfere in the patient's health care. Permanent health education is a tool that corroborates the identification of the problem, strategic planning, teaching-learning methods and practices, awakening an expanded and critical view, enabling possibilities for changes, in addition to understanding the professional difficulties of nursing.

REFERENCES

ABREU Marcos Neiva; CARNEIRO Sebastião Luís. The permanent education process for the improvement of health care. . Revista Saúde e Pesquisa, v.1, n.1, p.25-33, 2018. Available at: <<https://revistasaudeeducação25647pdf.0356>>. Accessed on: 11. May. 2020.

BRAZIL. Mystery of Health. Decree nº 4,726, of June 9, 2003. Approves the Regulatory Structure and the Demonstrative Framework of the Positions in Commission and the Gratified Functions of the Ministry of Health, and other measures. [Internet]. Brasília. 2003. Available at: <<http://www.saude.gov.ministerio158745>>. Accessed on: 17. May. 2020.

_____. Mystery of Health. Ordinance no. 198 / GM / MS of February 13, 2004. Instituted the National Policy of Permanent Education in Health as a strategy of the Unified Health System for the training and development of workers for the sector and provides other measures [Internet]. Brasília. 2004. Available at: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/D4756854726.htm>. Accessed on: 17. May. 2020.

_____. Mystery of Health. National Policy for Permanent Education in Health. [Internet]. Brasília. 2007. Available at: <<http://www.saude.gov.br/portarias3/portariassaude.htm>>. Accessed on: 16. May. 2020.

_____. Law No. 7,498, of 25 June 1986. Provides for the regulation of the exercise of Nursing and provides other measures. Legislation for the Exercise of Nursing, 1986. 6p. Available at: <<http://www.abennacional.org.br/download/Leiprofessional.pdf>>. Accessed on: 23. May. 2020.

Decree no. 94,406 of June 8, 1987 (BR). Regulates Law 7,498, of June 25, 1986, which provides for the exercise of nursing and provides other measures. Federal Official Gazette [Internet]. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Accessed on: 23. May. 2020.

CORREIA, João Barrifore; BONETTE, Dante Estrela. Permanent health education as an instrument of transformation. Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 1, p. 123-127, 2018. Available at: <[http://MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1597-PB%20\(2\).pdf](http://MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1597-PB%20(2).pdf)>. Accessed on: 22. May. 2020.

GEOVANNI, Queiroz de Sabrino; MOEDA, Guilherme; BARÃO, Filho Jorge; MERÇES, Guimarães Otavio. Nursing and continuing education: the tools of health care. Revista Brasileira de Enfermagem, v.5, n.3, p.15-22, 2013. Available at: <<https://revistaenferm.scielo.enfermagem.pdf.052487596>>. Accessed on: 19. May. 2020.

HOLANDA, Maria Luzia; MINEIRO, Severino. Nursing attributions: permanent educator in health and care. Revista Saúde e Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2018. Available at: <<http://saudeebemestar.enfermgemecuidado.pdf>>. Accessed on: 22. May. 2020.

KIRSCH Gustavo Hanich; SLOB Edna Marcia Grahl Brandalize. Nurse's Role in Population Health Education. Health and Development Magazine. vol.12, n.13, p.220-232, 2018. Available at: <<file:///C:/Users/55989/Downloads/1008-3487-1-SM.pdf>>. Accessed on: 22. May. 2020.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Permanent education actions for nurses who facilitate a nursing education center. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2017, vol.38, n.1, p.657-663, 2017. ISSN 1983-1447. Available at: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>>. Accessed on: 20. May. 2020.

MOREIRA, Carlos Beneira. et al. Permanent education in health as a training tool in health care. *Revista Saúde e Pesquisa*. v.15, n.15, p.35-42. 2017. Available at: <<https://www.saudeenfermagem.educacao0256478.pdf>>. Accessed on: 20. May. 2020.

OTTO, Carolina et al. Permanent health education and nursing. *Nursing in Focus* v.5, n.5, p.25-32. 2019. Available at: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323>>. Accessed on: 09. May. 2019.

PIZZANI, L. et al. The art of bibliographic research in the search for knowledge. *Digital Journal of Library Science and Information Science*, Campinas, v. 10, n. 1, p. 53-66, 2012. Available at: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896/pdf_28>. Accessed on: 19. May. 2020.

REZENDO, Roseli; Oliveira, Júlia Epischina Engrácia de; Friestino, Jane Kelly Oliveira. Permanent education in nursing and the use of technologies: an integrative review. *R. Interd.* v.10, n.1, p.190-199, jan. Feb. sea. 2017. Available at: <[file:///C:/Users/55989/Downloads/946-3104-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55989/Downloads/946-3104-1-PB%20(1).pdf)>. Accessed on: 20. May. 2020.

RIBEIRO, Joathan Borges. Et al. Health education as an object of improving care. *Biological and Health Sciences Unit. Aracaju*. v.5, n.1, p.91-102. 2018. Available at: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5278>>. Accessed on: 20. May. 2020.

RODRIGUES, Alysson Sarmento et al. Permanent education as an object of transformation: literature review. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*. V.1, n.1, p.90-103, 2018. Available at: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS122.pdf>>. Accessed on: 24. May. 2020.

SANTOS, Beatriz Novas caldas; LINO Monica. Nursing performance and the process in health education. *Estima Magazine*. v.3, n.1, p.98-103. Available at: <<https://www.saude.pdf/-EducacaoPermanenteemSaude.pdf>>. Accessed on: 24. May. 2020.

SADE et al. Demands of Permanent Nursing Education in a Teaching Hospital. *Cogitare Nursing Magazine*. [Internet]. 2019. Available at: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57130>>. Accessed on: 25. May. 2020.

O OLHAR DE ENFERMEIROS SOBRE PESQUISA QUANTITATIVA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Isadora Caldeira Belini

Universidade Federal de Juiz de Fora
FACENF da UFJF
<http://lattes.cnpq.br/0367317459612053>

Heloisa Campos Paschoalin

FACENF da UFJF
<http://lattes.cnpq.br/5639100294085866>

Rosangela Maria Greco

FACENF da UFJF
<http://lattes.cnpq.br/2619810327648085>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(ENF/UERJ)
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Denise Cristina Alves de Moura

FACENF da UFJF
<http://lattes.cnpq.br/5054879155144510>

Rejane da Silva Rocha

FACENF da UFJF

Caio César Batista Andrade

FACENF a UFJF
<http://lattes.cnpq.br/8360197708026885>

RESUMO: **Introdução:** As investigações desenvolvidas na área da Enfermagem possibilitam visibilidade para a profissão, agregam novos saberes, avaliam constantemente

informações utilizando evidências científicas para tomada de decisão. Desta forma, permitem a reflexão de sua prática e apontam para lacunas do conhecimento, norteadas por novas pesquisas. **Objetivo:** Relatar a experiência da coleta de dados de uma pesquisa, desenvolvida com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma investigação desenvolvida por uma equipe de pesquisadores enfermeiros com ACS, nos anos de 2016 e 2017 em um município da zona da mata mineira. Realizou-se um censo por meio de um estudo transversal, no qual a população fonte era composta por 501 trabalhadores, foram coletados dados com 400 profissionais, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, respeitando os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos. Para armazenamento e coleta dos dados utilizou-se o aplicativo Open Data Kit. **Resultados:** Os dados foram coletados por entrevistadores devidamente treinados, composta de mestrandos do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e mestrandos e doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da UFJF. **Conclusões:** Possibilitou-se conhecer o processo de trabalho do ACS, as condições de trabalho e de vidas, os desafios e as possibilidades do trabalho dessa categoria profissional em que suas atividades laborais são imprescindíveis para o trabalho da enfermagem e para a assistência prestada à população. **Contribuições ou implicações para a Enfermagem:** O desenvolvimento do

estudo contribui para o fortalecimento e valorização da enfermagem e possibilita ao pesquisador vivenciar a realidade pesquisada durante a coleta de dados, identificando as dificuldades e possibilidades da investigação científica. Além disso, contribui no preenchimento das lacunas do conhecimento acerca do campo de Saúde do Trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Pesquisa em Enfermagem.

NURSES 'VIEW ON QUANTITATIVE RESEARCH WITH COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: Introduction: The investigations developed in the field of Nursing provide visibility for the profession, add new knowledge, constantly evaluate information using scientific evidence for decision making. In this way, they allow reflection of their practice and point to knowledge gaps, guiding new research. **Objective:** To report the experience of collecting data from a survey, developed with Community Health Agents (CHA). **Methodology:** This is an experience report of an investigation developed by a team of nurse researchers with CHA, in the years 2016 and 2017 in a municipality in the area of the forest in Minas Gerais. A census was carried out through a cross-sectional study, in which the source population was composed of 501 workers, data were collected from 400 professionals, obeying the inclusion and exclusion criteria of the research, respecting the ethical aspects of research with human beings. The Open Data Kit application was used to store and collect data. **Results:** Data were collected by properly trained interviewers, composed of master's students from the Stricto Sensu Graduate Program in Nursing at the Faculty of Nursing of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) and masters and doctoral student of the Stricture Sensu Graduate Program in Collective Health at UFJF. **Conclusions:** It became possible to know the work process of the CHA, the work and life conditions, the challenges and the possibilities of work in this professional category in which their work activities are essential for the work of nursing and for the assistance provided to the population. **Contributions or implications for Nursing:** The development of the study contributes to the strengthening and valorization of nursing and allows the researcher to experience the reality researched during data collection, identifying the difficulties and possibilities of scientific research. In addition, it contributes to filling the knowledge gaps about the field of Occupational Health.

KEYWORDS: Nursing; Worker's health; Nursing Research.

1 | INTRODUÇÃO

Na área da Enfermagem, os estudos desenvolvidos possibilitam uma maior visibilidade para a profissão, agregam novos saberes para a equipe de enfermagem como um todo, possibilitando a avaliação contínua de informações utilizando evidências científicas para tomada de decisão ⁽⁸⁾.

Desta forma, permitem a reflexão de sua prática e apontam para lacunas do conhecimento, norteando novas pesquisas. O Enfermeiro, vem como protagonista

da equipe de enfermagem, frente a coordenação, supervisão e como pesquisador lidera o cuidado e garante a cientificidade ^(5,7).

Na ciência, ao realizar pesquisa, são utilizadas metodologias que vão de acordo com o cenário e objetivo do estudo. Na enfermagem, o método quantitativo tem ganhado espaço assim como o método qualitativos ^(5,7).

A pesquisa quantitativa pode ser conceituada como método científico que é estruturado para coletar dados por meios de técnicas estatísticas, objetivando a quantificação de opiniões e informações para um determinado estudo. A pesquisa qualitativa é uma metodologia baseada na coleta de informações que descrevem a investigação de maneira mais abstrata, de caráter exploratório e o caráter subjetivo do objeto analisado ⁽⁸⁾.

A pesquisa quantitativa proporciona a identificação das relações do ser humano e sua natureza, está centrada na interação do indivíduo e o seu habitat, na educação em enfermagem e nos profissionais da equipe de enfermagem com as experiências na assistência direta ou indireta de pacientes com determinados problemas de saúde, possibilitando identificar provas que utilizadas no cotidiano, resultando na prática baseada em evidências, estabelecendo padrões de comportamento e comprovando teorias ⁽⁸⁾.

2 | OBJETIVOS

O objetivo deste artigo é retratar a experiência de um profissional de saúde frente a uma pesquisa quantitativa, relatando a experiência da coleta de dados de uma pesquisa, desenvolvida com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desenvolvida por uma equipe de pesquisadores enfermeiros com ACS, nos anos de 2016 e 2017 em um município da zona da mata mineira.

3 | METODOLOGIA

O estudo proposto faz parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Rosângela Maria Greco da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A mesma foi realizada com todos os trabalhadores da APS do Município de Juiz de Fora, objetivando descrever como vivem e trabalham esses profissionais, atendendo ao objetivo geral da pesquisa ampla: “conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde” e ao objetivo específico: “Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde-doença destes trabalhadores”.

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo do tipo seccional. Segundo

Gil (2010), as pesquisas descritivas são aquelas cujo objetivo fundamental é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, a descoberta da existência de associações entre variáveis.

O estudo seccional é a observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade ⁽²⁾. Esse tipo de estudo constitui-se em um método para descrever a característica de uma população em uma determinada época, usado, portanto, para o planejamento e a administração de ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde individual e coletiva. Permite testar a existência de associações de frequência ou estatísticas entre pelo menos dois eventos denominados como doença (agravo) e exposição (suposta causa) na amostra de indivíduos investigados, as condições de vida e saúde demonstram-se como fatores que desencadeiam a doença ⁽⁶⁾.

O município de Juiz de Fora possui 67 UBSs, 48 unidades da área urbana, 14 em área rural e cinco unidades volantes. O estudo foi realizado em 43 UBSs que têm entre seus profissionais de atuação os Agentes Comunitários de Saúde ⁽⁴⁾.

Na Zona da Mata Mineira, Juiz de Fora é um município considerado de grande porte, com aproximadamente 525 mil habitantes, sendo referência para assistência à saúde da região sudeste do Estado de Minas Gerais, contemplando mais de 3 milhões de habitantes. A ESF está implantada no município desde 1995 com crescimento progressivo nos últimos anos ⁽⁴⁾.

Foi realizado um censo, no qual o total de ACSs (500 trabalhadores) foi convidado a participar do estudo, na condição de atuantes na Atenção Primária à Saúde do município, identificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), que concordaram em participar como voluntários da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os critérios de inclusão foram: atuar como Agente Comunitário em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde do município, independentemente da localização geográfica, sem distinção de sexo, raça, idade e crença. Foram excluídos os trabalhadores que não foram encontrados na unidade depois de três tentativas consecutivas de contato pessoal e telefônico e aqueles que se encontravam de férias ou afastados do trabalho durante o período de coleta de dados.

A partir do total de 500 ACSs, foram considerados elegíveis 418 (83,6%) trabalhadores, pois 70 (16,4%) foram excluídos, sendo que 25 se encontravam de licença por motivo de doença, dois em desvio de função, 15 aposentados, 28 foram exonerados ou demitidos. Dos abordados, 18 se recusaram a participar do estudo; 12 trabalhadores não foram encontrados após três tentativas. Desta forma, foram excluídos cem trabalhadores, obedecendo aos critérios anteriormente descritos, tendo sido então realizadas 400 entrevistas.

4 | RESULTADOS

A coleta dos dados se deu no próprio local de trabalho, em dois intervalos de tempo, o primeiro ocorreu no período de julho a outubro de 2015 (amostra preliminar) e o segundo, de outubro a fevereiro de 2017, completando a população total de estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com os ACSs, de acordo com a disponibilidade do profissional e com o horário em que o mesmo podia se ausentar de suas atividades laborais.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário composto por 14 blocos, por entrevistadores profissionais ou estudantes da área da saúde integrantes do grupo de pesquisa Trabalho e Saúde, devidamente treinados pela coordenadora do estudo.

O instrumento foi validado por meio de estudo-piloto realizado no município de Comendador Levy Gasparian, Estado do Rio de Janeiro, com 22 trabalhadores. O objetivo do estudo foi realizar possíveis adaptações e adequações no instrumento de coleta de dados, adaptações essas que se referiam a ajustes de formatação e interpretação das perguntas de cada questionário, além do treinamento dos entrevistadores.

A equipe de entrevistadores foi composta de graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), bolsistas e voluntários de Treinamento Profissional e projeto de extensão, além de mestrandos do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF e mestrandos e doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Saúde Coletiva da mesma Universidade. Esses pós-graduandos se encontravam no processo de elaboração de suas dissertações e tese como parte da pesquisa: “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: Condições de Trabalho e de Vida”.

Os pesquisadores entrevistadores tiveram um treinamento em reuniões de equipe com a coordenadora da pesquisa, com a finalidade de se apresentar o projeto e simular as entrevistas, possibilitando esclarecer dúvidas e apontar a abordagem correta dos participantes, garantindo uma coleta de dados fidedigna, sem interferências do entrevistador, aproveitando o momento para aprender a manusear o sistema de operação Android, no programa “Open Data Kit” (ODK).

A pesquisa utilizou, para a coleta de dados, um questionário constituído de 14 blocos, e, nesta investigação, foram analisadas as questões relacionadas às condições de saúde, de trabalho, aos hábitos de vida (Blocos A, E, F e G) e ao perfil sociodemográfico dos participantes (Bloco N). O perfil sociodemográfico foi analisado com base no Critério de Classificação Econômica Brasil, que padroniza a classificação e distribuição de classes socioeconômicas da população brasileira de

acordo com bens materiais, instrução do chefe de família e renda familiar (¹).

5 | CONCLUSÃO

Possibilitou-se desta forma conhecer o processo de trabalho do ACS, o dia a dia, as condições de trabalho e de vidas, os desafios e as possibilidades do trabalho dessa categoria profissional em que suas atividades laborais são imprescindíveis para o trabalho da enfermagem e para a assistência prestada à população dentro de diferentes perfis de comunidade. O pesquisador por sua vez pode ter o olhar refinado perante a pesquisa quantitativa, dentro da área da saúde, inserido no dentro do universo do entrevistado.

O desenvolvimento do estudo contribui para o fortalecimento e valorização da enfermagem e possibilita ao pesquisador vivenciar a realidade pesquisada durante a coleta de dados, identificando as dificuldades e possibilidades da investigação científica. Além disso, contribui no preenchimento das lacunas do conhecimento acerca do campo de Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. ABEP. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**. 2015
2. ANGELO, J.R. **Conceitos básicos em epidemiologia**. Instituto Nacional de pesquisas espaciais, 2011
3. ESPERON, J.M.T. **Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem**. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro 2017;21(1):e20170027
4. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
5. HORTA, T.C; GUIMARÃES, M.A.M.B. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Prefeitura de Juiz de Fora (MG), 2014: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Juiz de Fora, 2014.
6. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Artes médicas, 1995.
7. MEDRONHO, R; BLOCH, KV; LUIZ, RR; WERNECK, GL (eds.). **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição
8. SILVA, S. M. et al. **Temáticas investigadas pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem e Saúde** [Research topics of the Study Group on Occupational Health of Nursing and Health Personnel]. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. e22974, 2016.

CAPÍTULO 17

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES

Data de aceite: 01/10/2020

Werbeth Madeira Serejo

Hospital Geral de Monção
São Luís-MA

Wanberto dos Reis Pinto

Grupo GoHosp
São Luís-MA

Wemerson Campos Furtado

Hospital São Domingos
São Luís-MA

Jairon dos Santos Moraes

Pós graduando em Urgência e Emergência e
Docência do Ensino Superior
São Luís-MA

Igor Ricardo de Almeida Vieira

Pós graduando em Saúde Pública, Saúde da
Família e Docência do Ensino Superior
Chapadinha-MA

Cleidiane Cristina Sousa da Silva de Oliveira

Pós graduanda em Enfermagem do Trabalho
São Luís-MA

Márcia Fernanda Brandão da Cunha

Especialista em Saúde Mental, Obstetrícia e
Neonatologia e em Educação para Saúde
São Luís-MA

Marina Apolônio de Barros Costa

Mestre em Enfermagem
São Luís-MA

Rafael Rocha de Melo

Especialista em Saúde Mental
Pindaré Mirim -MA

Hedriele Gonçalves de Oliveira

Hospital Genésio Rêgo
São Luís-MA

Nathália Cristina Ribeiro Pinheiro Silva

Hospital Geral de Monção
Santa Inês-MA

Raylena Pereira Gomes

Faculdade Pitágoras
São Luís-MA

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica acerca da auditoria em enfermagem publicada em artigos nacionais relacionados à temática. Buscou-se realizar uma abordagem reflexiva da atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde, demonstrando o ambiente da auditoria hospitalar e a importância da atuação do enfermeiro auditor no acompanhamento e avaliações dos serviços prestados pela equipe de enfermagem. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica pelas bases de dados LILACS (Base de dados Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e outras fontes de pesquisas. Com o levantamento de trabalho e revisão bibliográfica destes, relata-se que a atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde tem como função realizar melhorias sob as falhas anteriormente cometidas na assistência, usando a ferramenta da educação, realizando o aprimoramento na qualidade assistencial registradas pelas equipes de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria. Assistência.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the scientific production about the nursing audit published in national articles related to the subject. We sought to carry out a reflexive approach to the nursing professionals' performance in the health audit, demonstrating the environment of the hospital audit and the importance of the nurse auditor's role in the follow-up and evaluations of the services provided by the nursing team. For tando, a bibliographic search was carried out using the LILACS (Scientific Electronic Library Online) and other sources of research. With the work survey and bibliographic review of these, it is reported that the nurse professional's role in the health audit is to perform improvements under previous failures in care, using the education tool, performing the improvement in the quality of care registered by the nursing teams.

KEYWORDS: Audit. Assistance. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A auditoria em saúde é um método de avaliar criteriosamente os serviços prestados pelos profissionais das equipes multidisciplinares. A atuação do profissional enfermeiro é de suma importância nos ambientes administrativos dos setores de saúde, pois o enfermeiro especializado e com experiência está apto a ler e compreender todo o serviço da equipe de enfermagem, como todos os cuidados prestados, as medicações e os procedimentos realizados nos pacientes.

Desse modo, a auditoria ser conceituada como: uma técnica contábil do sistemático exame dos registros, que visa apresentar conclusões, críticas e opiniões sobre as situações patrimoniais e aquelas dos resultados, quer formados, quer em processo de formação (PINTO, 2010, p. 14). Isto amplia a compreensão da ação do auditor para além da mera verificação dos fatos, introduzindo a noção do encaminhamento crítico dos resultados apurados.

Nesse sentido, a auditoria de enfermagem vem aparecendo e reforçando sua importância ao longo dos anos dentro das instituições hospitalares e operadoras de planos de saúde. Caracterizando-se como um processo de avaliação dos serviços prestados visando o controle e aprimoramento da equipe de saúde. Embora a auditoria seja uma prática originária da contabilidade impulsionada pelo modo de produção capitalista vem ganhando espaço e importância no setor hospitalar.

Na área da saúde a auditoria foi introduzida no início do século XX, como ferramenta de verificação da qualidade da assistência, através da análise de registros em prontuários. Atualmente, a auditoria é adotada como ferramenta de controle e regulação da utilização de serviços de saúde e, especialmente na área privada, tem dirigido o seu foco para o controle dos custos da assistência prestada (MOTTA, 2015, p. 34).

No âmbito hospitalar, a enfermagem é usuária da maior parte dos materiais de consumo, por isso a atenção aos custos envolvidos no processo de cuidar, no intuito de garantir a provisão e adequação dos materiais de uso e, principalmente, da qualidade da assistência de enfermagem. Nesse sentido, as principais finalidades da auditoria de enfermagem são identificar áreas deficientes dos serviços de enfermagem, fornecendo dados concretos para que decisões possibilitando melhorias do cuidado de enfermagem, daí a significativa importância do tema proposto, o papel do profissional de enfermagem no cuidar. Tanto no trato direto com o paciente quanto em processos administrativos para melhoria dos serviços prestados, aprimoramento da equipe e controle de custo e gasto relacionados aos processos hospitalares.

Desse modo, o objetivo desse artigo é analisar a produção científica acerca da auditoria em enfermagem, buscando realizar uma abordagem reflexiva da atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde, demonstrando o ambiente da auditoria hospitalar e a importância da atuação do enfermeiro auditor no acompanhamento e avaliações dos serviços prestados pela equipe de enfermagem. Sobretudo, os serviços relacionados ao combate do desperdício de materiais hospitalares que se constitui como problema da pesquisa.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo descritivo a fim de análise das publicações sobre o papel do enfermeiro auditor nos processos de dispensa de materiais hospitalares. A revisão bibliográfica seguiu as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), durante o período de agosto de 2018 a setembro de 2018 considerando os seguintes métodos de pesquisa: auditoria de enfermagem, enfermagem, auditoria clínica.

Para construir o artigo foram selecionadas as publicações que atenderam os seguintes critérios: disponíveis online na íntegra, que abordassem a temática, no idioma português e de acesso gratuito. Foram excluídas publicações incompletas, duplicadas, e que não responderam o tema da pesquisa.

Com a seleção das publicações a análise das mesmas foi feita de forma gradativa, elencando as hipóteses e objetivos de cada uma para atender ao objetivo proposto pela pesquisa que é analisar a produção científica acerca da auditoria em

enfermagem, buscando realizar uma abordagem reflexiva da atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde e responder à problemática: como o enfermeiro auditor pode ajudar a combater o desperdício de materiais hospitalares?

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A auditoria é um ramo da contabilidade, mas a utilização está presente em uma variedade de profissões, como na área da saúde. Na área da enfermagem, nota-se o seu crescimento por conta da necessidade das instituições de saúde para com esses profissionais, somando o profissional enfermeiro auditor que realiza a auditoria dos processos de enfermagem, e o profissional médico auditor que audita os processos médicos, visando à melhoria e controle dos serviços prestados (DIAS et al., 2011, p. 932).

Assim, auditoria hospitalar surgiu com o objetivo de avaliar a eficácia e a efetividade dos processos nas diversas áreas de um determinado hospital, averiguar os serviços disponibilizados realizando o controle da sua qualidade e o cumprimento das normas e leis estabelecidas. A auditoria na saúde é uma forma de controlar e informar à gestão administrativa hospitalar sobre a eficiência, a eficácia e as falhas cometidas nos processos operacionais, tendo como objetivo apontar sugestões e soluções para os empecilhos surgidos.

Constituindo-se desse modo, como uma importante ferramenta para mensurar a qualidade do trabalho das equipes multidisciplinares, especificamente na equipe da enfermagem, na qual o enfermeiro auditor, tem como objetivo apresentar dados das melhorias na assistência prestada, descrita nos registros de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009, p. 314). Assim como acompanhamento e levantamento de dados relacionados a distribuição de materiais e medicamentos hospitalares visando o não desperdício e a otimização do serviço prestado.

Segundo Souza (2010), as ferramentas para o bom desenvolvimento do enfermeiro auditor é necessário que alguns indicadores sejam levados em consideração, tais como: as anotações de enfermagem, devem ser claras, precisas, legíveis, e descritas de forma a contar todos os procedimentos realizados ao paciente, intercorrências e queixas, o estado de saúde do paciente e o estado emocional de sua família, o processo de enfermagem, rotinas e descrição dos procedimentos, protocolos, como os de troca de sondas/cateteres, diluição de medicamentos, preparo para exames, entre outros (SOUZA, 2010, p. 77).

Nesse contexto, atendendo a demanda de mercado as instituições hospitalares precisam aumentar sua receita, e as operadoras, diminuir seus custos, mediante a necessidade de tornar os serviços de saúde viáveis por questões econômicas. E para tanto, a necessidade de planejar os processos burocráticos e assistenciais

mostra, acerca de custo, benefício e de demanda, a necessidade de profissionais qualificados para esse trabalho. Segundo Leopardi:

Assegurar o cuidado à saúde gera custo, e, para maior controle, os estabelecimentos de saúde contam com o serviço de auditoria. Gestores dos serviços de saúde preocupam-se com os meios para a assistência em saúde, e incorporaram a auditoria nas rotinas institucionais, especialmente a auditoria de enfermagem que imprime padrões mais minuciosos de controle, de modo que, na avaliação de ações para qualidade, vislumbramos desafios e oportunidades (LEOPARDI, 2013, p. 22)

Sendo assim, o enfermeiro constitui-se como o agente necessário para viabilizar os cuidados e facilitar as relações da equipe multidisciplinar com a pessoa sob cuidados de enfermagem. Nesse sentido, a AE emergiu e é definida como modo de avaliação sistêmica da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao enfermo, pela análise do prontuário, denominada Auditoria Retrospectiva (ou pós evento), ou pelo acompanhamento do enfermo *in loco*, definida como Auditoria Concorrente. Outra modalidade é a Auditoria Prospectiva, que consiste em avaliar previamente os procedimentos antes de sua execução (LEOPARDI, 2013, p. 25).

Como requisitos essenciais ao funcionamento da auditoria de enfermagem, destacam-se: serviços de enfermagem com objetivos claros, precisos e mensuráveis, permitindo combinar as condições de pessoal, ambiente e equipamento com a situação do paciente e compará-los a padrões estabelecidos ou expectativas, percepção da assistência ao paciente como responsabilidade multiprofissional e não apenas de um elemento isolado. O trabalho de todos deve ser avaliado, cada um dentro de sua especialização, estrutura administrativa que permita a enfermagem planejar, implementar, coordenar e controlar suas atividades com o objetivo de oferecer melhor atenção ao paciente, estabelecimento de um guia que permita identificar problemas no serviço para sua devida correção. (RIBEIRO, 2016, p. 54).

Por meio da auditoria de enfermagem, é possível analisar importantes aspectos da assistência, sejam implicados com a qualidade do procedimento desenvolvido, seu registro ou os custos envolvidos relacionados a materiais e medicamentos. Nesse sentido, é de fundamental importância um profissional qualificado capaz de atender a demanda da unidade de saúde, bem como, capaz de implantar medidas de controle eficiente para impedir os desperdícios e os desvios de medicamentos e materiais.

Através da auditoria de enfermagem é possível observar desperdícios de medicamentos, de materiais relacionados aos procedimentos desenvolvidos nos pacientes. O controle através de análises das anotações de enfermagem possibilitam o mapeamento do uso desses matérias e possíveis extravios, uma vez que a auditoria de enfermagem tem como função a captação de dados capazes de melhorar o atendimento dos pacientes e apontar formas mais rentáveis de captação

ou economia de recursos econômicos para as empresas hospitalares. Segundo Pinheiro:

Com a globalização e o atual cenário político financeiro do país, o setor de saúde passou a procurar novas alternativas para a gestão, com o foco na necessidade das organizações de saúde adaptar-se a um mercado cada vez mais competitivo. A necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes (PINHEIRO et al., 2009, p. 119).

O serviço de auditoria na maioria das vezes esteve associado ao controle administrativo-financeiro das organizações. Como erros em cobranças, ocasionando prejuízo financeiro à instituição de saúde, à falha de registros de materiais e medicamentos utilizados, tanto pela equipe de enfermagem quanto médica. Nesse caso, a auditoria que visa à diminuição de perdas financeiras é de grande relevância, porém não deve ser a prioridade em auditoria em saúde para não haver perda de seu objetivo, que é a garantia da qualidade de assistência ao paciente (RIBEIRO, 2016, p. 56).

De acordo com Nunes e Carvalho (2006) ser enfermeiro auditor significa ser parceiro gerador de soluções, podendo fornecer aconselhamento e recomendações para outros. Este deve ser aquela pessoa que diagnostica problemas e propõe soluções, atendendo às necessidades do ambiente, funcionários e clientes. Este auditor pode possibilitar o desenvolvimento de processos de melhoria contínua, permitindo uma melhor assistência aos clientes.

Relacionada à enfermagem a auditoria refere-se à avaliação e revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência, sendo, portanto, uma atividade dedicada à eficácia dos serviços através da utilização instrumentos o controle e a análise de registros (LEORPADI, 2013, p. 32).

Todos os procedimentos e ações de enfermagem geram custos e o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto durante a assistência de enfermagem prestada, evitando glosas, é pela realização adequada das anotações de enfermagem, sendo estas de grande importância para mostrar o cuidado prestado aos pacientes e possibilitando maior controle dos materiais e medicamentos utilizados. Segundo Motta:

A finalidade da auditoria em enfermagem, na atualidade, está relacionada principalmente à comprovação de pagamento de contas hospitalares, revendo glosas por meio da elaboração de relatórios técnicos e realizando negociações entre representantes do hospital e de convênios associado à primeira finalidade, a intenção é apontar inadequações da assistência de enfermagem, reformulando suas práticas, indicando processos de educação em serviço e delineando ações

corretivas (MOTTA, 2015, p. 34)

É responsabilidade do enfermeiro o planejamento e organização da unidade e do trabalho da equipe de enfermagem, o que inclui maior atenção ao registro da história do paciente no seu prontuário, visando à diminuição dos desperdícios e maior qualidade do atendimento. Nesse contexto, pode observar a prescrição de medicamentos e materiais utilizados para determinado procedimento em determinado paciente, podendo dessa forma apurar discordância do que está sendo usando com o que está sendo solicitado a equipe da farmácia por exemplo.

Desse modo, o enfermeiro auditor tem papel fundamental no trato do paciente, bem como, relaciona-se diretamente com as diretrizes econômicas da unidade de saúde. Desse modo, a auditoria de enfermagem constitui-se enquanto processo educativo fornecendo contribuições a implantação e gerenciamento de uma assistência de enfermagem mais segura, ágil, criativa, eficaz e eficiente, visando à redução dos desperdícios com medicamentos e materiais, para isso é importante a revisão das rotinas e implantação de programas de treinamento para conscientização da equipe de enfermagem quanto à importância dos recursos financeiros do hospital.

O trato direto com os registros de enfermagem faz com que o enfermeiro auditor seja capaz de perceber erros nas anotações e defasagem em relação a qualidade do atendimento, bem como, o uso de materiais. Segundo Dias (2011), em relação às anotações de enfermagem os principais problemas são:

Solicitação e aprazamento da administração de medicamentos

Letra pouco legível e rasuras

Falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem

Anotações extensas e pouco específicas

Condições de pacientes, necessidades terapêuticas, organização da unidade e conforto do paciente

Falta de registro/registros incompletos da realização de curativos

Anotações por turno e não por horário

tabela 1: Distorções nas anotações de enfermagem mais frequentes

Fonte: DIAS, Teresa Cristina. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Revista Brasileira, 2011.

O mesmo autor aponta em estudo que os problemas encontrados pelas auditorias em coleta de dados realizadas em hospital público no Acre, existem 491 distorções, sendo 20,2% em Enfermagem: 15,1% ocorreram na administração de medicamentos e 34,3% em anotações. As regras de anotações não veem

sendo seguidas pelos profissionais de enfermagem, colocando em risco paciente, profissional e a própria instituição (DIAS, 2011, p.12).

Observa-se a partir desse estudo a deficiência existente no controle das anotações e a importância do mapeamento das anotações pela auditoria, apontando os erros existentes possibilitando a melhora no atendimento e no controle da equipe tanto em relação às anotações como em relação ao uso dos medicamentos. Nesse sentido, a auditoria pode propor ações de educação continuada sobre os registros de enfermagem para a diminuição dos problemas com as anotações de enfermagem, bem como, à promoção do conhecimento e à sensibilização da equipe de enfermagem para a importância da comunicação escrita, e para o fato de que os registros são a expressão do cuidado produzido, ou seja, refletem a qualidade da assistência e através dele pode-se observar formas de diminuir os custos relacionados ao cuidado como o paciente.

4 | CONCLUSÃO

A auditoria e enfermagem é um processo exigente. Requer dinamização constante de toda equipe de enfermagem, atenção sempre voltada para o desempenho das ações de enfermagem, integração na equipe, visando os interesses convergidos num ponto focal. Este tem a propriedade de produzir abertura através dos objetivos que norteiam o desempenho das ações profissionais em busca da melhor qualidade no atendimento do ser humano.

A auditoria em enfermagem como entidade da administração do serviço de enfermagem, constitui atualmente um recurso técnico disponível aqueles profissionais que almejam conquistar o desempenho qualitativo aprimorado aos seus clientes. Está diretamente relacionado a qualidade do cuidado do paciente, assim como, a diminuição e controle dos gastos das instituições de saúde.

Nessa prerrogativa, o enfermeiro auditor tem a possibilidade de melhorar o atendimento da instituição, dinamizar o atendimento de forma satisfatória para o cliente e para a instituição através da identificação de possíveis erros e prejuízos relacionados ao mal-uso de matérias e medicamentos através das análises das anotações de enfermagem.

Nesse contexto, a pesquisa identificou os principais erros relacionados as anotações da equipe de enfermagem, bem como, apontou a importância do enfermeiro auditor para melhorar o atendimento mesmo na identificação dos erros nas anotações. Além de apontar medidas capazes de corrigir os erros através da educação continuada e da conscientização da equipe em relação ao desperdício.

Vale ressaltar a escassa demanda de trabalhos relacionados à auditoria de enfermagem voltada para a dispersão de materiais e medicamento. A maioria trata

sobre o papel do auditor relacionada a análise de anotações em focar de fato no uso dessas análises para a instituição de saúde e para a qualidade do atendimento ao paciente direcionando para o uso de matérias e medicamentos, como a má distribuição e a falta de medicamentos por desperdício por exemplo.

Por conta disso, a sugestão para a nova temática, a análise de casos de auditoria de enfermagem relacionadas a dispersão de medicamentos e materiais em hospitais públicos, para que se possa perceber os gastos relacionados a esses setores e o uso eficiente do dinheiro público.

REFERÊNCIAS

MOTTA ALC. Auditoria **de Enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. 5ª ed. São Paulo: Iátria; 2015.

DIAS, L. et al. **Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Brasília – DF, n.64., set-out. 2011. Disponível em: <https://www.uninter.com> Acesso em: 23 ago. 2018.

SETZ, V.; D'INNOCENZO, M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Revista ACTA Paulista de Enfermagem, São Paulo – SP, n 22, p. 314, fev. 2009. Disponível em: Acesso em: 27 ago. 2018.

SOUZA, L.; DYNIEWICZ, A.; KALINOWSKI, L. **Auditoria: uma abordagem histórica e atual**. Revista de Administração em Saúde - RAS, Curitiba – PR, n.47, abr.-jun. 2010.

LEOPARDI, Fernando. **AUDITORIA EM ENFERMAGEM: desafios e competências profissionais**. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication>. Acessado em: 29 ago 2018.

BANDEIRA RP. **O papel do enfermeiro na auditoria hospitalar**. Rev. Enferm. REBES., Pombal. 2015 Out [citado 2016 Abr 07]; 5(4): 11-16

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de Pessoal nos Hospitais**. 5. ed. São Paulo, LTr, FENAME, 2016.

CAPÍTULO 18

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIAS VISANDO O AUTOCUIDADO NO DOMICÍLIO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Natália Machado Passos da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(ENF-UERJ)
Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1340928313116152>

Rafaele de Oliveira Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(ENF-UERJ)
Rio de Janeiro. Brasil

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

ENF/UERJ
Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro. Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5649276239696033>

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Universidade Veiga de Almeida
Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9115857306918225>

RESUMO: Objetivos: Identificar as orientações fornecidas aos pacientes de cirurgia geral visando o autocuidado no domicílio e analisar as repercussões das orientações de enfermagem para o bem-estar destes pacientes no domicílio. **Método:** Estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido com 14 pacientes em pós-operatório tardio. O instrumento de coleta foi à entrevista semiestruturada e os dados foram tratados por meio da análise temática de conteúdo. **Resultados:** Emergiram duas categorias empíricas: percepção dos pacientes em situação cirúrgica sobre as orientações perioperatórias e orientações perioperatórias e as repercussões para o autocuidado domiciliar. **Conclusão:** Em sua maioria as orientações foram realizadas pela equipe médica e/ou por meio da utilização de impressos informativos. A consulta de enfermagem, quando efetuada, exerceu papel primordial no esclarecimento de dúvidas e orientações para o autocuidado. As orientações repercutiram positivamente na vida dos pacientes, pois favoreceram que os pacientes retornassem ao domicílio confiantes e tranquilos com vistas à execução do autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Cirurgia Geral; Educação em Enfermagem; Autocuidado.

PERIOPERATIVE NURSING GUIDELINES AIMING AT SELF-CARE AT HOME

ABSTRACT: Objectives: To identify the guidelines provided to patients with general surgery aiming at self-care at home and to analyze the repercussions of nursing guidelines for the well-

being of these patients at home. Method: Qualitative and descriptive study, developed with 14 patients in the late postoperative period. The collection instrument went to the semi-structured interview and the data were treated through thematic content analysis. Results: Two empirical categories emerged: perception of patients in surgical situation about perioperative orientations and perioperative orientations and the repercussions for home self-care. Conclusion: Most of the orientations were carried out by the medical team and/or through the use of informative forms. The nursing consultation, when performed, played a primary role in clarifying doubts and guidelines for self-care. The guidelines had a positive impact on the patients' lives, as they favored that patients should return to the home confident and calm with a view to performing self-care.

KEYWORDS: Perioperative nursing. General surgery. Education, nursing. Self-care.

INTRODUÇÃO

No que concerne as competências do enfermeiro no contexto cirúrgico, a orientação é um cuidado de enfermagem imprescindível que assegura o bem-estar e a adaptação do cliente à sua condição de saúde, seja ela temporária e caracterizada pelas alterações orgânicas compreendidas nos períodos pré, trans e pós-operatório; ou permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico gerou⁽¹⁾.

As pessoas ao se apropriarem de conhecimentos voltados para o entendimento do processo saúde-doença tendem a se sentirem mais seguras e também compreendem os riscos e os cuidados que envolvem o período perioperatório. Além disso, obtêm esclarecimentos acerca de suas dúvidas e, provavelmente, entendem melhor os seus medos no que concerne ao procedimento cirúrgico, como também poderão se autocuidarem com mais segurança e tranquilidade durante todo este período⁽¹⁾.

O autocuidado é uma prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar⁽²⁾. Porém, para que o cliente exerça essa prática são necessárias condições preliminares, e uma delas é a orientação para a saúde, além de se considerar fatores como: idade, experiência de vida, nível socioeconômico do público alvo e recursos disponíveis para desenvolvê-lo⁽³⁾. A equipe de enfermagem deve estar alerta para todas estas questões e precisa oferecer espaço para que o cliente fale sobre seus sentimentos e medos que, muitas vezes, impedem ou dificultam que o paciente participe do seu processo de cuidado e que se prepare para o autocuidado no domicílio⁽⁴⁾.

Considerando esta breve contextualização acerca de algumas especificidades da clientela em situação cirúrgica, apresenta-se como objeto deste

estudo as orientações de enfermagem fornecidas aos clientes de cirurgia geral visando o autocuidado no domicílio. A fim de apreender tal objeto elaborou-se as seguintes questões norteadoras: quais orientações de enfermagem são fornecidas aos pacientes de cirurgia geral visando o autocuidado no domicílio? Quais são as repercussões destas orientações para o bem-estar dos pacientes cirúrgicos que já estão nos seus domicílios? Para responder as questões norteadoras, traçaram-se os seguintes objetivos: Identificar as orientações fornecidas aos pacientes de cirurgia geral visando o autocuidado no domicílio e analisar as repercussões das orientações de enfermagem para o bem-estar destes pacientes no domicílio.

MÉTODOS

Pelo fato desta pesquisa envolver sentimentos, valores, percepções dos pacientes no período perioperatório sobre as orientações fornecidas pelos profissionais de enfermagem acerca do autocuidado no domicílio, considerou-se apropriado adotar uma abordagem metodológica do tipo qualitativa e descritiva⁽⁵⁾.

O cenário da pesquisa foi um ambulatório de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro. No setor de cirurgia geral deste hospital são realizados os seguintes procedimentos operatórios: colecistectomia, herniorrafia e hernioplastia, tireoidectomia, gastrectomia, hemorroidectomia, pancrectomia, esplenectomia e colectomia.

Os participantes da pesquisa foram pacientes que realizaram procedimento cirúrgico no referido centro-cirúrgico. Para esta participação foram utilizados três critérios de inclusão: paciente em período pós-operatório tardio com até dois meses de cirurgia; apresentar-se lúcido e com condições psicoemocionais para responder as questões da pesquisa. Os critérios de exclusão adotados foram: pacientes em pós-operatório imediato, mediado e tardio com mais de 2 meses de cirurgia. Norteados por tais critérios, contatava-se os pacientes que compareciam a consulta de revisão cirúrgica, realizando-se a coleta de dados em uma sala anexa do ambulatório de cirurgia, quando estes aceitavam participar da pesquisa. Esta sala oferecia um ambiente tranquilo e livre de interferências. Para delimitação do quantitativo de participantes utilizou-se o critério de reincidência de informações, resultando num total de 14 pacientes que colaboraram com o estudo.

Cabe ressaltar que este quantitativo de participantes não comprometeu a riqueza dos dados coletados, uma vez que se verificou que a partir da oitava entrevista, os conteúdos dos relatos começaram a se repetir⁽⁵⁾. Além disso, considera-se que o critério numérico dos participantes, numa busca qualitativa, se torna uma preocupação menor, porque o que é de maior relevância é a qualidade dos participantes, e não precisamente a quantidade ⁽⁵⁾.

A identidade dos participantes foi preservada por meio do uso de um código de identificação, o qual foi caracterizado pela utilização da letra “E” de entrevista, acompanhado por um número cardinal (1, 2, 3...), o qual significou a ordem cronológica de realização das entrevistas.

A coleta dos dados ocorreu de março a junho de 2014. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que se constituiu de um roteiro com perguntas abertas e fechadas, cuja primeira parte desse roteiro continha dados de identificação dos participantes seguidos de dados sobre o histórico de saúde. A segunda parte do instrumento constituiu-se de quatro questões abertas vinculadas à apreensão do objeto de estudo: I) Recebeu alguma orientação da equipe de enfermagem antes e/ou depois do momento cirúrgico? II) Discorra sobre as orientações que você recebeu antes de sua alta hospitalar. III) Fale sobre como tais orientações facilitaram e/ou dificultaram o seu autocuidado no domicílio. IV) Em sua opinião, que outras orientações deveriam ser dadas para facilitar o autocuidado no domicílio?

Para a análise dos dados empregou-se a técnica de análise temática de conteúdo, a qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽⁶⁾. Esta técnica foi sistematizada de acordo com a análise de conteúdo temático-categorial, que é compreendida como um processo através do qual o material empírico é cuidadosamente transformado e codificado em unidades de registro, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados.

Ressalta-se que para a elaboração da análise respeitou-se os seguintes passos: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados interferência e codificações⁽⁶⁾.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Após o tratamento dos dados coletados por meio da análise temática de conteúdo, emergiram 53 temas agrupados. A compilação destes temas fundamentou a construção de duas categorias empíricas, as quais objetivaram a sistematização dos resultados que obtiveram maior incidência no corpus analisado. Tais categorias foram intituladas: percepção dos pacientes em situação cirúrgica sobre as orientações perioperatórias e orientações perioperatórias e as repercussões para o

autocuidado domiciliar.

Categoria: Percepção dos pacientes em situação cirúrgica sobre as orientações perioperatórias

Esta categoria possui 30,5% (72) das Unidades de Registro captadas, a qual foi subdividida em quatro subcategorias.

Pacientes referem ter recebido orientações da equipe médica

Os resultados demonstram que a maioria dos pacientes receberam orientações perioperatórias, porém se verificou que a predominância das orientações não foi desenvolvida pela equipe de enfermagem e sim pela equipe médica. Esta questão se torna evidente com os discursos a seguir: *Foi o próprio médico que conversou comigo (E3). O médico que me orientou no dia da consulta e no dia da alta (E6). Foi à equipe médica que me orientou, o médico veio aqui e falou comigo (E9).*

Pacientes relatam a necessidade de procurar a equipe de enfermagem para esclarecer dúvidas

Constataram-se dúvidas acerca dos procedimentos e ações que deveriam ser desenvolvidos no período pós-operatório quando os participantes estivessem no domicílio. Verificou-se que tal situação ocorria quando as orientações não eram ofertadas na fase pré-operatória. Desse modo, os pacientes sentiam a necessidade de buscar informações com a equipe de enfermagem. *Tive algumas dúvidas, principalmente com o fato de poder deitar do lado operado. Tanto que hoje a enfermeira falou que eu já posso e já poderia deitar sobre o lado operado, mas fiquei com medo e não fiz. Se tivessem me dito antes da cirurgia, poderia ser mais tranquilo (E8). Reclamação eu não tenho, só acho que tem que melhorar, dar mais informações para não ficar perguntando a um e a outro. Tudo programadinho, com calma. Porque as dúvidas que ficaram, muitas, tive que procurar a enfermeira (E9).*

Pacientes declaram o recebimento de impresso contendo orientações perioperatórias

Nesta subcategoria destacou-se que muitos participantes relataram receber orientações em forma de um folheto explicativo, facilitando o cotidiano dos cuidados no domicílio, pois as orientações estavam disponíveis para serem consultadas a qualquer momento, ajudando no autocuidado. Os discursos a seguir ilustram esta análise: *Recebi orientação. Até porque eles dão um papel para a gente fazer o procedimento de curativo, a limpeza, a higiene, tudo direitinho. Este folheto é de uma atividade que os professores fazem com alunos aqui (E4). Todas as orientações são dadas sim, inclusive eles dão uma relação por escrito do que pode e do que não pode fazer (E5).*

Pacientes referem ter recebido orientação da equipe de enfermagem

Este tema permitiu captar como os pacientes percebiam as orientações de enfermagem ofertada pelas enfermeiras: *Uma enfermeira daqui falou comigo quando eu cheguei ao centro cirúrgico, ela me orientou sobre algumas coisas de forma bem rápida (E1). Antes da cirurgia eu não fui orientada não, mas depois eu fui sim, pela enfermeira (E8). A enfermagem me orientou sim, mas depois da cirurgia, quando já estava de alta [...] (E12)*

Categoria: Orientações perioperatórias e as repercussões para o autocuidado domiciliar

Esta categoria foi composta por 69,5% (163) das Unidades de Registro, as quais auxiliaram na captação das orientações que foram ofertadas aos participantes e as repercussões das orientações para o processo saúde-doença dos pacientes e para a recuperação cirúrgica no domicílio. Essa categoria também foi dividida em quatro subcategorias.

Pacientes referem que as orientações fornecidas foram suficientes para se autocuidarem no domicílio

Nesta subcategoria os pacientes que foram orientados citaram o conteúdo das orientações fornecidas, destacando-se: o cuidado com a ferida cirúrgica (limpeza, curativo, proteção); as recomendações sobre a impossibilidade do uso de substâncias tóxicas/psicoativas (álcool, drogas, tabaco); a higiene pessoal; a alimentação adequada e o período necessário para o jejum; a necessidade de repouso; a impossibilidade ou restrição de esforço físico; e as orientações específicas para cada tipo de cirurgia. O depoimento a seguir ilustra este resultado: *As enfermeiras me orientaram quanto à comida, quanto à atividade que devia fazer após a operação, do tipo não pegar peso, a limpeza do curativo, a higiene, tudo direitinho (E4). Me orientaram quanto a alimentação, como levantar da cama, o jeito certo para eu levantar e não forçar, lavar a cirurgia com sabão e depois com álcool a 70%, fazer o curativo e evitar pegar peso (E5). [...] o médico me explicou o que fazer com o curativo, lavar com aquele sabonete antisséptico, depois passar o álcool a 70% e fazer o curativo depois (E9).*

Pacientes relatam as orientações acerca dos cuidados com a ferida operatória

Os participantes ressaltaram a importância das orientações recebidas para a prevenção de complicações pós-operatórias. Desse modo, eles salientaram a evolução satisfatória do processo de cicatrização da incisão cirúrgica e a ausência de complicações na ferida como as infecções do sítio cirúrgico. Os depoimentos a seguir evidenciam tal situação: *Essas informações foram importantes, porque eu vim tirar os pontos e os pontos estavam sequinhos. Não teve dano nenhum,*

foi tudo normal. Foi ótimo (E1). Minha recuperação foi tranquila, não fiquei com nenhuma dúvida porque me explicaram tudo direitinho, tanto que meus pontos estão sequinhos, porque quando a pessoa desobedece às orientações inflama a ferida da cirurgia (E2). Com certeza as orientações foram muito importantes, me ajudaram principalmente na questão da limpeza. Fui orientada a deixar arejado, que era para os pontos ficarem mais sequinhos para ter uma cicatrização melhor (E8).

Pacientes referem orientações sobre a impossibilidade de esforço físico

Nos depoimentos captaram-se grande incidência da orientação sobre a impossibilidade do esforço físico, de restrições de atividades cotidianas, como e quando retornar as atividades laborais. Os participantes declararam que a partir de tais orientações foi possível retornarem as atividades laborais de forma rápida e sem intercorrências. *Orientaram-me a fazer muito repouso e, atividade física, só quando eu retornasse a consulta (E2). O médico falou que eu tenho pelo menos três meses para voltar ao trabalho e evitar pegar peso, evitar subir escada quando do retorno ao trabalho. Ou seja, voltar com calma e aos poucos (E5). O médico me falou que eu não poderia abaixar, pegar peso, subir escada, essas coisas eu não posso fazer. Eu creio que seja até tirar os pontos, porque até eu mesma fico com medo (E8).*

Pacientes declaram que as orientações foram importantes para a prevenção de complicações

Sobre as orientações recebidas, houve alusão positiva a elas, pois os participantes consideraram importante para o autocuidado no domicílio. Eles inferiram sobre a qualidade das orientações recebidas e sobre a boa atuação dos profissionais que as forneceram. *Não tenho o que reclamar, fui muito bem atendido e bem orientado. Tive um bom atendimento, os médicos são excelentes, fora a equipe toda (E5). Eu achei importante porque me ajudou na recuperação. A recuperação foi rápida, correu tudo bem, não senti nada na recuperação (E10). Para mim não faltou nada, fui muito bem cuidada. E as orientações foram muito boas para eu me cuidar em casa. Acho que não faltou nada, nem no cuidado anterior, nem nos cuidados em casa (E 11).*

DISCUSSÃO

A experiência cirúrgica pode facilitar ou não a recuperação e/ou a readaptação à nova condição de saúde. Quando o indivíduo já vivenciou esse tipo de experiência, sendo ela positiva ou negativa, não significa que haverá diminuição ou aumento do medo e da ansiedade nos próximos procedimentos cirúrgicos. Assim, as orientações oferecidas no momento perioperatório, especialmente na fase pré-operatória é de suma importância, considerando inclusive, a empatia da equipe, a comunicação

utilizada e a atenção às inquietações e dúvidas dos pacientes. A cada experiência cirúrgica é preciso empreender novo processo de orientação, pois o ser humano está em constante transformação e, de outro modo, o procedimento operatório e as tecnologias evoluem rapidamente, sendo assim, há de se fornecer orientações para minimizar complicações, temores, dúvidas e ajudar no autocuidado⁽⁷⁾.

Muitos depoimentos evidenciaram que o profissional médico foi o que forneceu as orientações. Contudo, apreendeu-se que tais orientações estavam focadas no procedimento cirúrgico e na terapêutica medicamentosa. Em um estudo que objetivou captar o ponto de vista de pacientes sobre o processo cirúrgico, o resultado mostrou-se aproximado ao encontrado no presente estudo. Isso é, os profissionais orientavam sobre o processo de internação e o tratamento prescrito durante este período, a prescrição de medicações e exames⁽⁸⁾.

No entanto, verificou-se que a preocupação com o indivíduo como um todo, ainda não é predominante na atuação dos profissionais da saúde. Há de se fornecer um cuidado integral, que leve em consideração o indivíduo e sua relação com o trabalho, a família, a especificidade do seu processo saúde-doença. Nesta perspectiva, assevera-se que a maioria dos profissionais possui formação predominantemente voltada para o modelo biomédico, centrado no diagnóstico e tratamento das doenças, carecendo incorporar uma prática ampliada de cuidados⁽⁹⁾.

Identificou-se que os participantes, quando inseguros em relação aos cuidados a serem desenvolvidos no domicílio, reportaram-se à enfermagem para esclarecê-los e orientá-los. Salienta-se que a procura pela enfermagem para receberem tais orientações é um fato positivo, pois há confiança e uma proximidade nessa relação enfermeira-paciente. No entanto, há de se refletir que cabe a enfermeira se antecipar no atendimento das necessidades afetadas dos pacientes, por meio de uma anamnese bem direcionada e aplicada às ações de enfermagem⁽⁸⁾.

Ademais, espera-se que todo e qualquer contato da equipe de enfermagem com o usuário do serviço de saúde, estando ele doente ou não, seja uma oportunidade de educação para a saúde. Apesar de o paciente ter todo o direito de decidir se quer ou não incorporar as orientações no seu estilo de vida. Assim, o enfermeiro, como educador, age no preparo do indivíduo para o autocuidado e não para a dependência⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Por outro lado, é preciso refletir que o papel de educador do profissional de enfermagem vem sendo negligenciado ou posto em segundo plano. Pois, o processo de trabalho e a organização laboral do sistema de saúde pública, da forma como vem se configurando, têm dificultado o desenvolvimento deste cuidado. A falta de pessoal é um entrave para que as orientações aconteçam adequadamente, uma vez que frequentemente elas são desenvolvidas de forma mecanizadas. Além disso, o despreparo dos profissionais para lidarem com a subjetividade dos pacientes, o

baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, o desrespeito aos direitos dos usuários, são alguns motivos que colocam as orientações para a saúde em segundo plano na oferta de cuidados de enfermagem perioperatórios⁽⁹⁾.

No entanto, captou-se sentimento de satisfação com as orientações oferecidas por alguns participantes, pois estes declararam que elas foram suficientes para eles se cuidarem no domicílio. Desse modo, constata-se que as orientações favorecem um elo de comunicação entre o paciente e o enfermeiro, e visam mantê-lo informado acerca de suas necessidades no período perioperatório, facilitam o desenrolar do seu cotidiano em casa, ajudando a retornarem a rotina de vida anterior ao procedimento cirúrgico⁽¹¹⁾.

Há várias estratégias para ajudar na apreensão do conhecimento fornecido pelos profissionais de enfermagem, por exemplo, reuniões semanais com grupos de pacientes que se encontram no período pré-operatório e orientações individuais voltadas para os pacientes que se encontram de alta hospitalar. Para tanto, utilizam-se vídeos, materiais instrutivos, relatos de experiência, que abordem pontos fundamentais para o autocuidado, como: cuidado com a incisão cirúrgica e o curativo, a alimentação, o retorno à atividade sexual e à atividade produtiva, atenção às funções vesicointestinais e orientações acerca de possíveis complicações cirúrgicas inerentes à intervenção cirúrgica⁽¹²⁾.

Verificou-se que um número significativo de participantes era orientado após a cirurgia e no próprio dia da alta hospitalar. Sabe-se que o cuidado de enfermagem carece de planejamento, de execução e de avaliação. E, no caso das orientações fornecidas no momento da alta, ela não conta com este espaço de tempo para avaliar se as orientações foram apreendidas. Assim, o ideal é que o processo de orientação seja contínuo ao longo do período perioperatório. Por outro lado, quando se orienta o paciente após a cirurgia, há uma elevada chance das orientações não serem devidamente apreendidas, pois o paciente está mais preocupado com o resultado da cirurgia e com as repercussões do procedimento cirúrgico⁽¹²⁾.

A consulta de enfermagem no período perioperatório é um excelente meio para fornecer orientações, detectar complicações precocemente, consolidar orientações, criando um vínculo de confiança e segurança entre enfermeira, paciente e família. Desse modo, ratifica-se que a consulta de enfermagem está contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do exercício profissional nº 7.498/86, na qual consta que: a consulta de enfermagem se dá, rotineiramente, entre o profissional e o cliente, em interação face a face, afirmando com isso que se deve encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal⁽¹³⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto cirúrgico, por meio da consulta de enfermagem, precisa ser amplamente aplicada, pois ela

resulta em repercussões positivas tanto para a qualidade do serviço quanto para a saúde dos pacientes. Cabe destacar um estudo que aborda que a não adesão ao método da Sistematização da Assistência de Enfermagem ocorre devido às dificuldades encontradas para sua implementação, entre as quais se pode exemplificar: sobrecarga de funções, insuficiência quantitativa de profissionais, instrumentos gerenciais e assistenciais inadequados, necessidade de atualização dos conhecimentos científicos e reduzida autonomia da enfermagem⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A consulta de enfermagem é um momento de desenvolvimento das orientações de enfermagem no qual se estabelece um vínculo com o paciente e se pode reconhecer suas diferentes necessidades. Portanto, deve ser desenvolvida por meio de uma comunicação clara e voltada para o nível sociocultural e educacional do paciente, assim como para a especificidade de saúde-doença de cada indivíduo a ser orientado. Desse modo, há mais chances do paciente apreender as orientações e desenvolvê-las, garantindo maior sucesso no processo de autocuidado, bem como contribui para minimizar medos, angustia, ansiedade, reduzindo assim, as possibilidades de complicações pós-operatórias⁽¹¹⁾.

Neste sentido, faz-se mister que os enfermeiros privilegiem as orientações cirúrgicas, inclusive, visando o autocuidado no domicílio. Assim, recomenda-se que estas orientações abordem o cuidado com a ferida operatória; como e quando retomarem as atividades de vida diária e o trabalho; o retorno à atividade sexual; orientações sobre ingestão hídrica e reforço das orientações nutricionais; possíveis complicações pós-operatórias que podem ocorrer; retorno às consultas; entre outras orientações como as relativas à administração das medicações.

No que diz respeito aos cuidados com a ferida operatória, os pacientes relatam que este cuidado foi fundamental, pois minimizou os riscos e angustias na realização do curativo domiciliar. O curativo do sítio cirúrgico é um procedimento realizado ao final do ato cirúrgico, feito com a intenção de prevenir a entrada de bactérias através da incisão cirúrgica, além de absorver exsudato e conferir sustentação física à ferida. Assim, a maneira como se cuida desse curativo pode otimizar o processo de cicatrização, prevenindo complicações pós-operatórias^(3,16).

Assevera-se que a função de educador, atribuído ao enfermeiro, deve ser desenvolvida na graduação, desde períodos mais precoces do curso, proporcionando a este profissional destreza em tal atividade. Pois, nela está implicado a comunicação, a empatia, aplicação de princípios científicos, de um método sistematizado de atuar. Assim, são muitos instrumentos imateriais envolvidos nesta tarefa que devem ser apreendidos paulatinamente no futuro profissional, a fim de que as orientações se desenvolvam com excelência, objetivando o bem-estar do cliente e a excelência da assistência de enfermagem⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

As orientações fornecidas aos pacientes em situação cirúrgica, em sua maioria, eram realizadas pela equipe médica e/ou por meio de impressos informativos, porém destaca-se que a consulta de enfermagem, quando realizada, exerceu um papel primordial no esclarecimento de dúvidas e orientações para o autocuidado. As orientações repercutiram positivamente na vida dos pacientes, uma vez que foram consideradas suficientes para o retorno ao domicílio de forma confiante e tranquila, com vistas ao desenvolvimento do autocuidado e prevenção de complicações pós-operatórias. Sendo assim, conclui-se que a enfermagem exerce papel fundamental no processo de recuperação cirúrgica, cujas orientações são imprescindíveis para garantir o bem-estar, o autocuidado e a independência dos pacientes.

Como limitação desta pesquisa cita-se o quantitativo reduzido de participantes (14), número que impede a generalização dos resultados. Dessa forma, sugere-se que objeto possa ser investigado com um número mais alargado de participante e em outros cenários.

Considera-se que este estudo possa contribuir para estimular os profissionais de enfermagem a desenvolverem, cada vez mais, o papel de educador em seu cotidiano laboral, de forma sistematizada, humanizada, ética e científica, uma vez que a experiência cirúrgica é permeada por diversos sentimentos e dúvidas que podem impactar negativamente na experiência perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. FREITAS, N. Q.; DISSEN, C. M.; SANGOI, T. P.; BECK, C. L. C.; GOULART, C. T.; MARION, R. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem. **Rev Cont Saúde**. Rio Grande do Sul, v. 10, n. 20, p. 1133-6, 2011.
2. CRUZ, T. A.; CARVALHO, A. M. C.; SILVA, R. D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Rev Enf Cont**. Bahia, v. 5, n. 1, p. 96-108, 2016.
3. MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; LEITE, G. F. P. Défis e competências do cliente portador de infecções de sítio cirúrgico. **Rev Enferm UFPE on line**. Pernambuco, v. 5, n. 10, p. 2470-8, 2011. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2038/pdf_725
4. BASTOS, A. Q.; SOUZA, R. A.; SOUZA, F. M.; MARQUES, P. F. Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. **Cienc Cuid Saude**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 382-90, 2013.
5. MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, metodologia e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 2012.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2012.

7. ASCARI, R. A.; NEISS, M.; SARTORI, A. A.; SILVA, O. M.; ASCARI, T. M.; GALLI, K. S. B. Perceptions of surgical patient during preoperative period concerning nursing care. **Rev Enferm UFPE on line**. Pernambuco, v. 7, n. 4, p. 1136-44, 2013. Available from: file:///C:/Documents%20and%20Settings/res_temp_nesa/Meus%20documentos/Downloads/4220-38957-1-PB.pdf
8. SILVA, J. P.; YONEDA, E. R. P.; SARAGIOTTO, I. R. A.; HAYASHI, J. M.; GARANHANI, M. L. Cuidado perioperatório ortopédico: olhar do paciente equipe de enfermagem e residentes médicos. **Semina: Cienc Biol Saúde**. Londrina, v. 36, n. 1, p. 43-54, 2015.
9. FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERE, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Cienc saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-78, 2015.
10. TELES, A. A. S.; ELTINK, C. F.; MARTINS, L. M.; LENZA, N. F. B.; SASAKI, V. D. M.; SONOBE, H. M. Mudanças físicas, psicossociais e os sentimentos gerados pela estomia intestinal para o paciente: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**. Pernambuco, v. 11, n. (Supl. 1), p. 1061-72, 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9476/pdf_2310
11. FERREIRA, M. B. G.; FELIX, M. M. S.; GALVÃO, C. M. Nursing care in the perioperative period for patients undergoing bariatric surgery. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 710-9, 2014.
12. SANTOS, D. R. F.; SILVA, F. B. L.; SALDANHA, E. A.; LIRA, A. L. B. C.; VITOR, A. F. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf**. Goiás, v. 4, 3, p. 690-701, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a27.htm>.
13. SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC**. São Paulo: Manole; 2013.
14. VASCONCELOS, A. S.; ARAÚJO, E. A. G.; BARBOSA, V. F. B.; SOBRAL, L. V.; LINHARES, F. M. P. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória em cirurgia de cavidade oral ambulatorial. **Rev SOBECC**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2014.
15. FERREIRA, E. B.; PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S.; ALMEIDA, C. C. O. F.; TALEB, A. C. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 86-92, 2016.
16. SILVA, C. G.; CROSSETTI, M. G. O. Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 182-89, 2012.
17. MEKARO, K. S.; OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Concepções das práticas educativas dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 749-55, 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/21942/pdf_242

CAPÍTULO 19

PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE PAPILOMAVÍRUS HUMANO E A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 24/07/2020

Antônia Samara Pedrosa de Lima

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte -CE
<http://lattes.cnpq.br/3697066198788503>

Alyce Brito Barros

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte -CE
<http://lattes.cnpq.br/0484138964834497>

José Rafael Eduardo Campos

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte -CE
<http://lattes.cnpq.br/7352822136168473>

Sabrina Martins Alves

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte -CE
<http://lattes.cnpq.br/6758761132567251>

Maria Leni Alves Silva

Centro universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0684124821402075>

Petrúcyra Frazão Lira

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/1193933524225993>

Emanuel Cardoso Monte

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/9515015928339521>

Thayná Bezerra de Luna

Centro Educacional São Camilo
Crato - CE
<http://lattes.cnpq.br/5690759784861971>

Francisco Rafael Soares de Sousa

Instituto Atenas
Los Angeles-CA
<http://lattes.cnpq.br/2332985985883506>

Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

Faculdade de Medicina do ABC
Santo André – SP
Universitário de Juazeiro do Norte
(UNIJUAZEIRO)
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0704841932344140>

RESUMO: Avaliar a percepção dos adolescentes acerca da importância da prevenção do HPV. O estudo trata-se de uma pesquisa intervencionista, descritiva, do tipo exploratório e de natureza quali-quantitativa realizada com adolescentes matriculados em uma instituição de ensino pública em município do Ceará. Foi possível perceber que há um grande déficit no conhecimento a respeito do HPV e até mesmo informações equivocadas. Dessa forma, o desenvolvimento de estratégias voltadas para a saúde pública, com enfoque na prevenção e redução de agravos, como a inclusão de ações

visando qualificar o conhecimento sobre HPV, pode ser a chave para minimizar o acometimento e possíveis complicações oriundas da doença.

PALAVRAS-CHAVE: HPV, Adolescentes, Enfermagem.

PERCEPTION OF ADOLESCENTS ABOUT HUMAN PAPILLOMAVIRUS AND THE IMPORTANCE OF VACCINATION

ABSTRACT: To evaluate the adolescents' perception about the importance of HPV prevention. The study is an interventionist, descriptive, exploratory and qualitative-quantitative study conducted with adolescents enrolled in a public education institution in the city of Ceará. It was possible to perceive that there is a great deficit in knowledge about HPV and even misinformation. Thus, the development of public health strategies with a focus on prevention and reduction of diseases, such as the inclusion of actions aimed at qualifying knowledge about HPV, may be the key to minimizing the involvement and possible complications from the disease.

KEYWORDS: HPV, Adolescents, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Papiloma vírus Humano (HPV) está ligado ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, e é também um grande fator de risco para outros tipos de câncer. É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que pode desenvolver verrugas genitais, carcinoma de pênis, câncer anal de orofaringe, entre outros, a depender do tipo. Nos últimos anos o HPV tornou-se de alta prevalência, sendo os tipos mais frequentes: 06, 16, 42 e 51 (FREIRE MP, et al., 2014).

As infecções pelo HPV são consideradas as mais comuns das IST's. Oito em cada dez mulheres e homens já entraram ou entrarão em contato com o vírus. São 10 milhões de infectados no Brasil e 600 milhões no mundo. Na maioria dos casos o organismo consegue se livrar do vírus naturalmente. Quando ele persiste, no entanto torna-se um perigo. A consequência mais nefasta da contaminação pelo HPV é o câncer de colo de útero, a terceira neoplasia mais freqüente e a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras. A prevalência é de 54,6% de casos de HPV entre a população brasileira de 16 a 25 anos, sendo que 38,4% são dos tipos de alto risco para o desenvolvimento de câncer (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2014), existem 150 tipos de HPV diferentes, sendo que 40 deles podem infectar a região anal e a genital. Das 13 variedades de HPV consideradas oncogênicas, os tipos 16 e 18 são os mais comuns, estima-se que estejam presentes em 70% dos casos de câncer de colo de útero. A incidência desse tipo de câncer é de cerca de 500 mil casos anuais.

De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2017 nas capitais do Brasil, Salvador destacou-se com o maior índice de infecção pelo

HPV (71,9%) e Recife com o menor índice (41,2%). Estima-se que 15.590 mulheres adoecem anualmente, com taxa de incidência bruta de 15,33/100 mil, o que torna a prevenção e o controle do câncer do colo do útero prioridades nos pactos de gestão da saúde voltados para a saúde da mulher. Os dados estatísticos mais recentes indicam que a incidência desse tipo de infecção depende do método de diagnóstico utilizado e da população avaliada. A faixa etária de maior acometimento situa-se entre 20 e 40 anos, com o pico de incidência entre 20 e 24 anos, tanto na população feminina como masculina (Ministério da Saúde, 2017).

A prevenção do HPV pode ser dividida em primária, como campanhas de incentivo de uso de preservativos, e secundária como campanhas de estímulo a realização de exame preventivo. Outra forma de prevenção é a vacina que foi incluída no Programa Nacional de Imunização (PNI) em 2014 e está disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Meninas de 9 a 13 anos e meninos de 11 a 13 anos podem tomar a vacina gratuitamente no SUS obedecendo ao calendário de vacinação de duas doses. É fundamental que os profissionais de saúde orientem os pacientes e familiares para incluir a vacina contra HPV no calendário de vacinação da mesma forma que orientam sobre qualquer outra vacina (BRAGA LNG, et al., 2017).

Através desses dados, a pesquisadora desenvolveu um interesse em pesquisar sobre esse tema, pois com sua vivência nas unidades de saúde durante os estágios curriculares do curso, viu-se que os adolescentes não possuem o conhecimento necessário sobre o HPV e suas consequências. Dessa forma, levou-se a questão norteadora: Será que os adolescentes realmente estão informados a respeito do HPV e suas implicações para sua saúde? E se sabem a real importância da vacinação?

Justifica-se a realização desta pesquisa, em decorrência da relevância que o tema apresenta, uma vez que a sociedade moderna registra uma alta incidência de casos de HPV e também de cânceres decorrentes de suas complicações. Neste contexto, criar possibilidades de trazer mais informações e conhecimento é de grande valia. O que denota a relevância do estudo em função da contribuição e do benefício que trará para os adolescentes e para sociedade como um todo.

Logo, teve como objetivo avaliar a percepção dos adolescentes acerca da importância da prevenção do HPV.

2 | MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa intervencionista, descritiva, do tipo exploratório e de natureza quali-quantitativa.

A pesquisa descritiva descreve uma realidade tal como esta se apresenta,

conhecendo-a e interpretando-a por meio da observação, do registro e da análise dos fatos e fenômenos (variáveis). Este tipo de pesquisa tem por objetivo familiarizar com um fenômeno ou descobrir nova percepção acerca do mesmo; saber atitudes, pontos de vista preferenciais das pessoas (RIBAS CCC e FONSECA RCV, 2008).

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideais, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL AC, 2008).

Na pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas (PRODANOV CC e FREITAS EC, 2013).

Os participantes desse estudo foram os adolescentes, devidamente matriculados na instituição de ensino pública, e que se dispuserem a participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Assentimento, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por seus representantes legais. Critério de inclusão: Estar devidamente matriculado na instituição de ensino; Ter idade entre 11 e 14 anos. Critérios de exclusão: Não apresentar os termos de assentimento e consentimento livre esclarecido (TCLE), devidamente assinados pelo responsável; Não está presente no momento da aplicação do questionário. A pesquisa foi desenvolvida com adolescentes devidamente matriculados no ensino fundamental II (5º ao 9º) em uma escola de Ensino Fundamental localizada em um município do Ceará. Este local se justifica por ter um grande número de adolescentes com faixa etária de tanto a tanto que contemplarão a pesquisa.

Após aprovação do projeto ora proposto pelo Comitê de ética e pesquisa com seres humanos, a equipe de pesquisa fez uma visita a uma escola de Ensino Fundamental localizada em um município do Ceará, onde se reuniu com a Diretora, coordenadora e os professores do ensino fundamental II (5º ao 9º) para explicar o projeto e ao final solicitou autorização para o desenvolvimento da mesma.

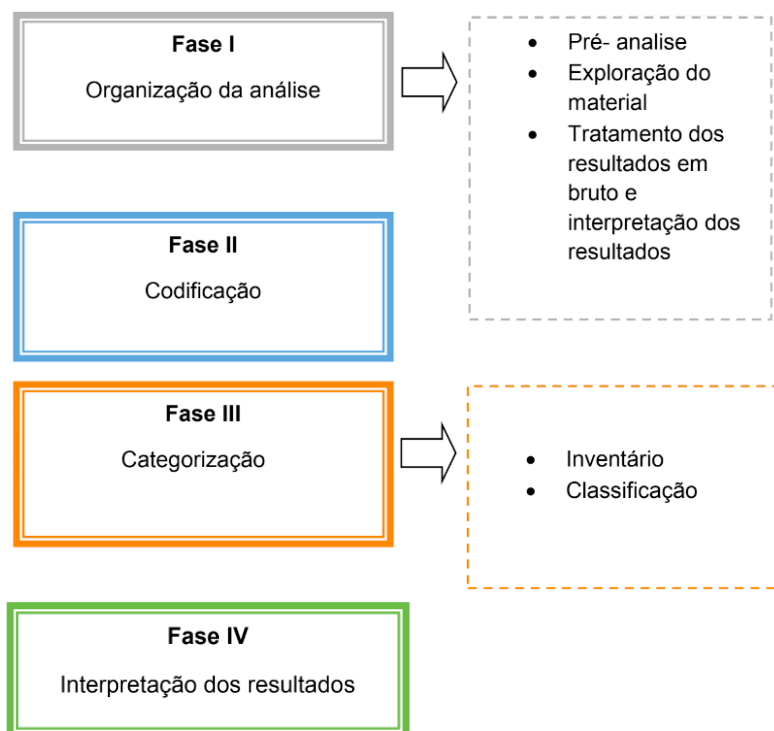
Uma vez autorizada a pesquisa, a equipe se encaminhou as salas anteriormente citada para fazer o convite coletivo aos alunos. Na ocasião foi explanados os objetivos da pesquisa, bem como toda a metodologia proposta. Foram entregues os Termos de Assentimento aos alunos, bem como o TCLE os quais foram levados aos pais.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2019, se deu

através da aplicação de questionários semiestruturados e autoaplicáveis, os quais foram aplicados em sala de aula e para manter o anonimato e reduzir o risco de constrangimento foi colocada uma caixa em cada sala para que os alunos possam colocar seus questionários.

O primeiro instrumento consiste em um pré-teste, contendo questões objetivas sobre o tema, bem como informações sociodemográficas para viabilizar traçar o perfil do pesquisado. O segundo instrumento é um questionário contendo questões subjetivas que viabilizar o pesquisador compreender a percepção desses adolescentes a cerca da temática em questão. Após a entrega do primeiro instrumento foi feita uma palestra acerca da temática abordada, onde nesse momento terá abertura para perguntas caso os adolescentes tenham, e logo em seguida foi aplicado pós- teste, no mesmo nível do pré-teste, o intuito é avaliar a aquisição de conhecimento dos mesmos.

Os dados subjetivos foram analisados segundo Bardin L (2010), seguindo as quatro fases, sendo elas: organização da análise (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados); Codificação; Categorização (Inventário e classificação) e Interpretação dos resultados como demonstrado no fluxograma abaixo:



Os dados quantitativos foram analisados a partir da estatística descritiva simples, através de cálculos de percentagem, média aritmética, mediana e moda. Para melhor averiguação e discussão foram empregados gráficos e tabelas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo em questão apresenta natureza quantiquantitativa, logo as variáveis foram analisadas e apresentadas em gráficos e tabelas. Quanto as falas foram analisadas a luz de Bardin L (2010), e apresentadas em forma de categorias.

De acordo com a tabela 1, percebe-se que dos 8 alunos do 6º ano que participaram da pesquisa, 5 eram do sexo feminino e 3 eram do sexo masculino, ambos na faixa etária de 10 a 14 anos. Já os 17 alunos do 8º ano que participaram, dentre eles 8 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, ambos na faixa etária de 13 a 14 anos. Totalizando assim 25 alunos participantes da pesquisa.

Sexo	Quantidade	Faixa etária
Feminino	5	10-14 anos
Masculino	3	
8º ano		
Sexo	Quantidade	Faixa etária
Feminino	8	13- 14 anos
Masculino	9	
Total de adolescentes participantes da pesquisa = 25		

Tabela 01: Dados sócio demográficos

Ao analisarmos o gráfico 1, percebe-se que 99% dos alunos já ouviram falar sobre HPV, apenas 1% não sabia o que era.

Segundo estudo realizado foi visto que cerca 87,3% dos adolescentes tem conhecimento sobre o HPV, mas são conceitos errôneos que muitas vezes prejudicam a sua vida. Informações acerca da prevenção e transmissão é repassada de forma errada, o que leva o adolescente a se pôr em situação de risco. Apenas 12,7 % dos adolescentes participantes da pesquisa tinham conhecimento adequado sobre o vírus. O que denota a falta de informação como o principal motivo para a contaminação pelo HPV (PEREIRA AS, et al., 2012).



Gráfico 01: Conhecimento dos adolescentes sobre HPV

Ao explorarmos o gráfico 2, observa-se que a maior parte dos alunos relatam saber que o HPV é um vírus, visto que alguns tratam o HPV como um tipo de câncer, o que torna de grande importância levar a esse público mais informações sobre esta temática.

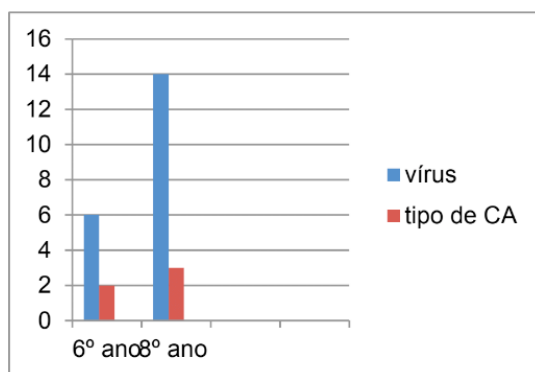


Gráfico 02: Percepção dos adolescentes sobre o que é o HPV

Ao analisar a tabela 2, nota-se que os alunos do 8º ano possuem um bom conhecimento acerca dos meios de transmissão do HPV, sendo que a maior parte dos alunos do 6º ano não apresenta esse mesmo conhecimento, visto que a resposta deles para os meios de transmissão foi a falta de saneamento básico e já a resposta do 8º ano foi através de relação sexual desprotegida.

TRANSMISSÃO DO HPV	6º ano	8ºano	Total
Através de relação sexual desprotegida	3	15	18
Falta de saneamento básico	5	2	7

Tabela 02: Meios de transmissão do HPV

Quanto ao gráfico 3, contou-se que a maior parte dos alunos do 6º ano entendem que o HPV pode causar leucemia. Porém, a maioria dos alunos do 8º ano entendem que o HPV pode causar câncer de colo de útero, visto isso, é notório que os alunos do 6º ano tem menos conhecimento sobre o HPV em relação ao 8º ano.

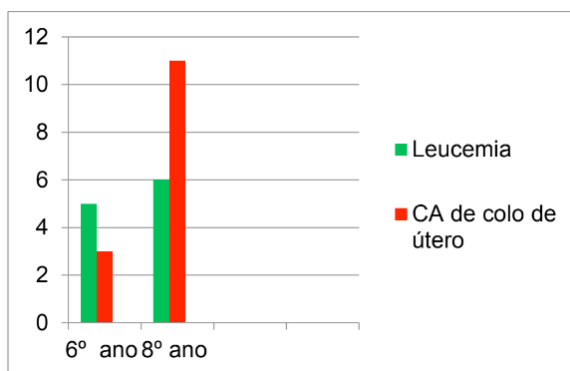


Gráfico 03: O que o HPV pode causar

Em relação as formas de prevenção, percebe-se que os alunos do 6º ano tem pouco conhecimento sobre as formas de prevenção do HPV, visto que, nenhum aluno do 6º ano respondeu a alternativa correta, uma vez que 11 alunos do 8º ano responderam a alternativa correta, demonstrando assim saber mais acerca deste assunto (**tabela 03**).

PREVENÇÃO HPV	6º ANO	8º ANO	TOTAL
Tomando a vacina e usando preservativo	0	11	11
Tomando a vacina e usando repelentes	2	1	3
Tomando a vacina e lavando os alimentos	3	2	5
Tomando a vacina	3	3	6

Tabela 03: Formas de prevenção do HPV

A partir da análise do gráfico 4, observou-se que 4 alunos do 6º ano e 16 alunos do 8º ano tomaram a vacina contra o HPV. Apenas 4 alunos do 6º ano e 1 aluno do 8º ano não tomaram a vacina. Tendo assim uma análise positiva acerca da vacinação.

O ponto de vista primordial para a prevenção do câncer de colo do útero em adolescentes deve ser a vacina contra o HPV antes do início da vida sexual (MACEDO FLS, et al., 2015).

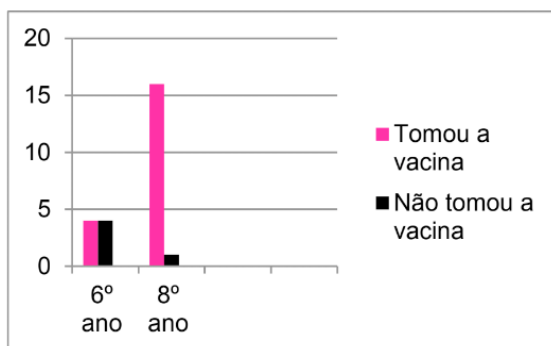


Gráfico 04: Vacinação

Ao analisar o gráfico 5, nota-se a importância das informações, uma vez que o pré-teste foi aplicado inicialmente, logo depois foi realizada uma palestra acerca do tema, o que trouxe muitas informações importantes sobre o HPV que os adolescentes não sabiam. Em seguida foi aplicado um pós-teste no mesmo nível do pré-teste, o qual teve um resultado positivo comparado ao pré-teste. Assim sendo, o gráfico demonstra o aprendizado dos alunos após a palestra.

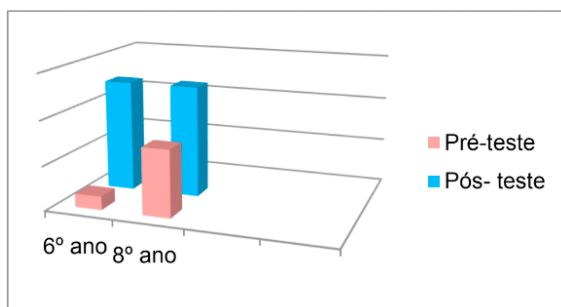


Gráfico 05: Pré-teste X Pós-teste

1º CATEGORIA: PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE OFERTADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ao analisar as respostas dos alunos pode-se perceber que todos eles entendem o processo de educação em saúde como algo bom pra sua vida, uma vez que o mesmo busca trazer informações de grande valia para a saúde de todos.

"Muito boa porque ajuda a saber o que é HPV e como prevenir" (A1).

"Foi muito bom pois ele me esclareceu muitas duvidas e foi bom pra minha vida" (A4).

"Ele me ajudou muito porque eu não sabia dos sintomas e a introdução me esclareceu algumas duvidas e coisas que eu não sabia" (A7).

Por meio da educação em saúde é possível conscientizar e informar aos adolescentes e os pais sobre o HPV, os riscos associados à vacina, a importância dos cuidados que se deve ter para prevenção contra o vírus, e assim reduzir a contaminação (SANCHES EB, 2010)

A educação em saúde é necessária para evitar um ciclo de transmissão, tendo em vista que a prevenção é o melhor caminho para resguardar o bem estar dos adolescentes, e com isso as soluções para esse problema são simples e disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como, a título de exemplo, à utilização de preservativos, que há muitos anos são distribuídos gratuitamente por esse mesmo sistema público e a principal é a vacina contra o HPV (LUZ NNN, et al., 2014).

2º CATEGORIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E HPV

A promoção de saúde é de grande valia no contexto do HPV. A grande maioria dos adolescentes não conhece e nem sabem se prevenir das doenças que eles estão expostos. Por isso, a promoção de saúde entra como um método que traz informações e também meios de prevenção, bem como preservativos e a vacina.

"Através da vacina você se previne" (A3).

"Boa, pois me ajudou a saber, mais contra o HPV" (A8).

"As vacinas ajuda na minha saúde" (A23).

"Bom, pois ajuda na prevenção desta doença" (A10).

O conhecimento e reflexão por parte dos adolescentes em relação aos riscos advindos de relações sexuais desprotegidas são fundamentais para que os

mesmos possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e da contaminação pelas ISTs, além de exercer um direito que possibilita cada vez mais o ser humano ao exercício da sexualidade desvinculada da procriação (JARDIM DP e SANTOS EF, 2012).

Para isso, a abordagem de adolescentes exige postura adequada do profissional de saúde, conhecimentos técnicos e ciência das mudanças psicossociais que ocorrem nessa fase da vida. Existe despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, para a atenção as peculiaridades e complexidade das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados as suas demandas. Logo, é necessário priorizar investimentos na transformação do profissional da saúde que trabalha com adolescentes, fazendo com que ele se sinta reconfortado, ajudado e respeitado para que possa confiar na equipe que lhe presta atendimento (JARDIM DP e SANTOS EF, 2012).

3º CATEGORIA: VACINAÇÃO X INÍCIO DE VIDA SEXUAL

Foi possível perceber que durante a pesquisa com os adolescentes, os mesmos apresentavam muitas dúvidas sobre HPV em relação a vacina estimular o início da vida sexual. A maioria respondeu que a vacinação influencia no começo da vida sexual, ou seja, a falta de conhecimento sobre o assunto afeta bastante esses adolescentes. Uma vez que o não entendimento pode trazer consequências para suas vidas.

"Sim" (A11).

"Sim" (A9).

"Sim" (A3).

"Não" (A15).

"Não. Porque é preciso ter a idade certa" (A10).

"Às vezes sim" (A1).

Segundo dados do INCA, a vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) foi criada com o objetivo de prevenir a infecção e reduzir o numero de pacientes que venham a ser acometidas pelo câncer do colo do útero. A vacina distribuída é a quadrivalente, ou seja, previne contra os quatro tipos de vírus 16 e 18 que estão presentes em 70% dos casos de câncer de colo de útero, e 6 e 11 estes presentes em 90% dos casos de verrugas genitais (TAQUETTE SR, 2011).

A vacina contra o HPV trouxe muitas controvérsias entre os pais dos adolescentes, pois eles acreditam que a vacina estimula o início da vida sexual, eles passam essa ideia para seus filhos e eles acabam entendendo como se a vacina não fosse boa para eles, sendo que com isso, estão trazendo riscos para sua saúde, e dificultando cada vez mais o método de vacinação para a prevenção do HPV (QUEVEDO JP, et al., 2016).

4 | CONCLUSÃO

De acordo com estudo realizado foi possível perceber que há um grande déficit no conhecimento a respeito do HPV e que, muitas vezes, há pouca qualificação do que se sabe, favorecendo, assim, muito além de percepções errôneas, ações com risco potencial à saúde. Ter conhecimento de que HPV é um vírus transmitido, principalmente, por via sexual, com potencial cancerígeno, que pode ser evitado através da vacina e de medidas protetivas nas relações sexuais, e que, por meio do exame Papanicolau, é feito o rastreio das alterações virais e do câncer de colo uterino, seria um patamar mínimo de conhecimento para a população. É notório a falta de conhecimento da maioria dos adolescentes em relação a importância da vacinação, de acordo com os achados vimos que a grande parte considera a vacina como um incentivo para o início da vida sexual e não como um método de prevenção para o HPV. Mas vale salientar que os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados. Dessa forma, o desenvolvimento de estratégias voltadas para a saúde pública, com enfoque na prevenção e limitação de agravos, como a inclusão de ações visando qualificar o grau de conhecimento sobre HPV, pode ser a chave para estase do ciclo da doença.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. **Núcleo de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2017.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil**, 2014.

BRAGA LNG, et al. **Conhecimento de adolescentes estudantes sobre hpv e prevenção**. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2017.

BARDIN L. **Análise de conteúdos**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

FREIRE MP, et al. **Genital prevalence of HPV types and co-infection in men**. Internacional Braz J Urol, 2014; v.40, n.1, p.67-71.

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

JARDIM DP, SANTOS EF. **Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual.** Adolesc. Saude, 2012; v.9, n.2, p.37-44.

LUZ NNN, et al. **Acadêmicos, a percepção sobre o papilomavírus humano e sua relação com o câncer cervical.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2014; v.35, n.2, p.91-102.

MACÊDO FLS, et al. **Infecção pelo HPV na adolescente.** Femina, 2015; v.43, n.4, p.185-188.

SANCHES EB. **Prevenção do HPV: a utilização da vacina nos serviços de saúde.** Revista Saúde e Pesquisa, 2010; v.3, n.2, p.255-261.

PEREIRA AS, et al. **Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço.** Rev Gaúcha Enferm, 2012; 33(3): 65-72.

QUEVEDO JP, et al. **A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação publica oficial e midiática face a emergência de controvérsias.** Revista Tecnologia Sociedade, 2016; v.12, n.24, p.1-26.

RIBAS CCC, FONSECA RCV. **Manual de Metodologia Opet,** 2008; p.6.

PRODANOV CC, FREITAS EC. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2. Ed. Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul, 2013; p.70.

TAQUETTE SR. **Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade as DST/AIDS.** Adolesc. Saúde, 2011; v.8, n.3, p. 18-26.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Mallany Lurya dos Santos Miranda

Hospital Geral de Palmas Drº Francisco Ayres
Palmas– TOCANTINS
<http://lattes.cnpq.br/4182162876513976>
<https://orcid.org/0000-0002-4772-6066>

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Centro Universitário Luterano de Palmas
CEULP/ULBRA
Palmas– TOCANTINS
<http://lattes.cnpq.br/1262384709804752>
<https://orcid.org/0000-0002-2664-6585>

Guiomar Virginia Vilela Assunção de Toledo Batello

Universidade Federal do Tocantins- UFT
Palmas– TOCANTINS
<http://lattes.cnpq.br/2648395395077071>
<https://orcid.org/0000-0003-3774-732X>

Marcia Pessoa de Sousa Noronha

Centro Universitário Luterano de Palmas
CEULP/ULBRA
Palmas– TOCANTINS
<http://lattes.cnpq.br/3555507789134187>
<https://orcid.org/0000-0002-1959-1512>

RESUMO: O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, sua implantação proporciona cuidado individualizado, humano e de qualidade para o cliente. Uma emergência pode

ser entendida como a constatação de agravos à saúde, súbitos, imprevisíveis que impliquem em risco iminente de morte e ou sofrimento intenso e que exigem solução imediata. Na unidade de emergência assim como em todos os ambientes em que a enfermagem atua, deve ser implementado o processo de enfermagem. Nesse contexto foi realizada uma pesquisa de campo transversal, exploratória, de caráter descritivo simples na unidade do pronto socorro (PS) de um Hospital de Referência, no município de Palmas-Tocantins. Os objetivos desse trabalho foram: verificar se o processo de enfermagem está sendo realizado; descrever as etapas que estão sendo executadas; identificar a percepção dos enfermeiros quanto à viabilidade da aplicação do método naquele setor e listar as dificuldades apontadas por eles para a implementação. A amostra foi composta por 68 prontuários de pacientes e 33 enfermeiros plantonistas das salas vermelha, amarela e verde da instituição. Os resultados evidenciaram que o processo não está sendo executado em suas cinco etapas, sendo a avaliação de enfermagem mais aplicada. Contudo os enfermeiros percebem que o processo de enfermagem facilita a assistência identificando os problemas e possibilitando o planejamento do cuidado. Em se tratando das dificuldades relatadas destacou-se o déficit de profissionais, a superlotação e a alta rotatividade dos pacientes. Concluiu-se que as dificuldades apontadas não diferem das citadas em outros estudos, algumas são inerentes ao próprio serviço de emergência, cabendo ao enfermeiro buscar estratégias alternativas. Sugere-se como alternativa, a identificação na literatura, como

também em outras instituições, experiências bem-sucedidas de implementação do processo de enfermagem no serviço de emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência. Processo de Enfermagem. Enfermagem.

NURSING PROCESS IN THE EMERGENCY OF A REFERENCE HOSPITAL IN THE NORTH REGION OF BRAZIL

ABSTRACT: The nursing process is organized in five stages: collection of nursing data, diagnosis, planning, implementation and evaluation, its implementation provides individualized, humane and quality care to the client. An emergency can be understood as the finding of sudden, unpredictable health problems that imply an imminent risk of death and or intense suffering and that require immediate solution. In the emergency unit, as well as in all environments where nursing works, the nursing process must be implemented. In this context, a field research, transversal, exploratory approach, of a simple descriptive character in the emergency room (PS) unit of a Reference Hospital, in the city of Palmas-Tocantins. The objectives of this work were: to verify if the nursing process is being carried out; describe the steps being taken; identify the nurses' perception regarding the feasibility of applying the method in that sector and list the difficulties they pointed out for implementation. The sample consisted of 68 patient records and 33 nurses on duty in the institution's red, yellow and green rooms. The results showed that the process is not being carried out in its five stages, with nursing assessment being more applied. However, nurses perceive that the nursing process facilitates assistance by identifying problems and enabling care planning. Regarding the reported difficulties, the shortage of professionals, overcrowding and high turnover of patients stood out. It was concluded that the difficulties pointed out do not differ from those mentioned in other studies, some are inherent to the emergency service itself, and it is up to the nurse to seek alternative strategies. It is suggested as an alternative, the identification in the literature, as well as in other institutions, successful experiences of implementation of the nursing process in the emergency service.

KEYWORDS: Emergency. Nursing Process. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) disposto na Resolução 358/2009, que diz respeito a sua execução em toda instituição de saúde em que ocorra atividade profissional de enfermagem (COREN, 2015).

Encontra-se organizado em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O método possui embasamento científico e proporciona cuidado individualizado, humano e com qualidade para o cliente. Em uma unidade de emergência o planejamento do atendimento de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, assim como

em todos os setores em que essa assistência é prestada, apoiando-se na avaliação do cliente e de suas necessidades, assegurando de forma sistematizada o cuidado e sua avaliação (FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009).

Para Felix; Rodrigues; Oliveira (2009) inúmeras vantagens são obtidas através da execução do processo de enfermagem como: direcionamento das ações, maior facilidade na passagem do plantão e diminuição do estresse do paciente, pois, terá um atendimento personalizado, individualizado, eficiente e eficaz. Proporcionando sensação de segurança e proteção.

O Pronto-Socorro (PS) é a unidade de saúde destinada a prestar cuidados às pessoas, com ou sem risco de morte, que necessitam de atendimento rápido, devendo permanecer 24 horas de portas abertas e com leitos de observação (VITORINO et al, 2014). Para Farias et al, (2011) esse setor é um dos mais desgastantes do hospital, visto que exige procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para salvar a vida ou melhorar a saúde do paciente, podendo gerar desgaste físico e mental não só ao cliente, mas também aos familiares e principalmente aos profissionais que ali atuam.

Na unidade de emergência assim como em todos os ambientes em que a enfermagem presta seus cuidados, cabe ao enfermeiro ter liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, buscando os resultados esperados. O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, e Decreto 94.406/87 que a regulamenta, participam da execução do Processo, de acordo com o que lhes couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2009).

O Serviço de Enfermagem dentro do sistema hospitalar, em especial no setor de Pronto Socorro interage com toda a equipe multiprofissional, de forma autônoma e colaborativa, seguindo instrumentos da estrutura organizacional como: regimento interno, organograma, sistemas de comunicação, técnicas e rotinas (LIMA; ERDMANN, 2006). A emergência possui características inerentes: acesso irrestrito, número excessivo de pacientes, extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis, escassez de recursos, sobrecarga da equipe de enfermagem, número insuficiente de profissionais, podendo ser favorável ou não para a boa recuperação do paciente (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

Situações patológicas que geram risco iminente de morte como: paradas cardiorrespiratórias, convulsões, edema agudo de pulmão e lesões por arma de fogo ou arma branca são características desse setor (FARIAS et al., 2011). A equipe de Enfermagem lida com a dor, sofrimento, morte e o luto dos familiares, numa estrutura dinâmica e constantemente mutável, que necessita de ação imediata e rápida

tomada de decisão – porque as consequências podem ser graves e permanentes. Sabendo disso, os profissionais executam suas atividades sob constante pressão (BARROSO et al., 2015).

Sendo assim para realizar esta pesquisa partiu-se do seguinte problema: como o processo de enfermagem está sendo realizado nos serviços de emergência? Este estudo justificou-se pela necessidade de um atendimento planejado e da obrigatoriedade legal de execução do processo de enfermagem nas emergências e às dificuldades práticas existentes para a efetivação do método devido às especificidades desse tipo de atendimento.

Objetivou-se verificar se o Processo de Enfermagem estava sendo realizado na unidade de emergência de um hospital de referência de Palmas- Tocantins, a percepção dos enfermeiros quanto a viabilidade de execução do método, bem como, as dificuldades apontadas por estes profissionais.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de caráter descritivo simples. A população foi fixada em 68 prontuários de pacientes que estavam internados na emergência de Hospital de Referência nas salas vermelha, amarela e verde, durante o mês de maio de 2017 e por 45 enfermeiros plantonistas daquela unidade nesse mesmo período.

A amostra foi composta por 68 prontuários e 33 enfermeiros entrevistados. Foram excluídos 12 enfermeiros por recusarem a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido ou estarem ausentes durante os dias de coleta. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP) sob o parecer nº 1.985.357 e CAAE: 65097917.5.0000.5516.

As variáveis avaliadas nos prontuários foram: idade, dias de internação, diagnóstico médico, execução do processo de enfermagem, etapas do processo de enfermagem realizadas e nos questionários aplicados aos enfermeiros foram: tempo de formação, tempo de trabalho na unidade, percepção sobre a viabilidade de execução, fatores dificultadores.

Utilizou-se um questionário com 8 perguntas elaborado e aplicado pela pesquisadora, sendo 02 perguntas abertas e 06 fechadas para os enfermeiros e um roteiro estruturado para a análise dos prontuários. Os dados obtidos foram inseridos em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel. A análise estatística dos dados provenientes das perguntas fechadas foi realizada utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas e os provenientes das perguntas abertas analisadas segundo o seu conteúdo e agrupadas em categorias afins.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados foram avaliados $n=68$ (100%) dos prontuários de pacientes internados nas salas vermelha, amarela e verde, e observou-se que o processo de enfermagem não estava sendo executado nas suas cinco etapas na totalidade deles.

Gutiérrez et al., (2000), em um estudo que avaliou as intervenções de enfermagem, ao analisarem o conteúdo das prescrições, observaram que o registro das ações apresentava-se de modo genérico, uma vez que não constavam informações sobre quem, o quê, onde, quando, como e com que frequência deveriam realizar as atividades específicas para a prevenção, alívio ou até mesmo a solução dos problemas identificados, ainda observaram a falta de mensuração dos resultados alcançados, comprometendo a avaliação da efetividade dos cuidados realizados.

Corroborando com a literatura, na emergência do hospital pesquisado, os enfermeiros relataram que muitas ações implementadas não são registradas por fazerem parte da rotina diária de atividades assistenciais da enfermagem. Como evidenciou-se que em $n=68$ (100%) dos prontuários não estão sendo executadas as cinco etapas do processo, despertou-se uma preocupação quanto aos males que a ausência de registros da assistência pode acarretar aos pacientes e até mesmo aos profissionais, pois, todas as etapas do Processo de Enfermagem, são interligadas e relacionadas, servindo ainda como respaldo legal para a equipe.

Com relação à execução das etapas do processo de enfermagem nos setores avaliados notamos que histórico de enfermagem foi realizado em $n=5$ (7,3%), o diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação não foram localizados em nenhum dos prontuários avaliados.

O histórico de enfermagem trata da investigação para identificação de problemas e necessidades do paciente e assim, determinar seu estado de saúde (ALVIM, 2012). Segundo o COFEN (2013), nessa etapa é feita a coleta de dados do cliente através de uma entrevista para obter informações importantes sobre a sua história atual e pregressa, sendo composta por: identificação do paciente, queixa principal, história atual da doença, história médica pregressa, alergias e hábitos de vida, seguido da realização do exame físico completo.

Ao evidenciar que apenas em $n=5$ (7,3%) dos prontuários havia um histórico preenchido, criou-se um questionamento e preocupação quanto à ausência de informações tão cruciais para a assistência e para a continuidade do processo de enfermagem como um todo.

O diagnóstico de enfermagem é evidenciado pelo julgamento clínico sobre as respostas do cliente, da família ou da comunidade aos problemas reais de risco

para a saúde ou processos vitais; constituindo-se como a base para a seleção das prescrições que propiciarão o alcance dos resultados esperados (NANDA I, 2013). Constitui a segunda etapa do processo e notou-se que não é executada. Cabe ressaltar que as etapas são interdependentes e inter-relacionadas, o que implica dizer que a inexistência de uma causa prejuízo em todas as demais.

O planejamento de enfermagem abrange a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas mediante as respostas da pessoa, família ou comunidade em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas no diagnóstico de enfermagem (SALES; AFONSO; SANTOS, 2008).

Para Alvim (2012) as prescrições de enfermagem são elaboradas para que uma meta proposta seja alcançada e o resultado proposto deverá ser: claro, conciso, centrado no paciente, estar relacionado ao diagnóstico, ser alcançável, conter limite de tempo e ser mensurável. Estas devem ser bem redigidas e despertar o interesse da equipe, tanto em ler quanto em realizar, podendo uma prescrição incompleta colocar em risco a segurança do paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

A avaliação de enfermagem que esteve presente em 100% da amostra (n= 68), consiste em acompanhar as respostas do cliente e avaliar se obteve bons resultados a partir da execução dos cuidados prescritos, devendo ser realizada diariamente (COFEN, 2013). Através dela é possível detectar necessidade de mudanças no plano estabelecido, reforçando que o processo de enfermagem é contínuo. O profissional por sua vez deve avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, se necessário e revê-las constantemente (ALVIM, 2012). Contudo, fica o questionamento da efetividade dessa etapa, visto que se trata da última etapa do processo de enfermagem e que para ser concretizada necessita que as anteriores sejam realizadas com qualidade, ressaltando-se que todas elas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2009).

Percepção do enfermeiro	n	%
Facilita a assistência na identificação e planejamento	09	27.3
Qualidade do cuidado	06	18.2
Tem muitas falhas não é executado em todos os setores	06	18.2
Positiva	05	15.1
Necessária para todos os pacientes	03	9.1
Permite avaliar a assistência prestada	02	6.1
Deveria realizar o acolhimento com classificação de risco englobando o processo de enfermagem	01	3.0
Exigência legal	01	3.0
Total	33	100,0

Tabela 1: Demonstrativo da percepção dos enfermeiros do pronto socorro de um hospital de referência, quanto à execução do processo de enfermagem, segundo pesquisa realizada.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2017.

A tabela 1 demonstra a percepção que os enfermeiros do pronto socorro têm em relação ao processo de enfermagem, onde podemos notar que grande parte n= 9 (27,3%) consideram que a realização do mesmo facilita a assistência, identificando os problemas e possibilitando o planejamento do cuidado, n= 6 (18,18%) consideram que com a execução do processo a qualidade do cuidado aumentará, n=6 (18,18%) disseram que o processo tem muitas falhas e não é executado em todos os setores e n=5 (15,15%) vêem a execução do processo como um aspecto positivo.

Maria; Quadros; Grassi (2012), encontraram em seu estudo sobre sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência, que a maior parte dos enfermeiros atribui à SAE a realização de uma assistência humanizada e de qualidade, destacando ainda que é uma ferramenta indispensável, sendo importante para a profissão, assim se faz necessário que o enfermeiro esteja inserido na realidade concreta do paciente, de forma consciente, competente, técnica e científica.

Percebeu-se positivamente que a grande parte dos enfermeiros da presente pesquisa considera que o processo facilita a assistência, identificando os problemas e possibilitando o planejamento do cuidado, tornando se cada vez mais importante desenvolver novas competências nos modos de organizar o trabalho, visando fornecer ao paciente um atendimento organizado com eficiência, humanizado e holístico.

Resultados semelhantes foram obtidos por Backes et al., (2005) no estudo intitulado sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros

de um hospital filantrópico, quanto à percepção que os enfermeiros têm sobre a realização da SAE, enquanto processo de articulação teórico-prático, onde 80% dos participantes entenderam que ela é um processo de qualificação profissional, além de propiciar valorização, reconhecimento e otimização da assistência de enfermagem.

Dificuldades relatadas	n	%
Déficit de profissionais	17	23,2
Super lotação	16	22,0
Alta rotatividade dos pacientes	15	20,5
Falta de medicamento, materiais e EPIS	05	7,0
Falta de impressos	04	5,4
Desunião da equipe	04	5,4
Falta de estrutura física	04	5,4
Falta de capacitação em urgência e emergência	03	4,1
Desafio para oferecer a assistência	01	1,3
Falta de Tempo	01	1,3
Falta estímulo dos gerentes	01	1,3
Características do paciente	01	1,3
Adesão da equipe	01	1,3
Total:	73	100,0

Tabela 2: Principais dificuldades encontradas para execução do processo de enfermagem nas salas verde, amarela e vermelha do Pronto Socorro de um hospital de referência, conforme informações dos enfermeiros durante a pesquisa realizada.

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2017.

A tabela 2, demonstra as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para executar o processo de enfermagem no pronto socorro, onde foi solicitado no instrumento que cada um deles citassem três dificuldades, contudo alguns citaram apenas duas ou uma, obtendo-se um total de 73 respostas. Dentre as principais dificuldades encontradas, destacaram-se: o déficit de profissionais com n= 17 (23,2%); a superlotação com n=16 (22%) e alta rotatividade dos pacientes com n=15 (20,5%), já n= 05 (7,0%) referiram falta de medicamento, materiais e EPIS, n= 04 (5,4%) afirmaram que a falta de impressos é uma dificuldade encontrada para a não realização do processo.

Resultados semelhantes foram obtidos por Takahashi et al., (2008), em estudo realizado sobre dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiros de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem, onde as dificuldades mais apontadas pelos enfermeiros foram: falta de tempo, déficit de conhecimento teórico,

pouca prática, impresso utilizado inadequado, limitações do paciente em informar, dimensionamento insuficiente. Na pesquisa os autores evidenciaram também que a fase do processo em que os enfermeiros encontraram mais dificuldades foi à elaboração do diagnóstico de enfermagem, seguida pelas fases de evolução e planejamento da assistência.

A falta de conhecimento sobre o processo de enfermagem torna-se barreira para sua adesão e execução nas instituições de saúde, mesmo nas situações em que ocorreu o ensino do processo na formação, as dificuldades práticas são de grande relevância. Notou-se que no PS do hospital pesquisado o déficit de conhecimento não foi citado, apesar de outros estudos referirem essa carência científica para execução do processo, os profissionais entrevistados nesse estudo, consideraram que sabem executar o processo, e que não necessitam de atualização.

Thomaz; Guidardello (2002), em seu estudo intitulado Sistematização da Assistência de Enfermagem: Problemas Identificados pelos enfermeiros, obtiveram que as dificuldades encontradas foram na sua maioria relacionadas a infra-estruturas como: planta física, déficit de pessoal, falta de tempo, excesso de atribuições dos enfermeiros, deficiência de liderança da chefia na cobrança dessas atividades, falta de apoio administrativo, recursos materiais e conhecimento. A falta de estrutura física na emergência no presente estudo, foi citada por n= 04 (5,4%).

Felix; Rodrigues; Oliveira (2009), no estudo sobre desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento, obtiveram como dificuldades encontradas: problemas como o déficit de conhecimento dos enfermeiros no que se refere à habilidade de desempenhar o pensamento crítico, sobrecarga de trabalho, resistência da equipe de enfermagem, falta de tempo e instrumentos de coleta de dados inadequados para a realidade. Observou-se que no presente estudo a adesão da equipe foi citada como obstáculo apenas por 1 profissional (1,3%) o que nos leva a acreditar que a equipe está receptiva a implementação do processo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o processo de enfermagem, que deve ser realizado em todos os serviços de saúde onde haja a assistência de enfermagem com o objetivo de organizar, viabilizar e qualificar a assistência prestada, cabendo privativamente ao profissional enfermeiro o planejamento do atendimento de enfermagem, não estava sendo executado em sua completude (cinco etapas) nas salas vermelha, amarela e verde do Pronto Socorro do Hospital de referência pesquisado, comprometendo assim a avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem realizados. Observou-se que apenas a quinta etapa do processo denominada “avaliação da assistência

de enfermagem” estava presente em todos os prontuários avaliados, sugerindo que seja realizada uma reflexão sobre possíveis fragilidades a serem encontradas, por se tratar de um processo contínuo composto por etapas distintas, mas inter-relacionadas e interdependentes.

Ressalta-se que a execução processo de enfermagem sendo esse um “método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem”, permite ao enfermeiro a valorização do seu papel no setor que atua, proporcionando maior qualidade à assistência, eficiência, autonomia e reconhecimento profissional.

Apesar de não executarem todas as etapas do processo, a percepção de grande parte dos enfermeiros do setor, é que o método facilita a assistência, identificando os problemas e facilitando o planejamento do cuidado e aumentando a qualidade.

Dentre as dificuldades encontradas para execução do processo de enfermagem nas salas verde, amarela e vermelha do pronto socorro, sendo as mais citadas o déficit de profissionais, a superlotação e alta rotatividade dos pacientes, essas não diferiram das citadas em outros estudos, que por vezes são inerentes a própria característica do serviço de emergência, cabendo ao enfermeiro buscar estratégias para a execução do processo de enfermagem. Sugere-se como alternativa, a identificação na literatura, como também em outras instituições, experiências bem-sucedidas de implementação do processo de enfermagem no serviço de emergência.

Concluiu-se que quando a assistência de enfermagem é pautada no método científico de cuidado, ou seja, com a execução do processo de enfermagem o tratamento poderá ter maior sucesso, e envolverá o paciente ativamente no cuidado, proporcionando autonomia, conforto, segurança e tranquilidade.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S. **SAE: Sistematização do Processo de Enfermagem: Guia prático.** Rev enferm UFPE on line. 2012.

ANDRADE, L. M., CAETANO, J. A., SOARES, E. **Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência.** Rev RENE 2000; 1(1): 91-7.

BACKES, D. S., et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico.** Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BARROSO, M. L.; et al. **Estresse e uso de álcool em enfermeiros que trabalham em urgência e emergência.** Caderno de Cultura e Ciência, Ano IX, v.13, n.2, Mar, 2015 Artigo Científico Universidade Regional do Cariri – URCA. <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.845>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações- para registros de enfermagem nos prontuários do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília 2013.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009**. Brasília 2009. Acesso em: 09/10/2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de Enfermagem-Guia para a prática**. São Paulo 2015.

FARIAS, S. M. C. et al. **Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722- 729, June 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>

FELIX, N. N., RODRIGUES, C. D. S., OLIVEIRA, V. D. C. **Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento**. Arq. Ciênc Saúde, 2009.

LIMA, S. B. S., ERDMANN, A. L. **A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência**. Acta Paul Enferm 2006;19(3):271-8. Santa Maria - RS, 2006.

MARIA, M. A., QUADROS, F. A. A., GRASSI, M. F. O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação**. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303. Brasília, 2012.

NANDA I. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA- definições e classificação 2012-2014**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SALES, L. M; AFONSO, E. S. R; SANTOS, T. V. C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas**. Revista de Educação, meio Ambiente e Saúde, Manhuaçus, v.3, n. 1, p. 197-201, 2008.

TAKAHASHI, A. A. et al. **Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiros de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem**. Acta Paul. Enferm., v.21, n. 1, p. 32-38, 2008.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

THOMAZ, V. A; GUIDARDELLO, E. B. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Problemas Identificados pelos enfermeiros**. Revista Nursing, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 28 - 34, nov. 2002.

VITORINO, L. M; et al. **Qualidade de vida da equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência**. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 23(2):83-89, maio/ago., 2014

CAPÍTULO 21

RECONHECIMENTO DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA POR ENFERMEIRAS NA EMERGÊNCIA: ESTRATÉGIAS E CUIDADOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 11/08/2020

Jéssica Costa da Silva Sena

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1133582897141874>

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6586008494633206>

Rebeca Pinheiro Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0890942519045521>

Keize Araújo de Oliveira Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5505956580178538>

Maricarla da Cruz Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2841741125314872>

Thaiane de Lima Oliveira

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6604441822313930>

Francisca Claudia Pinheiro Barbosa

Faculdade Maria Milza
Governador Mangabeira - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1409213236382879>

RESUMO: O reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica em uma criança na pode ser decisivo para o seu bom prognóstico.

Objetivo: analisar as estratégias de enfermeiras para reconhecimento precoce e cuidado da deterioração clínica na emergência pediátrica.

Método: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2019 com 31 enfermeiras trabalhadoras das três unidades de emergência pediátrica do município de Feira de Santana – BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer de nº 2.996.252 e CAAE nº 00511118.9.0000.0053.

Resultados: A partir da análise das entrevistas emergiram três categorias: A deterioração clínica e suas manifestações na criança; Ferramentas e estratégias utilizadas para reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica na emergência; e Condutas diante da criança em deterioração clínica na emergência pediátrica.

Conclusão: as enfermeiras de emergência pediátrica participantes do estudo entendem a deterioração clínica como uma condição grave, que exige reconhecimento e intervenção precoces. Elas utilizam basicamente o exame clínico como principal estratégia de avaliação. O uso de um escore pediátrico de alerta ainda não faz parte da sua rotina de avaliação. Diante da deterioração elas buscam a estabilização da criança e consideram o trabalho em equipe primordial nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Deterioração clínica;

RECOGNITION OF PEDIATRIC CLINICAL DETERIORATION BY NURSES IN EMERGENCY: STRATEGIES AND CARE

ABSTRACT: Early recognition of signs of clinical deterioration in a child can be decisive for their good prognosis. Objective: to analyze nurses' strategies for early recognition and care for clinical deterioration in pediatric emergencies. Method: Descriptive study, with a qualitative approach, carried out in 2019 with 31 working nurses from the three pediatric emergency units in the city of Feira de Santana - BA. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Bardin's thematic content analysis technique. The project was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana, opinion No. 2,996,252 and CAAE No. 00511118.9.0000.0053. Results: From the analysis of the interviews, three categories emerged: Clinical deterioration and its manifestations in children; Tools and strategies used for early recognition of pediatric clinical deterioration in the emergency; and Conduct towards the child in clinical deterioration in the pediatric emergency. Conclusion: the pediatric emergency nurses participating in the study understand clinical deterioration as a serious condition, which requires early recognition and intervention. They basically use clinical examination as the main evaluation strategy. The use of a pediatric alert score is not yet part of their assessment routine. In view of the deterioration, they seek to stabilize the child and consider teamwork as essential in this process.

KEYWORDS: Clinical Deterioration; Alert; Pediatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A deterioração clínica é considerada um dos principais fatores contribuintes para a mortalidade hospitalar, e seu reconhecimento é geralmente sustentado por fatores contextuais e variações da prática (PADILLA; MAYO, 2018). Compreende um estado dinâmico, marcado por descompensação fisiológica e manifestação progressiva de sinais e sintomas de gravidade, que pode comprometer a estabilidade hemodinâmica do paciente (JONES et al., 2013).

Na criança, o reconhecimento e tratamento precoces da deterioração clínica podem impactar positivamente no prognóstico, visto que permitem evitar a progressão para piora do quadro caracterizada pelo choque, insuficiência respiratória e parada cardiorrespiratória (PCR) (MELO; ALVIM, 2003; VASCONCELLOS; MELO; GRESTA, 2011; MELO; SILVA, 2011).

A parada cardíaca súbita é incomum em crianças e ocorre predominantemente por problemas respiratórios e metabólicos que levam à hipóxia tecidual progressiva e acidose (MATSUNO, 2012). Desse modo, mais do que saber reanimar um paciente pediátrico, a equipe de saúde deve antecipar e prevenir a PCR, visto que, na maioria

das vezes, esse paciente demonstrará sinais de que está piorando clinicamente, o que permite aos profissionais perceber, atuar e evitar a evolução para parada.

A unidade de emergência de um hospital se caracteriza por ser o setor onde há maior probabilidade de deterioração clínica, dada a complexidade dos pacientes atendidos, o que impõe às suas equipes a necessidade de um olhar atento para os sinais de piora. Nesse contexto, a enfermeira de emergência tem um importante papel de reconhecer precocemente a deterioração clínica e disparar os cuidados junto à equipe de saúde.

Na tentativa de intervir adequadamente no cuidado de pacientes que apresentam deterioração clínica com risco potencial de PCR e melhorar sua segurança nos hospitais, serviços de saúde do mundo inteiro implantaram estratégias com a finalidade de reconhecer e atuar precocemente na deterioração clínica de pacientes hospitalizados. Dentre estas estratégias, pode-se destacar os Times de Resposta Rápida (TRR) associados aos Sistemas de Alerta (LANDALUCE; FERNANDEZ; RASO, 2017). No geral, os TRR são acionados a partir de critérios clínicos pré-estabelecidos, comumente chamados escores ou sistemas de alerta.

No cenário pediátrico, existem muitos escores de alerta desenvolvidos para auxiliar a equipe de saúde a reconhecer situações de gravidade à beira do leito e a atuar na deterioração clínica da criança no contexto hospitalar. Esses escores fornecem uma descrição contínua do grau de anormalidade do estado fisiológico da criança, e normalmente são descritos como ferramentas que tem por finalidade disparar os cuidados necessários para a estabilização e recuperação do paciente (CHAPMAN et al., 2016; CHAPMAN et al., 2017; TIBALLS, 2011). Estratégias como essa podem evitar o agravamento do quadro clínico instalado, diminuir a possibilidade de complicações e sequelas e, conseqüentemente, reduzir gastos com tratamento.

Destaca-se que todas as ferramentas de alerta desenvolvidas para avaliação da criança em deterioração devem partir de uma abordagem sistematizada de dados vitais e parâmetros clínicos, permitindo uma avaliação confiável e rápida, a fim de alcançar sua finalidade em contribuir com a equipe para condução individual do paciente e oferecer atendimento seguro e de qualidade (MIRANDA et al., 2016a)

O presente estudo justifica-se pela importância em desenvolver pesquisas sobre a necessidade de reconhecer precocemente os sinais de gravidade para melhorar o prognóstico da criança hospitalizada e produzir material científico acessível aos profissionais e estudantes de saúde, contribuir com a comunidade científica e auxiliar na qualificação da assistência prestada à criança hospitalizada. Paralelo a isso, mais estudos precisam ser desenvolvidos, visto à escassez de publicações no Brasil, a fim de fortalecer as evidências para utilização destas ferramentas pela enfermagem e demais profissionais de saúde.

O objetivo deste estudo é analisar as estratégias de enfermeiras para

reconhecimento precoce e cuidado da deterioração clínica na emergência pediátrica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa com a finalidade de analisar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras de emergência para reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica no cenário hospitalar de Feira de Santana - BA.

Os campos para coleta dos dados foram as unidades de emergência pediátrica de um hospital público de referência, com 186 leitos para pediatria, e dois hospitais privados, um com 42 e outro com 20 leitos, localizados no município de Feira de Santana – Bahia. O município está localizado no interior da Bahia, há aproximadamente 100 km da capital Salvador, tem uma população em torno de 620 mil habitantes sendo considerado o segundo maior município de todo estado (IBGE, 2017).

Participaram do estudo 31 enfermeiras trabalhadoras das unidades de emergência dos respectivos hospitais que prestam assistência pediátrica direta à criança neste contexto, independente do tempo de atuação nas unidades. Foram incluídas as enfermeiras que estavam atuando no período da coleta, e excluídas as enfermeiras afastadas de suas atividades por motivo de licença, férias, entre outros.

Em uma visita prévia às coordenações de enfermagem dos hospitais selecionados, foi apresentada a proposta do estudo para autorização pelas instituições e encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa foi submetida ao CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado sob o parecer de nº 2.996.252, CAAE 00511118.9.0000.0053. Em posse da aprovação do CEP entramos em contato com as enfermeiras via aplicativo de mensagem para enviar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para leitura, autorização de participação no estudo e agendamento do dia de coleta.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada no campo de atuação das enfermeiras. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, para que o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2010). As entrevistas foram gravadas mediante autorização do profissional, e buscando manter a identidade e anonimato de todos os participantes, as pesquisadoras utilizaram codinomes de personagens (heroínas e heróis) de desenhos infantis, de conhecimento apenas da pesquisadora, para referenciar as falas no decorrer deste estudo.

Após a coleta, os dados foram transcritos, preservando as ideias, sequência e linguagem utilizadas pelos sujeitos para posterior análise. Durante a entrevista, não

foram feitas interferências valorativas sobre o que estava sendo expresso, exceto quando alguma estrutura relevante emergiu na fala, sendo interrompido para um maior esclarecimento ou para incorporar novos questionamentos dentro do objeto a ser investigado.

Os dados qualitativos foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin, respeitando as três fases: pré exposição do material, ou leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas; a seleção das unidades de significados; e o processo de categorização e sub-categorização (BARDIN, 2016).

Os dados foram apresentados sob a forma de categorias. Estas foram definidas a partir dos conteúdos das falas manifestas nas entrevistas gravadas e transcritas dos participantes do estudo, conforme recomenda a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016).

3 | RESULTADOS

Dos 31 profissionais participantes, 25 eram do sexo feminino e 06 do sexo masculino, a faixa etária variou de 25 a 49 anos, o tempo de formação de 1 a 17 anos, o tempo de atuação na área pediátrica de 04 meses a 11 anos, 20 fizeram especialização/residência, 02 são mestres e 09 não tinham especialização. Todas possuíam vínculo empregatício e trabalhavam com um regime de carga horária de 36 horas semanais equivalentes a 144 horas mensais. Além da emergência como unidade de trabalho, algumas enfermeiras referiram ter trabalhado em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), semi-intensiva, clínica, centro-cirúrgico, ambulatorio, setor de regulação, auditoria e SAME.

Os resultados das entrevistas foram organizados em três categorias que emergiram a partir da análise de conteúdo temática utilizada para interpretar as falas das enfermeiras a respeito do conhecimento sobre o fenômeno da deterioração clínica, seu reconhecimento e intervenções. São elas: A deterioração clínica e suas manifestações na criança; Ferramentas e estratégias utilizadas para reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica na emergência; e Condutas diante da criança em deterioração clínica na emergência pediátrica.

3.1 A deterioração clínica e suas manifestações na criança

Essa categoria descreve o conhecimento das enfermeiras sobre o fenômeno da deterioração clínica e como ele se manifesta na criança. Durante as entrevistas, o termo deterioração esteve quase sempre relacionado a sinais de gravidade, de risco e piora clínica, sendo basicamente definida como uma situação grave, caracterizada por alterações neurológicas, respiratórias e hemodinâmicas, conforme se reflete nas falas abaixo:

Eu entendo a deterioração como os sinais de gravidade, de risco para a criança principalmente na questão respiratória que onde a gente encontra as crianças mais graves. Deterioração eu acho que é isso, ...os sinais de gravidade na criança. (Vampira).

Eu entendo por deterioração clínica os sinais de piora que a criança evidencia, geralmente na parte neurológica, parte respiratória e hemodinâmica no geral. (Capitã Marvel).

Em relação as manifestações da deterioração clínica na criança, as enfermeiras sinalizaram indicadores que consideram como sinais de alerta para esse fenômeno e que devem ser observados por elas na rotina de trabalho na emergência:

[...] Atividade da criança, TEC, padrão respiratório, sinais vitais, coloração da criança e sinais de desidratação na pele e mucosa. (Viúva Negra).

Frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão, débito urinário, pulso, tempo de enchimento capilar, prostração, sinais de má perfusão, gemência. (Lois Lane).

Geralmente observo o estado da pele, busco por sinais de desidratação, observo as fontanelas, nível de consciência, se teve febre, se tem histórico de convulsão, dor.

(Dr. Estranho).

[...] a gente tem que ficar muito atenta aos sinais vitais, à questão neurológica da criança, a atividade ou hipoatividade da criança, cada sinalzinho é importante pois dá indícios de piora clínica na criança. (Gamora).

Nas falas percebe-se que muitos sinais clínicos foram listados, porém de forma aleatória, não organizada ou sistematizada, o que pode ser resultado da falta de rotina e protocolos para tal avaliação.

3.2 Ferramentas e estratégias utilizadas para reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica na emergência

Quando perguntado as enfermeiras se conheciam e/ou utilizavam ferramentas para auxiliá-las no reconhecimento precoce e registro de deterioração clínica pediátrica, apenas 09 referiram conhecer e nenhuma delas utilizava esses instrumentos nas suas instituições de trabalho. Dos profissionais que referiram conhecer, poucas informaram ferramentas específicas para o reconhecimento da deterioração, o Escores Pediátrico de Alerta (EPA), entretanto, outras trouxeram como exemplos o sistema de Classificação de Risco baseado do modelo de

Manchester (para classificar o risco e direcionar o fluxo de atendimento por prioridade nas unidades de emergência) e a Escala de Coma de Glasgow (ECG) (para avaliação neurológica em situação de trauma).

[...] a gente não tem nenhuma ferramenta que possa utilizar para a avaliação, é apenas o conhecimento e avaliar do estado clínico da criança para ver se ela está estável ou está piorando. (Thor).

[...] a gente não tem nada estabelecido (ferramentas) como uma tabela que a gente possa se basear, porém existem alguns critérios que a profissão vai nos dando com a experiência [...] a gente sempre na triagem fica sinalizando para os pais a classificação de risco da criança no momento. (Okoye).

[...] a gente trabalha em cima do protocolo de classificação de risco e sinais de gravidade do paciente. (Homem de Ferro).

Quando eu trabalhei na enfermaria, foi iniciado o EPA e tem algumas coisas que eu ainda memorizei questão de sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema neurológico e pela prática que eu tinha no andar acabei memorizando. (Gamora).

Eu utilizo a avaliação inicial, Escala de Coma de Glasgow, avaliação dos sinais vitais, e avaliação hemodinâmica. (Capitã Marvel).

Em relação as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para reconhecer precocemente os sinais de deterioração clínica da criança na emergência, elas descreveram: o olhar clínico, a preocupação dos pais, anamnese, o exame físico com avaliação e reavaliação sistemática, a monitorização, e a experiência adquirida com a profissão.

[...] É algo que fica inerente ao olhar do profissional enfermeiro, a gente o tempo todo tem um olhar diferenciado em cima do paciente, não é só para aquele que chega já com sinais instalados, mas sim todo paciente que vem buscar a emergência tem um potencial de se agravar [...]. (Homem de Ferro).

[...] a enfermeira tem aquilo do olhar clínico, de observar a criança, procurar saber da mãe se a criança se geralmente se comporta daquela maneira [...] A mãe é o melhor médico que existe, sempre questiono a mãe como a criança vem evoluindo, peço para ela observar e sinalizar alguma alteração. (Nebulosa).

O exame físico, a criança chega e você visualiza, faz o exame físico geral, anamnese com os pais e você consegue detectar sinais alterados e após isso a gente monitoriza, o monitor já dá uma ajuda de 50% pra gente saber mais ou menos o que está acontecendo.

(Katana).

Sim, a estratégia na verdade é a avaliação, e é basicamente o reconhecimento de sinais e sintomas que esse paciente pode estar apresentando que indica que ele não está legal [...]. (Homem de Ferro).

[...] o meu critério é a avaliação e reavaliação, assim eu consigo ter um contato maior para poder identificar e acionar o médico para que ele possa dar um feedback para a gente também. (Mera).

Quando você vê uma criança você já percebe se ela está grave ou não, eu costumo dizer que criança avisa se vai parar (parada cardiorrespiratória). Avisa que está ficando mais grave, eu nunca vi uma criança chegar assim, de repente, tá aqui falando, e pá! Não. Ela começa a apresentar os sintomas, aí a gente já vê que tem algo errado, vamos investigar o que está acontecendo, olho sinais vitais, tudo que está levando a criança estar daquele jeito. (Pepper).

3.3 Condutas diante da criança em deterioração clínica na emergência pediátrica

Esta última categoria descreve as condutas das enfermeiras da emergência após o reconhecimento da criança em deterioração clínica. De maneira geral, todas as enfermeiras buscaram um caminho semelhante para estabilizar a criança ressaltando o trabalho em equipe e a comunicação como peças chave para obter sucesso no atendimento. Sobre as ações específicas da enfermagem, a chamada por ajuda médica, a monitorização, a oferta de oxigênio e o estabelecimento de um acesso venoso foram destacados como as primeiras condutas prioritárias da enfermagem.

A primeira coisa que a gente faz é pedir suporte e ajuda, a segunda coisa é encaminhar ela para um leito de parada, já vai monitorizando, abre o carrinho de emergência, se necessário, você já vai pegando um acesso venoso, coloca ela no oxigênio, se necessário, enquanto o médico chega para determinar o restante da conduta e claro, se ela por exemplo estiver entrando numa parada cardiorrespiratória, você não vai esperar o médico e já começa a reanimação. (Thor).

Primeiro a gente monitoriza, garante acesso venoso calibroso, oxigênio, checka pulso, inicia os cuidados e aí chama o médico. Aqui o enfermeiro tem autonomia até de fazer a primeira dose de adrenalina conforme a ficha de parada, porque a gente já tem uma ficha pré-determinada de medicações para uso em caso de parada cardiorrespiratória, aí até o médico chegar você inicia compressão, faz primeira dose de adrenalina e espera ele chegar para dar continuidade. (Katana).

Aqui na emergência tem a criança que chega pela triagem, se for uma criança classificada em vermelho, já entro em contato com o médico plantonista do setor da medicação e da estabilização, a depender do que for, a gente coloca na sala de medicação para monitorizar, já vai pegando o acesso e seguindo o protocolo e a partir da conduta, a equipe vai direcionando os cuidados. (Mulher Maravilha).

Coloco a criança no leito de parada, chamo o médico e enquanto ele não chega a equipe já se organiza numa sincronia providenciando dois acessos venosos calibrosos, monitorizo, ofertando oxigênio, avaliar frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, provavelmente uma criança grave vai estar sob constante monitorização para que a gente tenha parâmetros para saber bom essa criança está dessaturando? Está piorando? Eu tenho que estar sinalizando ao médico o tempo todo. (Tempestade).

4 | DISCUSSÃO

As enfermeiras trabalhadoras das emergências pediátricas participantes deste estudo entendem a deterioração clínica na criança como uma situação de gravidade, caracterizada principalmente por sinais e sintomas que traduzem alterações hemodinâmicas. Trata-se de uma compreensão técnica e pontual sobre o fenômeno da deterioração, sem levar em consideração sua repercussão no prognóstico, na morbimortalidade infantil e no cenário hospitalar pediátrico. Além disso, não havia um processo sistemático de avaliação na sua rotina de trabalho.

A partir de uma análise de conceito, a deterioração clínica foi operacionalmente definida como “um estado dinâmico vivenciado pelo paciente, que pode comprometer sua estabilidade hemodinâmica e promover descompensação fisiológica acompanhada de achados subjetivos e/ou objetivos” (PADILLA; MAYO, p. 7, 2018). Alguns conceitos da deterioração clínica são baseados na presença de alterações dos sinais vitais e em observações clínicas que tentam ajudar prospectivamente na previsão de risco, porém, é preciso considerar outras questões, a exemplo de fatores individuais e terapêuticos (JONES et al., 2013).

A deterioração clínica pode aumentar a morbidade, prolongar o tempo de internamento, gerar incapacidade, disfunção múltipla e morte (JONES et al., 2013), além de aumentar os gastos públicos devido a possibilidade de complicações e sequelas secundárias a esse evento (VASCONCELLOS; MELO; GRESTA, 2011; MELO; SILVA, 2011).

Diante das possíveis repercussões da deterioração sobre os contextos individuais, institucionais e de saúde pública, estratégias bem fundamentadas em evidências científicas são necessárias para reduzir esses impactos. Sendo assim, sistemas de reconhecimento da piora clínica padronizados, bem estabelecidos e

institucionalizados podem ser necessários.

A avaliação sistematizada dos sinais vitais e clínicos ajuda a correlacioná-los com a condição da criança. Os sinais clínicos são considerados pistas para o reconhecimento da deterioração clínica pediátrica, o que irá direcionar o processo de tomada de decisão em relação à escolha do cuidado a ser prestado (GAZARIAN; HENNEMAN; CHANDLER, 2010). Quanto mais precoce o reconhecimento e a intervenção, menores serão os impactos individuais e contextuais.

Todas as enfermeiras relataram que, em seus serviços, ainda não dispõem de uma ferramenta padronizada para auxiliá-las na avaliação, mensuração e documentação da deterioração clínica. Os escores de alerta precoce para identificação de sinais de piora ainda são estratégias pouco conhecidas e não utilizadas pelas enfermeiras participantes do estudo. O único escore mencionado por elas foi o EPA, uma ferramenta brasileira, desenvolvida para apoiar enfermeiros no processo de reconhecimento dos sinais de gravidade na criança e adolescente durante a avaliação diária (OLIVEIRA, 2019).

A avaliação da criança por meio de instrumentos adequados pode ajudar na determinação de condutas apropriadas e prevenir complicações (MIRANDA et al., 2016a; MIRANDA, 2017). Um instrumento objetivo, associado a sistematização da assistência, torna o trabalho da equipe mais dinâmico e eficiente, atendendo às necessidades do paciente com qualidade e segurança (PEREIRA; MANSUR; IONEMOTO, 2016). Adotar uma ferramenta vinculada a um fluxograma de atendimento permite uma assistência sistematizada, otimiza o serviço, ajuda a priorizar as ações, principalmente em períodos movimentados, e confere maior segurança à equipe e ao paciente (MASSEY; CHABOYER; ANDERSON, 2016).

A aplicação de escores pediátricos de alerta durante a avaliação clínica da criança permite que o profissional de saúde transmita segurança à equipe, fortaleça seu trabalho e coordene seu cuidado com vistas a antecipar as intervenções (KLEIN, et al. 2017). Os Sistemas Pediátricos de Alerta, a partir da identificação precoce da piora clínica, podem disparar intervenções antecipadas por parte da equipe de saúde e modificar o prognóstico da criança (MIRANDA, 2017).

Considerando o cenário político atual de instabilidade empregatícia e grande rotatividade de profissionais da saúde, sobretudo na enfermagem, a utilização de sistemas de identificação precoce de deterioração clínica podem permitir que a enfermeira forneça uma assistência mais segura, principalmente aquelas menos experientes, pois o próprio instrumento auxilia no direcionamento do olhar clínico para a gravidade (SENA; MIRANDA, 2019).

Um sistema de reconhecimento e intervenção precoces para subsidiar o manejo adequado da criança com potencial risco para agravar é uma atividade complexa que demanda questões individuais e contextuais para sua obtenção, porém

consiste em um recurso essencial para garantia da segurança do paciente pediátrico em situações de gravidade clínica. É por isso que, a adoção de ferramentas de alerta precoce tem sido uma tendência mundial, e muitos estudos corroboram com a necessidade de sua utilização nos serviços de saúde (MASSEY; CHABOYER; ANDERSON, 2016; KLEIN, et al. 2017; PEREIRA; MANSUR; IONEMOTO, 2016).

Algumas das enfermeiras também referiram em suas falas a necessidade de dar importância a preocupação dos pais sobre o estado clínico do seu filho (a), já que o acompanhante/responsável pelo cuidado tem uma relação mais estreita e conhece melhor o comportamento da criança. Nessa perspectiva, alguns escores pediátricos de alerta precoce incluem a preocupação dos pais como critério de avaliação para reconhecimento da deterioração clínica. Estabelecer uma parceria entre os pais/familiares e a equipe de saúde ajuda a esclarecer sobre o estado de saúde da criança, além de transmitir segurança e quebrar as barreiras do contexto do cuidado (GAWRONSKI et al., 2018).

Não existe um consenso sobre qual seria a ferramenta considerada padrão de referência para reconhecimento de sinais de deterioração clínica em crianças, sendo necessário que cada serviço escolha a que melhor se adeque a sua necessidade e realidade (MIRANDA, 2016b). Porém, é importante destacar que o conhecimento especializado influencia diretamente na avaliação e tomada de decisão na assistência prestada a criança, bem como impacta no direcionamento do cuidado que deve ser aplicado diante da gravidade. Sendo assim, as ferramentas para reconhecimento precoce de deterioração clínica pediátrica não substituem o julgamento e a habilidade clínica do profissional (DIFONZO, 2019), visto que sua função é sistematizar e auxiliar na avaliação, mensuração, documentação e comunicação profissional.

Em relação às condutas das enfermeiras diante da criança em deterioração clínica, apesar de a maioria não citarem, especificamente, as orientações da American Heart Association (AHA) nas suas falas, todas descreveram utilizar suas recomendações para estabilização da criança, de modo a intervir antes da evolução para parada cardiorrespiratória. No que se refere ao cuidado da criança gravemente doente, as condutas orientadas pela AHA são consideradas as melhores evidências para direcionar o atendimento de emergência.

Após a avaliação inicial, ações devem ser realizadas para o tratamento da criança gravemente doente. As intervenções para o Suporte Avançado de Vida em Pediatria incluem: acionar o serviço de emergência/urgência; iniciar a reanimação cardiopulmonar, se preciso; monitorizar; oferecer oxigênio e ventilação necessários; e iniciar medicações e fluidos (AHA, 2017).

Associado às condutas, as enfermeiras destacaram a importância da comunicação e do trabalho em equipe para o sucesso no atendimento. O trabalho

em equipe, a boa comunicação e sincronia das ações foram descritos como fatores decisivos durante a estabilização da criança. As relações interpessoais entre os membros de uma equipe, sobretudo entre médicos e enfermeiras, podem ser uma barreira ou atuarem como estimuladores da assistência ao paciente (PETERSEN; RASMUSSEN; RYDAHL-HANSEN, 2017).

A enfermagem se destaca por estar lidando diretamente com o paciente, alertando a equipe, direcionando a atenção para as crianças com risco potencial de deterioração clínica, o que caracteriza uma atividade colaborativa que necessita de habilidades tanto técnicas como não técnicas para funcionar (PETERSEN; RASMUSSEN; RYDAHL-HANSEN, 2017).

Nesse estudo, independente do contexto de trabalho, público ou privado, não foram observadas divergências consideráveis no que se refere ao entendimento das enfermeiras de emergência sobre a deterioração clínica pediátrica, assim como sobre as estratégias para seu reconhecimento precoce e condutas diante da piora. Entretanto, percebeu-se mais segurança na fala das enfermeiras com maior tempo de atuação e, portanto, maior experiência no atendimento à criança gravemente doente.

Enfermeiras com maior tempo de atuação na área pediátrica e especializadas têm uma sensibilidade maior para identificar e intervir na criança grave, a experiência aliada a atualização do conhecimento é um fator primordial para identificar os sinais que alertam para deterioração clínica. Estudos descobriram que o nível de pós-graduação está intimamente associado ao julgamento clínico das enfermeiras para reconhecer de forma precoce a deterioração clínica e faz a diferença na conduta aplicada à criança gravemente doente (MASSEY; CHABOYER; ANDERSON, 2016; AL-THUBAITY et al., 2018; DOYLE, 2018)

A presença de enfermeiras especialistas no atendimento pediátrico é um dos aspectos fundamentais para melhorar a prática assistencial e os cuidados a criança em deterioração clínica (KONISHI et al., 2019). Desse modo, ações de capacitação para promover o treinamento da equipe permitem a socialização do conhecimento, resultando numa maior interação entre os profissionais e um olhar mais apurado para reconhecer os sinais de deterioração clínica em crianças (DIFONZO, 2019).

Diante do exposto, se faz necessário o despertar das instituições para investir mais em educação permanente visando melhoria no julgamento clínico e reconhecimento dos sinais de alerta em tempo hábil, visto que a capacidade das enfermeiras em reconhecer e responder precocemente a deterioração clínica na criança é essencial para prevenir ou minimizar eventos adversos (MASSEY; CHABOYER; ANDERSON, 2016). Além disso, é preciso que sistemas de alerta precoce associados a equipes de resposta rápida sejam institucionalizados a fim de organizar o cuidado prestado a criança em deterioração clínica.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as estratégias e condutas utilizadas por enfermeiras para reconhecimento precoce da deterioração clínica nas emergências pediátricas. As enfermeiras participantes do estudo entendem a deterioração clínica como uma condição grave, que exige reconhecimento e intervenção precoces. Elas utilizam basicamente o exame clínico como principal estratégia de avaliação, porém o uso de sistemas pediátricos de alerta precoce ainda não faz parte da sua rotina de trabalho. Diante da deterioração elas buscam a estabilização da criança e consideram o trabalho em equipe primordial nesse processo.

Desse modo, a utilização de um sistema para o reconhecimento precoce, por meio de estratégias padronizadas, e intervenções oportunas na deterioração clínica, associado a educação profissional continuada, podem melhorar a segurança no cuidado prestado à criança hospitalizada no sentido de prevenir complicações e desfechos desfavoráveis decorrentes da deterioração clínica, minimizando assim os impactos para a criança, a família, os serviços e a saúde pública.

REFERÊNCIAS

AL-THUBAITY, D. *et al.* Newly qualified saudi nurses' ability to recognize the deteriorating child in hospital. **Nursing in Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 263-267, 2019. Disponível em: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/872932> . Acesso em: 18 jul. 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Abordagem sistemática à criança gravemente doente ou ferida. In: AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em pediatria manual do profissional**. São Paulo: Artes Gráficas e Editora/Sesil, 2012. p. 7-29.

AUGUSTO, C. A. *et al.* Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, p. 745-764, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007. Acesso em: 13 ago. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plataforma Brasil**. 2012. Disponível em: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CHAPMAN, S. M.; GROCOTT, M. P. W.; FRANCK, L. S. Systematic review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. **Intensive Care Medicine**, Paris, v. 36, n. 4, p. 600-11, 2010. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-009-1715-x>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CHAPMAN, S. M.; WRAY, J.; OULTON, K.; PETERS M. J. The Score Matters: wide variations in predictive performance of 18 paediatric track and trigger systems. **Archives Disease Child**, London, v. 102, p. 487-495, mar. 2017. Disponível em: <https://adc.bmj.com/content/early/2017/03/13/archdischild-2016-311088.info>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CHAPMAN, S. M. *et al.* Systematic review of paediatric track and trigger systems for hospitalised children. **Resuscitation**, v. 109, p. 87-109, dez. 2016. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(16\)30377-X/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(16)30377-X/fulltext). Acesso em: 18 jul. 2018.

DIECKMANN, R. A.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. **Pediatric Emergency Care**, v. 26, n. 4, p. 312-315. 2010. Disponível em: <http://goo.gl/wMNz4V>. Acesso em: 20 jun. 2018.

DIFONZO, M. Performance of the Afferent Limb of Rapid Response Systems in Managing Deteriorating Patients: A Systematic Review. **Critical Care Research And Practice**, [s.l.], v. 2019, p. 1-16, 30 out. 2019. Hindawi Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2019/6902420>. Acesso em: 14 mar. 2020.

DOYLE, J. Clinical early warning scores: New clinical tools in evolution. **The Open Anesthesia Journal**, v. 12, p. 26-33, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326737565_Clinical_Early_Warning_Scores_New_Clinical_Tools_in_Evolution. Acesso em: 30 dez. 2019.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.684-688, jul./ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25. Acesso em: 28 de out. 2012.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, jul./set. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME. Acesso em: 18 jul. 2018.

GAWRONSKI, O. *et al.* Qualitative study exploring factors influencing escalation of care of deteriorating children in a children's hospital. **BMJ Paediatrics Open**, v. 2, e000241, p. 1-8, maio 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5976135/>. Acesso em: 30 dez. 2019.

GAZARIAN, P.K; HENNEMAN, E.A; CHANDLER, G.E. Nurse decision making in the prearrest period. **Clinical Nursing Research**, v. 19, n. 1, p. 21-37, dez. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/40442371_Nurse_Decision_Making_in_the_Prearrest_Period/link/5714dde908ae4e2fdb16a37/download. Acesso em: 28 dez. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALES, P. D. S. *et al.* Reduced frequency of cardiopulmonary arrests by rapid response teams. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 442-448, dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082012000400009>.

IBGE. **Panorama de Feira de Santana**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 20 mar. 2020

JONES, D. *et al.* Defining clinical deterioration. **Resuscitation**, Philadelphia, v. 84, n. 8, p. 1029-34, 2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0300957213000440/1-s2.0S0300957213000440-main?tid=08d43c44-c638-11e3-a7a900000aacb35f&acdnat=1397743152_d21202c108ec0068d9d06d5752a6ff28. Acesso em: 20 jun. 2018.

KLEIN, K. *et al.* Escala PEWS: Instrumento potencializador na avaliação clínica pediátrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 7., 2017. São Paulo – SP. **Anais [...]**. São Paulo: SOBEP, 2017. p.310.

KONISHI, *et al.* Incidence and risk factors for readmission to a paediatric intensive care unit. **Nursing in critical care**, [s.l.], v. 1, p.1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12471>. Acesso em: 14 mar. 2020.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANDALUCE, A. F.; FERNANDEZ, J. B.; RASO, S. M. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 60-67, nov./dez. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717305028?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MARINHO, Gerson Luiz; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; JOMAR, Rafael Tavares; ABREU, Ângela Maria Mendes. Brazilian nurses' sociodemographic changes in the first decade of the 21st century. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0198>.

MASSEY, D.; CHABOYER, W.; ANDERSON, V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. **Nursing Open**. Nambour, v. 4, n. 1, p. 6-23, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5221430/>. Acesso em: 28 dez. 2019

MATSUNO, A. K. Parada cardíaca. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 223-233, jun. 2012. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp7_Parada%20card%EDaca%20em%20crian%20E7as. Acesso em: 20 jun. 2018

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. Reconhecimento do paciente gravemente enfermo. **Urgência e emergência na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. p. 36-38.

MELO, M. C. B; ALVIM, C. G. Reconhecimento e primeiro atendimento à criança e ao adolescente gravemente enfermos. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 263-276.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, J. O. F. **Acurácia e reprodutibilidade de um escore pediátrico de alerta precoce de deterioração clínica**. 2017. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MIRANDA, J. O. F. *et al.* Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa de um escore pediátrico de alerta precoce. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1128-1136, 2016a. Disponível em: <http://goo.gl/J7fejf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

MIRANDA, J. O. F. *et al.* **Reconhecimento da deterioração das condições clínicas em crianças hospitalizadas**. In: GAÍVA, M. A. M.; TOSO, B. R. G. O.; MANDETTA, M. A. PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016b. p. 9-56.

MONAGHAN, A. Detecting and managing deterioration in children. **Paediatric Nursing**, Pitman, v. 17, n. 1, p. 32-35, fev. 2005. Disponível em: <http://rcnpublishing.com/doi/pdfplus/10.7748/ paed2005.02.17.1.32.c964>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MORGAN, R. G. M.; WRIGHT, M. M. In defence of early warning score. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 99, n. 5, p. 747-748, 2007. Disponível em: <http://bja.oxfordjournals.org/content/99/5/747.full+html>. Acesso em: 15 maio 2018.

OLIVEIRA, T. L. **Validade e confiabilidade do escore pediátrico de alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica**. 2019. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

PADILLA, R. M.; MAYO, A. M. Clinical deterioration: a concept analysis. **Journal of Clinical Nursing**, San Diego, v. 27, n. 7/8, p. 1360-1368, abr. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14238>. Acesso em: 27 dez. 2019.

PEREIRA, R.; MANSUR, D. G. N.; IONEMOTO, H. F. Implantação de escore de alerta de gravidade precoce em hospital infantil privado: relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 16, n. 2, p. 81-84, dez. 2016. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n2/vol_16_n_2-relato_de_experiencia_2.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

PETERSEN, J. A.; RASMUSSEN, L. S.; RYDAHL-HANSEN, S. Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study. **BMC Emergency Medicine**, v. 17, n. 1, p. 1-9, dez. 2017. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29191159>. Acesso em: 27 dez. 2019.

SARAMAGO, J. **Todos os nomes**. São Paulo: Planeta de Agostini, 2003. p. 68.

SENA, J. C. S.; MIRANDA, J. O. F. Aplicação de sistemas de alerta precoce para identificação de deterioração clínica pediátrica no cenário brasileiro. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS, 23., 2019, Feira de Santana. **Anais [...]**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2019.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística sem segredos**. Salvador, [s. n.] 2008. p. 2-4.

TIBALLS, J. Systems to prevent in-hospital cardiac arrest. **Pediatrics and Child Health**, New York, v. 21, n. 7, p. 322-328, jul. 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751722211000722>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VASCONCELLOS, M. C.; MELO, M. C. B.; GRESTA, M. M. Primeiro atendimento à criança gravemente enferma. In: LEÃO, E. *et al.* **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pocket book of hospital care for children**: guidelines for the management of common childhood illnesses. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81170/1/9789241548373_eng. Acesso em: 18 jul. 2018.

CAPÍTULO 22

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS MULTIDISCIPLINARES PARA GESTANTES EM UMA PERSPECTIVA DE CUIDADO AMPLIADO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 09/09/2020

Deylane de Melo Barros

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9578525509986437>

Marystella Dantas Magalhães

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7956699559135630>

Jaira dos Santos Silva

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3822116575210807>

Layana Maria Melo Nascimento

Faculdade Latino Americana de Educação
Fortaleza, Ceará, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3205876974600461>

Laiz Alves Coutinho

Faculdade UNINASSAU - Campus Redenção
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9294980752330009>

Hallyson Leno Lucas da Silva

Faculdades Integradas de Patos
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5526889363361625>

Mariza Inara Bezerra Sousa

Hospital de Doenças Tropicais da Universidade
Federal do Tocantins
Araguaína, Tocantins, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2059671192724472>

Mayron Raphael Pereira Viana

Faculdade UNINASSAU - Campus Parnaíba
Parnaíba, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6242123671719616>

Ayla Cristina Rodrigues Ramos da Costa

Universidade Federal do Piauí
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2359211397277594>

Thalita de Moraes Lima

Universidade Estadual do Piauí
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9561119569085003>

Mayna Maria de Sousa Moura

Centro Universitário Santo Agostinho
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9674850102729093>

Francisco Lucas de Lima Fontes

Universidade Federal do Piauí
Teresina, Piauí, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1608853668745294>

RESUMO: Objetivou-se com este estudo relatar a experiência sobre o uso de tecnologias educativas multidisciplinares para gestantes em uma perspectiva de cuidado ampliado. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência desenvolvido em uma maternidade-escola com onze gestantes de alto risco. Por meio de uma oficina utilizaram-se três tecnologias educativas: *talk show*, simulação realística e *quiz*. O evento foi dividido em quatro estações de aprendizagem: pré-natal de qualidade; vínculo pais e filhos;

cuidados com recém-nascido no pós-parto; mitos e verdades sobre o aleitamento materno exclusivo. As tecnologias desenvolvidas promoveram um espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que levaram à construção e à reconstrução do conhecimento a partir da interação entre gestantes, familiares e profissionais de saúde. Consta-se que o uso de tecnologias educativas aliadas ao envolvimento da equipe multidisciplinar pode contribuir para a mudança de paradigmas no cenário obstétrico, tornando a gravidez um período de informações e cuidados favoráveis à saúde da mãe e do recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias em Saúde, Educação em Saúde, Gravidez de Alto Risco.

MULTIDISCIPLINARY EDUCATIONAL TECHNOLOGIES FOR PREGNANT WOMEN IN AN EXPANDED CARE PERSPECTIVE

ABSTRACT: The objective of this study was to report the experience on the use of multidisciplinary educational technologies for pregnant women in an expanded care perspective. It is a study described with a qualitative approach of the experience report type developed in a maternity-school with eleven high-risk pregnant women. Through a workshop, three educational technologies were used: talk show, realistic simulation and quiz. The event was divided into four learning seasons: quality prenatal care; bond between parents and children; postpartum newborn care; myths and truths about exclusive breastfeeding. The developed technologies promoted a space for exchanging experiences, knowledge and experiences that led to the construction and reconstruction of knowledge based on the interaction between pregnant women, family members and health professionals. It appears that the use of educational technologies combined with the involvement of the multidisciplinary team can contribute to changing paradigms in the obstetric scenario, making pregnancy a period of information and care favorable to the health of the mother and the newborn.

KEYWORDS: Health Technologies, Health Education, Pregnancy High-Risk.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é relacional e, portanto, traz como centralidade o trabalho vivo, isto é, os produtos do cuidado em saúde realizam-se em ato. Logo, a ação de cuidar implica necessariamente o uso de tecnologias de saúde leves (que englobam as relações interpessoais, o vínculo e o acolhimento), as quais devem ser intercambiadas com as tecnologias leve-duras (que agregam o conhecimento estruturado e sustentado nas Ciências da Saúde) e duras (relativas aos equipamentos e dispositivos) (MACHADO; XIMENES NETO, 2018; SCHORR *et al.*, 2020). Em consequência, exige-se dos profissionais de saúde uma formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para o atendimento de demandas do mercado de trabalho. Essas mudanças de paradigma permitem a construção de um cuidado ampliado e holístico centrado na perspectiva do usuário.

Nessa lógica, a educação em saúde é uma prática pautada nas relações

sociais entre profissionais e usuários do sistema de saúde, sendo atividade fundamental para promoção, prevenção e recuperação da saúde (FERREIRA *et al.*, 2019). Nesse contexto de cuidar, aliar o uso das tecnologias para propagar a educação em saúde torna-se uma forma mais interativa de chamar a atenção de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução gravídica desfavorável, tanto para ela quanto para o feto, constituindo o chamado grupo de gestantes de alto risco.

Assim, as tecnologias educativas utilizadas nos serviços de saúde têm repercussões positivas na assistência à gestante, trazendo experiências diferenciadas de entretenimento, aprendizagem e empoderamento no cuidado em saúde. A interação da ferramenta educativa com a usuária do sistema pode promover a mudança de comportamento com práticas de autocuidado. Para tanto, é necessária uma linguagem bem direcionada e clara, de forma a favorecer a compreensão e a formulação ou reformulação de sentidos, o que possibilita a adoção de condutas que melhorem suas condições de saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Autores destacam benefícios da assistência pré-natal com uso de tecnologias educativas na gestação, como empoderamento materno, familiar e autonomia; construção do saber compartilhado e tomada de decisões de modo consciente; participação ativa na gestação, parto, nascimento e puerpério. Enfatizam ainda a importância da equipe multiprofissional para desenvolvimento das práticas educativas (GUANABARA *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Logo, a assistência pré-natal e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado em saúde, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem-estar e contribua para uma vida saudável. A baixa adesão de gestantes às consultas de pré-natal dificulta o diagnóstico e tratamento de forma precoce das complicações no ciclo gravídico-puerperal e reflete no aumento do número de óbitos maternos (DEMITTO *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2019; SANTANA *et al.*, 2019).

Atualmente a razão de mortalidade materna global encontra-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo considerada um desafio à saúde pública. Dessa forma, os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que sucederam os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, convocam o mundo para um esforço conjunto que visa eliminar a mortalidade materna por causas evitáveis, entre os anos de 2016 e 2030. No Brasil, a meta é reduzir para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (UN, 2015; WHO, 2015)

Partindo dessa compreensão e considerando o elevado número de óbitos que poderiam ser evitados, entende-se a importância de ações amplas e articuladas que apontem uma mudança efetiva do atual modelo assistencial na atenção obstétrica. Nesse sentido, estudos que abordam o uso de tecnologias educativas

nas ações de prevenção e promoção da saúde da mulher são relevantes, pois servem de embasamento científico para atuar de forma significativa na redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva, mediante adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal (BARBOSA *et al.*, 2020). Diante do brevemente explanado, o objetivo do presente estudo foi relatar a experiência sobre o uso de tecnologias educativas multidisciplinares para gestantes em uma perspectiva de cuidado ampliado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de uma atividade de extensão da disciplina “Tecnologias de Cuidado a Família e Desenvolvimento de Produtos e Processos”, presente no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. A disciplina enfatiza o conhecimento e a compreensão de tecnologias em saúde, além de identificação e construção de produtos que se correlacionem com a assistência em saúde e sua aplicação na Estratégia de Saúde da Família.

Para a realização das atividades práticas da disciplina foi elaborada uma oficina englobando três tecnologias educativas: *talk show*, simulação realística e *quiz*, que enfatizaram a troca de ideias e a demonstração e aplicação de técnicas e habilidades. Optou-se por um público alvo representado por gestantes de alto risco, considerando os índices alarmantes de mortes maternas, e também pelo fato deste público requerer atenção qualificada, profissionais treinados, tecnologias de cuidado direcionadas às dificuldades específicas, de modo a prestar uma assistência efetiva às gestantes que possuem maior risco de morbidades e/ou mortalidade.

O local do estudo foi uma maternidade-escola pública de uma capital no Nordeste brasileiro, considerada referência no atendimento à gestante de alto risco sendo, portanto, um local estratégico ao desenvolvimento de práticas preventivas e promotoras da saúde, devido ao fato de receber uma grande demanda desse público alvo, o que facilita a abordagem multiprofissional da equipe.

A oficina totalizou uma carga horária de três horas e foi desenvolvida no mês de fevereiro de 2020, em uma sala disponibilizada pela instituição e próxima ao local de atendimento das gestantes. O evento foi dividido em quatro estações de aprendizagem, as quais foram planejadas para otimizar a participação do público alvo, a saber: pré-natal de qualidade; vínculo pais e filhos; cuidados com recém-nascido no pós-parto; mitos e verdades sobre o aleitamento materno exclusivo. Participaram da intervenção onze gestantes cadastradas no pré-natal de alto risco da maternidade, com seus respectivos acompanhantes, vindos da capital e de

municípios vizinhos.

O atendimento ambulatorial para a alta complexidade funciona de segunda à sexta-feira, no horário de 07:00 às 19:00 h. A escolha das participantes foi realizada de forma aleatória, buscando aproveitar o intervalo em que estas aguardavam a consulta de pré-natal. As gestantes agendadas para a consulta no dia da oficina foram previamente convidadas pela equipe multiprofissional da maternidade, por meio de mensagens curtas de telefonia móvel, com o propósito de estimular o conhecimento prévio da programação do evento e a participação ativa do público alvo.

Importante salientar que, por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de submissão de projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para coleta dos dados. Entretanto, este estudo obedeceu aos princípios da bioética em conformidade com as Resoluções Nº 466, de 2012, e Nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a utilização de estratégias para assegurar o anonimato das participantes das ações educacionais descritas.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O roteiro da oficina foi elaborado por mestrandos e revisado por duas docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Esse instrumento englobou tecnologias educativas disseminadas e conhecidas no meio científico e atividades fundamentadas em orientações do Ministério da Saúde, divididas em quatro estações de aprendizagem. A consolidação desses dados encontra-se no **Quadro 1**.

ESTAÇÕES DE APRENDIZAGEM	TECNOLOGIAS EDUCATIVAS APLICADAS	OBJETIVOS
Pré-natal de qualidade	<i>Talk show</i>	Sensibilizar a gestante quanto à importância de um pré-natal de qualidade
Vínculo pais e filhos	Simulação realística	Fortalecer o vínculo mãe-filho com base nos aspectos biopsicossociais durante a gestação e pós-parto
Cuidados com recém-nascido no pós-parto	Simulação realística	Acompanhar as gestantes oferecendo orientações e informações que contribuam para o desenvolvimento adequado do recém-nascido
Mitos e verdades sobre o aleitamento materno	<i>Quiz</i>	Proporcionar orientação e conhecer a percepção da gestante sobre o aleitamento materno exclusivo

Quadro 1. Estações de aprendizagem, tecnologias educativas aplicadas e seus objetivos. Teresina, Piauí, Brasil.

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

A abertura da oficina teve como mediador um médico neonatologista e aluno do mestrado. Este conduziu a apresentação da estação de aprendizagem “Pré-natal de qualidade”, por meio de tecnologia educativa em formato de *talk show*, no qual foi realizado o acolhimento das gestantes e de familiares que as acompanhavam durante as consultas. O médico esclareceu nesta estação sinais e sintomas clínicos da gestação, realização de exames e importância de detecção precoce de complicações gravídicas, a fim de proporcionar um parto tranquilo e seguro para o binômio mãe-filho. Vale ressaltar, que esses esclarecimentos foram realizados de acordo com as dúvidas apresentadas pelas gestantes, o que oportunizou uma maior interação entre o profissional médico e a paciente.

A segunda estação baseou-se em uma simulação realística cujo tema foi “O fortalecimento do vínculo pais e filhos”, realizada por uma psicóloga e aluna do mestrado. A intervenção educativa teve início com a apresentação de parte do vídeo “O Começo da Vida”, de Estela Renner, lançado em 2016. O documentário retrata a importância do vínculo e do estímulo cognitivo e afetivo na primeira infância, período que corresponde a idade de 0 a 6 anos. Após a exibição do vídeo as gestantes se apresentaram e relataram se já tiveram alguma gravidez anteriormente, e o que significava para elas “ser mãe”.

Em seguida ocorreu o diálogo sobre a importância desse vínculo e como é possível fortalecê-lo. Para estimular o diálogo utilizou-se um roteiro, elaborado previamente pela psicóloga, com perguntas abertas e direcionadas às mães e aos familiares presentes: “Quais os sentimentos/reflexões que o filme lhe provocou?”, “O que significa vínculo para você?”, “Como os adultos se preparam para serem pais e mães? Esse processo é natural? É fácil? É difícil?” e “Quais as principais facilidades e dificuldades encontradas?”.

Na terceira estação realizou-se a simulação realística “Cuidados com recém-nascido no pós-parto”. A atividade foi mediada por três enfermeiras. Em um primeiro momento da atividade as gestantes foram organizadas em círculo e, em uma mesa foi colocada banheira, toalha, fralda, manequim bebê, lenço umedecido, hastes flexíveis de algodão e álcool gel. Foi realizada a simulação da troca de fraldas, do banho do recém-nascido e dos cuidados com o coto umbilical, baseados em recomendações do Ministério da Saúde. Logo após, as participantes puderam interagir, dirimir suas dúvidas e, posteriormente, realizar as práticas no manequim sob orientação e supervisão das enfermeiras.

De modo a finalizar a estação, iniciou-se o *quiz* sobre os mitos e verdades acerca do aleitamento materno exclusivo. As questões foram apresentadas de forma lúdica e apoiadora para as participantes. O teste de conhecimentos aconteceu mediante *PowerPoint*, programa *Microsoft Office*, e as questões foram apresentadas por meio de um *datashow*, no intuito de facilitar a visualização e a compreensão e

promover uma experiência mais exitosa e interativa. As gestantes foram estimuladas a responder cada afirmativa em um minuto, de modo a garantir espontaneidade, por meio das opções mito (polegar para baixo) ou verdade (polegar para cima), e após responderem, a assertiva correta era exibida no *slide*.

4 | DISCUSSÃO

As oficinas inserem-se como estratégias capazes de garantir o espaço dialógico e a horizontalidade da relação entre profissionais e usuários. O trabalho com oficinas pressupõe uma sequência de encontros com uma temática geral delimitada e apresentada para permitir a participação voluntária da população, permitindo que sejam compartilhados conhecimentos e vivências (FREIRE, 2014).

Um estudo realizado com um grupo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Campina Grande, na Paraíba, que objetivou promover o protagonismo dos usuários e sua corresponsabilização nos processos familiares, revelou que nos serviços substitutivos de saúde mental, as oficinas foram importantes recursos tecnológicos utilizados com o objetivo de estimular a autonomia, o protagonismo social e a reflexão crítica dos usuários (COELHO; VELÔSO; BARROS, 2017).

Estes achados corroboram com os resultados apresentados por outro estudo realizado também em um CAPS, este no estado de Minas Gerais, sobre as oficinas terapêuticas de música, cujo objetivo era compreender a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre o uso desse recurso desenvolvida pelo enfermeiro. Os resultados revelaram que as oficinas se destacam como uma relevante tecnologia de cuidado na minimização dos processos algícos e como instrumento facilitador do relacionamento interpessoal entre o paciente e o profissional de saúde, para a diminuição dos fatores estressores e a construção de vínculos (MARQUES *et al.*, 2020).

É válido ressaltar que a constituição de uma equipe de profissionais de diferentes áreas da saúde na elaboração e na execução da oficina desvelou-se uma estratégia de abordagem multiprofissional. Dessa forma, houve uma ampliação do atendimento em saúde, incluindo o trabalho do neonatologista, da psicóloga e das enfermeiras, em prol do mesmo objetivo, atender a gestante de forma holística, mediante prática humanizada e com abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

Para tanto, no campo da saúde, as boas práticas exigem fundamentação teórica, compreensão ambiental e observância de valores, princípios éticos e crenças dos construtores e consumidores das ações e serviços relacionados a elas. Nesse sentido, as tecnologias educativas foram aplicadas considerando os aspectos biopsicossociais da gestante, na perspectiva do cuidado ampliado em que enfatiza o

ser humano com suas diversas necessidades, inclusive o contexto social em que o sujeito está inserido (BRANDÃO *et al.*, 2019). Ademais, houve um compartilhamento de sentimentos, afetos e socialização dos saberes técnico, científico e popular.

Uma das tecnologias utilizadas na oficina foi o *talk show*, que consiste em uma proposta de intervenção educativa que estimula o usuário em entrevistas, discussões e diálogos. O formato desta tecnologia possibilita executar diversas correlações com o que acontece no cotidiano da sociedade, partindo de uma escuta voltada a expressão da própria comunidade (CITELLI, 2017).

O *talk show* consistiu na exposição de *slides* somente com imagens com intuito de estimular as participantes a dialogarem sobre a temática, dirimir dúvidas e destacar a relevância do pré-natal de qualidade em suas vidas. Assim, essa ferramenta tecnológica abordou a participação das gestantes nas consultas de pré-natal, orientou sobre a realização dos exames e enfatizou a corresponsabilidade da família e da gestante no parto. Observou-se que essa tecnologia contribuiu para uma discussão mais solidificada, cujas dúvidas foram esclarecidas pela equipe multidisciplinar, dando espaço para a troca de experiências acerca do tema. Evidenciou-se, através das discussões, que o *talk show* realizado permitiu a reflexão sobre a vivência do processo gestacional e pós-parto pela gestante e familiares de forma mais tranquila, segura, menos traumática e feliz.

Outra tecnologia que permeou a oficina foi a simulação realística, que é uma ferramenta valiosa em currículo de metodologias ativas, permitindo que o usuário seja exposto a situações comuns e com diferentes graus de complexidade, semelhantes às que irá encontrar nas vivências práticas (CARVALHO, 2016)

Um estudo desenvolvido com estudantes de Enfermagem de uma universidade privada, no estado da Bahia, visando analisar o impacto da metodologia da simulação realística, demonstrou repercussões positivas desse tipo de metodologia entre os discentes, permitindo melhorias no ensino-aprendizado. Além disso, o processo de aprendizagem foi ativo, permitindo o protagonismo dos estudantes (ROHRS, 2017).

Sabe-se que, por vezes, saberes empíricos de cuidado ao coto umbilical podem contribuir para a ocorrência de complicações graves que comprometerão a saúde do recém-nascido. Portanto, torna-se de fundamental importância promover medidas preventivas que possibilitem a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar. Assim, educar as gestantes e demais cuidadores sobre o cuidado com o coto umbilical e a modalidade adequada de banho contribui para a redução da morbimortalidade neonatal (BELLAGUARDA *et al.*, 2020; LINHARES *et al.*, 2019).

Ao final da oficina, o *quiz* sobre mitos e verdades foi desenvolvido com o objetivo de reduzir as dúvidas existentes sobre o aleitamento materno exclusivo, bem como desmistificar tabus e preconceitos a respeito da temática. O desenvolvimento desta tecnologia considerou publicações científicas e documentos do Ministério

da Saúde, de forma que o público alvo tivesse acesso às práticas baseadas em evidências. Salienta-se que o uso de *quizes* e jogos em formato de gincana são uma forma interativa de aprofundar, consolidar, reforçar e principalmente avaliar a aprendizagem do usuário. Seu principal objetivo é incentivar o sujeito a pensar, pesquisar, refletir e discutir conteúdos e conceitos por meio de questões de ordens teórica e prática (SILVA; SALES; CASTRO, 2019).

Neste raciocínio, outro estudo descreveu que o uso de exercícios e *quizes* educacionais, numa proposta de metodologia ativa, mostrou-se uma forma leve, agradável e divertida de avaliação e aprendizagem, por meio do qual todos os sujeitos da pesquisa participaram de maneira ativa, expressando opiniões sobre as respostas, discordando ou concordando com a opinião dos demais participantes (CUNHA *et al.*, 2020).

No processo de desenvolvimento das tecnologias foi percebida uma interação mútua e afetiva, com muita integração entre os profissionais de saúde, gestantes e familiares, favorecendo o bom desenvolvimento das ações. As atividades foram realizadas de forma dinâmica a partir de situações, reflexões, verbalizações de experiências vividas e dramatizações, onde se priorizou o aprendizado grupal, ou seja, o potencial das trocas de experiências. À medida que foram realizadas as práticas, as gestantes percebiam a importância da mudança do comportamento para hábitos saudáveis e atitudes positivas.

As tecnologias educativas desenvolvidas promoveram um espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que levaram à construção e à reconstrução do conhecimento. As ferramentas educativas permitiram a promoção da saúde à gestante, com orientações para motivar, encorajar e desmistificar esse período na vida da mulher. Pode-se, com base nessas tecnologias, superar o modelo de atenção à saúde centrado meramente nos equipamentos e protocolos. Como limitação do estudo, pontua-se a dificuldade de captação e manutenção de contato com as gestantes, o que explica o número reduzido de participantes.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do cuidado à gestante mediado por tecnologias educativas e pautado em uma abordagem dialógica estimulou a interação, o apoio e a troca de experiências entre as participantes. Ademais, este estudo demonstrou que as práticas de cuidado, aliadas ao envolvimento da equipe multidisciplinar, podem contribuir para a mudança de paradigmas no cenário obstétrico, tornando a gravidez um período de informações e cuidados favoráveis à saúde da mãe e do recém-nascido. Além disso, o estudo pode servir de apoio metodológico para pensar em novas tecnologias do cuidado multiprofissional, em diferentes espaços da saúde,

como a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. M. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020.

BELLAGUARDA, M. L. R. *et al.* Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. **Escola Anna Nery Enfermagem**, v. 24, n. 3, e20190271, 2020.

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 577-581, 2019.

CARVALHO, E. C. A glance at the non-technical skills of nurses: simulation contributions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2791, 2016.

CITELLI, A. O. **Educomunicação - Comunicação e Educação**: Os desafios da aceleração social do tempo. São Paulo: Paulinas, 2017.

COELHO, R. S.; VELÔSO, T. M. G.; BARROS, S. M. M. Oficinas com usuários de saúde mental: a família como tema de reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 489-499, 2017.

CUNHA, R. S. *et al.* O que facilita e dificulta a aprendizagem? A perspectiva de adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e46414, 2020.

DEMITTO, M. O. *et al.* Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03208, 2017.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 56ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GUANABARA, M. A. O. *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 73-78, 2017.

LINHARES, E. F. *et al.* Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. S3, p. 376-380, 2019.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 1971-1980, 2018.

MARQUES, D. A. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre oficina terapêutica de música desenvolvida pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20170853, 2020.

MOURA, M. M. S. *et al.* Experiência acadêmica no atendimento a gestantes com infecção do trato urinário em uma maternidade-escola de Teresina-PI. *In*: TOLEDO, M. M. **Ciências da saúde: teoria e intervenção** 4, v. 4. Ponta Grossa: Atena Editora, 2020. doi.org/10.22533/at.ed.0872023046

MOURA, M. M. S. *et al.* Fatores determinantes da pré-eclâmpsia com ênfase em variáveis do pré-natal. *In*: SOMBRA, I. C. N. **Enfermagem moderna: bases de rigor técnico e científico** 4, v. 4. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. doi.org/ 10.22533/at.ed.12019221126

OLIVEIRA, S. C. *et al.* Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 291-298, 2018.

ROHRS, R. M. S. *et al.* Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. S12, p. 5269-5274, 2017.

SANTANA, R. S. *et al.* Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 15, e1425, 2019. doi.org/10.25248/reas.e1425.2019

SCHORR, V. *et al.* Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190119, 2020.

SILVA, J. B.; SALES G. L.; CASTRO, J. B. Gamificação como estratégia de aprendizagem ativa no ensino de Física. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 41, n. 4, e20180309, 2019.

SILVA, R. M. *et al.* Uso de tecnologia móvel para o cuidado gestacional: avaliação do aplicativo GestAção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. S3, p. 279-286, 2019.

UNITED NATIONS (UN). **Sustainable Development Goals**. New York: United Nations, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)**. Geneva: World Health Organization, 2015.

CAPÍTULO 23

USO DO TELEMONTITORAMENTO E TELENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO PACIENTE CRÔNICO AMBULATORIAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Alessandra Sant'Anna Nunes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2525759778000009>
<https://orcid.org/0000-0001-7435-2568>

Alyne Corrêa de Freitas Reis

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3369823396389976>
<https://orcid.org/0000-0002-5105-8419>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Bruna de Jesus Freitas

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8167469293257759>

Carla Tatiana Garcia Barreto Ferrão

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3909676950533818>
<https://orcid.org/0000-0002-2973-8135>

Cíntia Araujo Duarte

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4983968371273589>
<https://orcid.org/0000-0001-9510-8396>

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2955529755692599>
<https://orcid.org/0000-0003-4611-0443>

Fernanda Henriques da Silva

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9607110904013164>

Kelly dos Santos Silva Pêgas

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1345500376305602>

Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8362726638643428>

Rachael Miranda dos Santos

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1479720387006213>
<https://orcid.org/0000-0002-4824-697X>

Raíla de Souza Santos

Policlínica Piquet Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5734635996842379>
<https://orcid.org/0000-0002-7983-6462>

RESUMO: Objetiva-se com esse artigo descrever as estratégias utilizadas para garantir a prestação

de cuidados aos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissível durante a pandemia de coronavírus atendidos na Policlínica Piquet Carneiro, através do uso do telemonitoramento e telenfermagem, permitindo o monitoramento dos usuários em risco de desestabilizar e evitando risco de contaminação. Trata-se de um Relato de Experiência, vivenciado por enfermeiros, residentes e docentes, durante o período da pandemia do COVID-19 no atendimento aos pacientes crônicos nos consultórios de enfermagem dos serviços de gastroenterologia, diabetes/podiatría e terapia infusional, utilizando como base metodológica o Estudo de Caso. Os resultados apontam o perfil de pacientes que foram acompanhados por telemonitoramento e teleconsulta, a criação de fluxos e roteiros norteadores, os principais acometimentos levantados, as demandas de cuidado e a implementação de ações educativas com os usuários e familiares com relação ao isolamento social para prevenção da contaminação por covid. Conclui-se que o uso do telemonitoramento e teleconsulta levaram a uma reestruturação do processo de trabalho da enfermagem no cuidado ao usuário com doença crônica não transmissível durante a pandemia. A estratégia foi um mecanismo de aproximação do usuário num momento em que o distanciamento social era a orientação máxima, favorecendo a adesão, manutenção e monitoramento do tratamento. Recomenda-se um investimento na elaboração de fluxos e protocolos de telemonitoramento e teleconsulta na atenção secundária, otimizando o funcionamento dos serviços e do processo de trabalho da enfermagem, reduzindo o risco de contaminação por COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Telemonitoramento; Telenfermagem; Enfermagem; Coronavírus; Pandemia.

USE OF TELE-MONITORING AND TELE-NURSING AS A CARE STRATEGY FOR CHRONIC AMBULATORIAL PATIENTS DURING PANDEMIC COVID-19

ABSTRACT: The aim of this article is to describe the strategies used to ensure the provision of care to users with Chronic Non-Communicable Diseases during the coronavirus pandemic treated at the Polyclinic Piquet Carneiro, through the use of telemonitoring and tele-nursing, allowing the monitoring of users at risk destabilizing and avoiding contamination risk. This is an Experience Report, experienced by nurses, residents and teachers, during the period of the COVID-19 pandemic in the care of chronic patients in the nursing offices of the services of gastroenterology, diabetes / podiatrics and infusional therapy, using as a basis the Case Study. The results point to the profile of patients who were followed up by telemonitoring and teleconsultation, the creation of guiding flows and scripts, the main concerns raised, the demands for care and the implementation of educational actions with users and family members regarding social isolation for prevention contamination by covid. It is concluded that the use of telemonitoring and teleconsultation led to a restructuring of the nursing work process in caring for the user with a chronic non-communicable disease during the pandemic. The strategy was a mechanism to approach the user at a time when social distance was the maximum orientation, favoring adherence, maintenance and monitoring of treatment. An investment in the elaboration of telemonitoring and

teleconsultation protocols and flows in secondary care is recommended, optimizing the functioning of the services and the nursing work process, reducing the risk of contamination by COVID-19.

KEYWORDS: Telemonitoring; Telenursing; Nursing; Coronavirus; Pandemics.

1 | INTRODUÇÃO

O contexto atual da pandemia causada pelo novo coronavírus nos assola mundialmente e instaura uma nova agenda para a ciência, direcionando todos os esforços para a compreensão de novas variáveis que demandam a implementação de rotinas distintas para a humanidade.

A Organização Mundial de Saúde (2020) aponta que, mundialmente, já são mais de 18.837.392 casos de doenças, com um total de 708.278 mortes. A região das Américas atualmente é o epicentro da pandemia, e os Estados Unidos da América (EUA) alcança o maior número de casos (4.824.175 e 158 268 mortes) e o Brasil encontra-se em segundo lugar, com 2.859.073 casos e 97256 mortes. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, a região sudeste do país é a mais acometida, sendo São Paulo, com 585.265 casos e Rio de Janeiro, com 172.679 casos, os estados com o pior cenário, considerando os casos notificados pelas secretarias estaduais de saúde. O estado do Rio de Janeiro apresenta um maior coeficiente de mortalidade por Covid-19 (80,2 por 100 mil habitantes) (Brasil, 2020). Segundo dados oficiais obtidos pela Secretaria Estadual de Saúde, o município do Rio de Janeiro, conta com 73396 casos, com 8499 mortes (Secretaria Estadual de Saúde, 2020).

A instituição de medidas amplas de distanciamento social, com fechamento de estabelecimentos não essenciais e cancelamento de eventos com grande público, de isolamento e de quarentena é fundamental para que ocorra uma desaceleração da propagação da epidemia (achamento da curva de transmissão). Esses efeitos atingiram também as instituições de saúde, a partir do cancelamento de consultas ambulatoriais e cirurgias eletivas que pudessem ser adiadas. (CAETANO et al., 2020).

Enquanto os pacientes infectados precisam ser diagnosticados, monitorados e colocados em quarentena, enviar indivíduos febris ou com tosse a uma unidade de saúde pode sobrecarregar o sistema de saúde e colocar indivíduos não infectados em risco, sobretudo em situações de restrição de máscaras e outros equipamentos de proteção individual (EPI). (CAETANO et al., 2020).

A Policlínica Piquet Carneiro suspendeu parte de suas atividades em março de 2020, como consultas ambulatoriais não essenciais e todas as cirurgias

realizadas na unidade. Os pacientes que ainda precisavam vir a unidade passavam por uma triagem e foi criado um Plano de Contingenciamento para atendimento desses pacientes, além da unidade ter se transformado em um grande centro de referência para teste diagnóstico na cidade do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, a telessaúde que já vinha historicamente crescendo no país e no mundo, tornou-se ainda mais primordial (CAETANO et al., 2020). O uso de tecnologias de informação e telecomunicação foi estendido para suportar serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde para provedores assistenciais multidisciplinares e para pacientes.

O escopo da telessaúde é amplo, com diversas possibilidades de aplicação. Além disso, a flexibilidade das tecnologias digitais, que podem e devem se ajustar às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abre grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias, como a da COVID-19 vivenciada neste momento (CAETANO et al., 2020).

Evidências têm mostrado que o uso da telessaúde pode trazer benefícios, como a redução de tempo de atendimento, dos custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde, permite ao paciente um contato mais direto e contínuo com o profissional, maior grau de satisfação e autocuidado do paciente e melhorias na qualidade assistencial, ao possibilitar o acesso a especialistas por profissionais de saúde não especializados de áreas remotas (ALCÁZAR; AMBROSIO, 2019; CAETANO et al., 2020).

O ministério da Saúde em 17 maio de 2019, período antes da pandemia de COVID 19, através do Decreto nº 9795 estabeleceu as diretrizes para telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS, com objetivo de estimular as atividades de saúde digital, incluídos a teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e a tele-educação como estratégias de apoio assistencial no âmbito do SUS, para fortalecimento, integração e regulação clínica nas redes de atenção à saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução 0634/2020 em março de 2020 autorizou a teleconsulta de enfermagem, como forma de combate a pandemia provocada pelo novo Coronavírus desde que devidamente consentida pelo paciente ou seu representante legal e realizada por livre decisão sob responsabilidade do enfermeiro, com registro obrigatório em prontuário/formulário específico para teleconsulta (COFEN, 2020).

Na proposta da rede, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e

emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesse contexto, a assistência à saúde exige dos seus profissionais a incorporação de novas tecnologias de cuidado, como estratégia para resolução de prestação de cuidados em serviços de saúde, com racionalização de custos e garantia de acesso à informação sobre o cuidado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, vivenciado durante o período da pandemia do COVID-19 no atendimento aos pacientes crônicos dos ambulatorios de gastroenterologia, podiatria e centro de infusão, da Policlínica Piquet Carneiro, pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizada no município do Rio de Janeiro.

Busca-se descrever a implantação do telemonitoramento e teleconsulta de enfermagem na assistência à usuários portadores de DCNT durante a pandemia de COVID-19, a partir da abordagem de inovação tecnológica.

A base metodológica utilizada foi o estudo de caso. Segundo Yin (2010), o estudo de caso possibilita ao pesquisador o entendimento de características significativas da vida cotidiana, sobretudo quando relacionadas a fenômenos sociais complexos, sejam eles individuais ou coletivos.

A implantação ocorreu na Policlínica Piquet Carneiro, uma unidade de Atenção Secundária que realiza consultas e presta serviços ambulatoriais especializados à população. Possui uma área física total de 18.500 m² e 15.000 m² de área útil, que é concentrada basicamente em um prédio com quatro pavimentos: térreo, 1º, 2º e 3º andares.

Atualmente, a unidade oferece atendimento ambulatorial em 27 especialidades, possui centro cirúrgico ambulatorial voltado para cirurgias de pequeno e médio porte, laboratórios, atendimento diagnóstico e terapêutico, programas e projetos com foco para a medicina preventiva.

Ressalta-se que dos 27 serviços ambulatoriais que temos disponível na unidade o uso da ferramenta de telessaúde (telemonitoramento e teleconsulta), foi aplicada nos ambulatorios de gastroenterologia, podiatria e terapia infusional, durante a pandemia de COVID-19.

Os participantes foram selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade a partir de 18 anos, com capacidade de se expressar ao telefone, ser acompanhado nos ambulatorios supracitados, estar em acompanhamento à partir de seis meses, estar dentro dos critérios de atendimentos que não poderiam ser suspensos durante a pandemia ou de estar em risco maior de descompensação da sua condição clínica. Os critérios de exclusão foram: Pessoas sem telefone

disponível para contato, com limitação auditiva ou cognitiva.

As atividades aconteceram durante os meses de março a julho de 2020, por profissionais de nível superior e nível médio, envolvidos com a prestação de cuidados a pacientes com DCNT atendidos nos ambulatórios da Policlínica Piquet Carneiro.

Os dados foram coletados por meio de ligações distribuídas de segunda a sexta, no horário de 8:00h às 15:00h, através do telefone da unidade, utilizando um roteiro pré-estruturado, que serviu de norteador, que incluiu desde os procedimentos iniciais pertinentes a um atendimento telefônico (identificação, confirmação dos dados, verificação de disponibilidade) até um plano de contingência para as situações identificadas como críticas ou com necessidade de intervenção conjunta (presencial ou não) e orientações sobre cuidados contra o coronavírus.

As informações coletadas por meio do instrumento foram armazenadas em planilhas do Excel e analisados por métodos de estatística descritiva.

A abordagem tinha como foco identificar se o paciente apresentava sinais de síndrome gripal ou se teve contato com algum caso suspeito de COVID-19, fazer avaliação da condição clínica, orientar sobre os cuidados em domicílio e agendar consulta presencial, na unidade. As informações foram utilizadas para avaliar a atividade realizada, subsidiando a elaboração e implementação das ações necessárias para organização da gestão do cuidado, baseados na percepção dos profissionais durante o contato.

Foram respeitados os preceitos éticos, conforme Resolução nº 466 de 2012, e o estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº de Parecer: CAAE: 33294720.3.0000.5282.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estabelecimento de fluxos e protocolos para o telemonitoramento/telessaúde otimizaram o funcionamento dos serviços e do processo de trabalho da enfermagem, diminuindo a angústia do paciente que teve sua consulta desmarcada e a consequente diminuição das idas aos serviços de saúde, o que contribuiu para a redução da superlotação e assim do risco de contaminação por COVID 19.

O ambulatório de gastroenterologia já realizava telemonitoramento e intensificaram essa estratégia no período da pandemia. O ambulatório de podiatria e o Centro de Infusão implantou essa nova tecnologia após início da Pandemia do Covid 19.

Consultório de Enfermagem em Gastroenterologia

O ambulatório de Gastroenterologia da unidade possui, dentre as outras subespecialidades, o atendimento especializado em hepatologia, com uma média

de 224 consultas ao mês e predomínio do acompanhamento multiprofissional de 597 pacientes portadores de hepatite C - HCV.

No período imediatamente anterior a pandemia Covid-19 (fevereiro de 2020), 156 pacientes com indicação de tratamento medicamentoso eram assistidos primordialmente pela equipe de enfermagem e 64 deles já haviam iniciado a terapia com os antivirais. São indivíduos com um faixa etária ampliada, de 26 a 82 anos, 62% (96) do sexo feminino e em sua maioria - 83% (129) - residentes no município do Rio de Janeiro.

Tendo em vista que os usuários se encontravam no início de um tratamento medicamentoso de média e alta complexidade e que o manejo adequado são fatores cruciais para o alcance dos objetivos, percebeu-se a necessidade da instituição de um método adaptado de abordagem. A proposta deveria incluir uma comunicação remota de modo a resguardar a integridade do usuário ao mesmo tempo em que garantisse a continuidade do cuidado.

Para padronização da assistência e maior segurança para os pacientes, foi organizado um encontro para debate e definição de critérios de inclusão, seleção diária dos indivíduos a serem contactados, pontos a serem observados e registrados, devidos encaminhamentos posteriores e formas de comunicação entre os profissionais.

Após a elaboração do roteiro, 74 pacientes receberam contato através das técnicas de enfermagem, em 2 turnos semanais (segundas e sextas feiras), para acompanhar o andamento do tratamento de uso dos antivirais e realizar orientações sobre a terapia. Dentre as orientações, os pacientes eram informados sobre o intervalo para realização de exames e retorno para consulta presencial em momento oportuno.

Em paralelo, a rotina da consulta de enfermagem também precisou ser reconfigurada para atender aos objetivos principais, nos moldes da teleconsulta. Perpassando a base de mais uma alternativa de controle clínico ou de supervisão do indivíduo, a teleconsulta buscou estabelecer um canal complementar de suporte focado no gerenciamento no tratamento inserido no contexto de vida.

Estratégia importante para o cuidado em saúde, a monitorização remota permite ampliação de um processo educacional interativo, no qual a troca de informações, o acolhimento e a confiança são pontos principais para uma abordagem segura (MUSSI et al., 2018).

Assumindo as demandas de orientação medicamentosa, estímulo ao autocuidado, iniciativa de empoderar os usuários acerca dos efeitos adversos da terapia medicamentosa e, desse modo, serem capazes de adotar as medidas não farmacológicas possíveis ou identificar sinais de alerta, o telemonitoramento e a teleconsulta de enfermagem passaram a integrar de forma mais sólida o cotidiano

das práticas da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em tratamento de hepatite C.

Consultório de Enfermagem em Podiatria Clínica

A Podiatria Clínica é uma especialidade recente da Enfermagem Brasileira (2007) que atua no âmbito da saúde dos pés, com ênfase no cuidado dos membros inferiores. Trata-se de uma prática avançada e especializada de enfermagem que tem seus objetivos centrados em quatro pilares: avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos, nos diversos níveis de atenção para promoção da saúde e bem-estar.

O Serviço de Podiatria Clínica foi implementado em abril de 2017, no complexo ambulatorial da Policlínica Piquet Carneiro, a partir de ações extensionistas que foram efetivadas no Ambulatório do Diabetes através de dois projetos de extensão universitária intitulados “Podiatria Clínica: Formação e Cuidado Especializado em Enfermagem” e “Laserterapia de Baixa Intensidade na Prática Clínica de Enfermagem”. Esses projetos de extensão foram idealizados e realizados fundamentados na necessidade de ofertar atendimento de enfermagem especializado congregando o uso de tecnologias na assistência a pacientes portadores de patologias nos membros inferiores.

O perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Diabetes e mais precisamente no serviço de Podiatria Clínica, houve predomínio do sexo feminino e encontra-se em consonância ao encontrado em outros ambulatórios especializados, como verifica-se no registro do sistema epidemiológico do Sistema Único de Saúde, SIS-Hiperdia que registra que 60% dos pacientes com diabetes mellitus registrados são do sexo feminino (SOEIRO et al, 2019).

No que concerne à faixa etária dos indivíduos, identificou-se que a maioria dos indivíduos se encontram na faixa de 50 a 89 anos de idade. Em relação a existência de outras comorbidades, além do diabetes, dentre os pacientes analisados houve predominância da hipertensão arterial sistêmica, da dislipidemia e da obesidade.

Ressalta-se como fator importante a prevalência do Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, o processo crescente de envelhecimento populacional associado à existência de outras patologias como hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia, muito atrelados a urbanização e estilo de vida sedentário são considerados os principais fatores relacionados ao aumento da incidência e prevalência do diabetes mellitus tipo 2, caracterizado por uma deficiência absoluta ou relativa na produção, secreção ou ação da insulina, capaz de interferir no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas. O DM tipo 2 a nível global corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes, ao passo que DM tipo 1, a 10% dos casos da população mundial (FLOR; CAMPOS, 2017).

No que diz respeito às principais afecções encontradas nos pés dos pacientes diabéticos atendidos no serviço de Podiatria Clínica verifica-se o predomínio das infecções tanto cutâneas (tínea pedis) como da lâmina ungueal (onicomicoses), seguido da neuropatia periférica e demais diagnósticos podiátricos.

Dentre as principais infecções encontradas nos pés de pacientes com diabetes destacam-se as onicomicoses e a tínea pedis como aquelas de maior prevalência, possuindo como agente causal principal os fungos (DUARTE; SANTOS, 2019).

A neuropatia é uma das complicações crônicas mais prevalentes do Diabetes. Tem a capacidade de promover alterações nos nervos, que por sua vez, ocasionam predominantemente deformidades estruturais nos pés e propiciam o desenvolvimento das úlceras nos membros inferiores. Cerca de 50% dos pacientes diabéticos tipo 2 apresentam neuropatia periférica e pés em risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em vigência da pandemia Covid-19 para prevenção da disseminação da doença e proteção dos pacientes atendidos no serviço de Podiatria Clínica que fazem parte do grupo de risco por serem diabéticos e apresentarem comumente outras comorbidades associadas (como descrito acima em seu perfil), ocorreu a implementação do telemonitoramento e da teleconsulta de enfermagem. Obteve-se assim redução de 80% dos atendimentos presenciais (média de 20 atendimentos/dia antes da pandemia) e manutenção apenas de 20% atendimentos presenciais de casos graves que podem levar a quadros infecciosos e até mesmo amputação em pacientes diabéticos.

Dentre as principais demandas de cuidado aplicou-se dois inquéritos, o primeiro sobre a presença de sinais respiratórios no paciente ou familiares/acompanhantes que conviviam no mesmo domicílio e o segundo em relação ao diabetes e suas complicações. Orientou-se a busca por um serviço de saúde em ambos os casos de complicações.

Solicitamos sempre que possível que um familiar/acompanhante que não fizesse parte do grupo de risco buscasse as medicações nas unidades básicas de saúde no lugar dos pacientes. As principais dúvidas dos pacientes e de seus familiares/acompanhantes eram em relação a validade de seus receituários. Nenhum paciente ou familiar/acompanhante relatou dificuldade de recebimento/dispensa de insulina regular ou NPH no Município do Rio de Janeiro. No entanto, houve relatos de falta de antibióticos e medicações para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

Dentre as orientações específicas relacionadas aos cuidados com os membros inferiores recomendou-se à importância do monitoramento diário com os pés, incluindo as unhas, observação da pele, reconhecimento de edema, calosidades, eritema, alterações de coloração, lesões e/ou perfurações, além do

ressecamento e higienização adequada dos pés e calçados.

A educação em saúde, como estratégia de orientação e aprimoramento de conhecimento, desenvolvida pelos profissionais de saúde, sobretudo pela enfermagem é uma importante intervenção de cuidado ao paciente diabético. Essas práticas, associadas ao exame periódico dos pés, tornam os usuários mais conscientes e possibilitam a detecção precoce de qualquer anormalidade e consequentemente a prevenção e redução do surgimento de complicações (RAMIREZ PERDOMO et al, 2019).

Consultório de enfermagem em Terapia Infusional e Biológica

O centro de terapia infusional e biológica da Policlínica Piquet Carneiro caracteriza-se como uma unidade assistencial da atenção especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a usuários não-internados com necessidades de saúde relacionadas a administração de terapia biológica, assim como de medicamentos especiais. A unidade tem atuação nas áreas de infusão de medicamentos, farmacovigilância e apoio matricial.

A unidade no período contingencial realizou o acompanhamento de um total de 113 pacientes atendidos nas seguintes especialidades: 67,2% (n= 76) gastroenterologia, 29,2% (n=33) alergia e imunologia, 2,6% (n=3) pneumologia, 0,9% (n=1) reumatologia. A população do estudo era predominantemente do sexo feminino 57,5% (n=65), com semelhantes frequências de distribuição por gênero dentre as especialidades atendidas.

Os pacientes atendidos na unidade são imunologicamente suscetíveis à infecções oportunistas, tendo em vista que 88,5% (n=100) fazem uso de medicamentos biológicos, que atuam reduzindo a força do sistema imunológico de forma a reduzir os danos das doenças autoimunes as quais esses pacientes são portadores. Cerca de 8,8% (n=10) realizam tratamento para imunodeficiência comum variável através da reposição profilática de imunoglobulina humana e 2,6% (n=3) realizam reposição de alfa-1 antitripsina por apresentarem deficiência congênita desta proteína, que é responsável por proteger o tecido pulmonar da destruição progressiva causada pelas enzimas responsáveis pela resposta inflamatória normal do corpo, podendo levar ao surgimento de enfisema pulmonar.

Durante o contexto da pandemia de COVID-19, seguindo as recomendações vigentes da organização mundial, adotou-se o uso da telessaúde como ferramenta de promoção do distanciamento social, que possibilitou a adoção de medidas preventivas de infecção por coronavírus.

A partir de abril de 2020 os usuários atendidos na unidade eram contactados através de ligações telefônicas que tinham como objetivo identificar através dos sintomas relatados, pacientes com suspeita de infecção por Covid-19. Primeiramente,

era realizado o telemonitoramento, com objetivo de rastreio para Covid 19. Quando o rastreio era positivo, a enfermeira do setor realizava a teleconsulta de enfermagem. Quando o rastreio telefônico era negativo, o paciente tinha seu agendamento da terapia infusional confirmado.

Foram realizados no período de abril a julho de 2020, um total de 188 contatos telefônicos para rastreamento de sintomas de Covid-19 e 48 teleconsultas por enfermeiro.

Após a adoção de tais fluxos de telemonitoramento e teleconsulta na unidade, verificou-se que dentre os 322 atendimentos presenciais para infusão de medicamentos, apenas 02 pacientes sintomáticos suspeitos de Covid-19 compareceram a unidade de atendimento, onde foram devidamente encaminhados para testagem, tendo resultados negativos em ambos os casos.

4 | CONCLUSÃO

O atual contexto, causado pelo novo coronavírus, levou o Brasil e o mundo a direcionar todos os esforços para a compreensão de novas e ressurgimento de outras tecnologias de cuidado que na assistência aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis é um grande desafio para gestores, trabalhadores e os próprios usuários.

A estratégia de uso do telemonitoramento e a teleconsulta de enfermagem perpassam pela gestão do cuidado a saúde e inserção cada vez maior das tecnologias no cuidado. Nesse contexto, durante a pandemia a proposta inicial foi informar aos usuários sobre a importância de manterem o isolamento social e todas as medidas de prevenção sanitária já que compunham grupo de risco da Covid-19.

O fluxo assistencial foi descontinuado sob o risco de falhas no processo e exposição a diversos danos ao tratamento deste grupo de pacientes, que se caracterizou em sua maioria pelo sexo feminino, na faixa etária ampliada, de 26 a 89 anos. Com o contato remoto obteve-se uma redução de 80% dos atendimentos presenciais e manutenção apenas de 20% atendimentos presenciais de casos graves.

Assim, a prática do telemonitoramento e teleconsulta foi apresentada como um mecanismo de aproximação do usuário num momento em que o distanciamento social era a orientação máxima. Ela permitiu a criação de um elo de confiança que facilitou estratégias para manter ou melhorar a adesão ao tratamento proposto individualmente, além de significar um reforço positivo de atitudes e comportamentos de autocuidado, empoderamento e melhoria das condições clínicas, com estímulo principal a autogestão, apoio para execução do plano terapêutico e orientação de manejo de efeitos adversos, além de configurar uma oportunidade de breve apoio

emocional e de fortalecimento de vínculo.

REFERÊNCIAS

ALCÁZAR, B.; AMBROSIO, L. Tele-nursing in patients with chronic illness: a systematic review. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 42, n. 2, ago. 2019.

BRASIL. Decreto n 9795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. *Diário oficial da União*, Brasília, DF, 17 mai. 2019. Seção1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde, acessado em: <https://covid.saude.gov.br/>. Data: 05/08/2020.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 637, de 2020. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 25 de julho de 2020.

FLOR SL, CAMPOS RM. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev bras. epidemiol.* 20 (01) jan-Mar 2017. Acesso em 09 de julho de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MUSSI FC, PALMEIRA CS, SILVA RM, COSTA ALS. Telenfermagem: contribuições para o cuidado em saúde e a promoção do conforto. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2018; 7(2):76-9.)

RAMIREZ-PERDOMO, C.; PERDOMO-ROMERO, A.; RODRIGUEZ-VELEZ, M. Conhecimentos e práticas para a prevenção do pé diabético. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 40, e20180161, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472019_000100408&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 abr. 2020. Epub 18-Fev-2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, acessado em: <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>. Data: 05/08/2020.

SOEIRO SMV, COIMBRA CL, AQUINO CMD, GOIABEIRA ALNY, VIANA SL, RAMOS AL. Perfil dos pacientes acompanhados no SIS-Hiper-Dia em um estado do nordeste brasileiro. Arch. Health. Sci. 2019 jan-mar: 26(1):28-31 DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1230.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 133. Geneva: [s.n.], 2020. [online]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200524-covid-19-sitrep-125.pdf?sfvrsn=80e7d7f0_2. Acesso em: 06 Ago. 2020.

YIN, Robert. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 4.ed. 2010, 248p.

CAPÍTULO 24

VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4262-6987>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6468-8137>

Gabriela Porto Salles de Assis

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0712-8889>

Dayana Carvalho Leite

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6354-9111>

Priscila Cristina da Silva Thiengo Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5584-8194>

Inez Silva de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5082-5607>

Andréia Jorge da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9043-6910>

Karine do Espírito Santo Machado

Hospital Universitário Pedro Ernesto
UERJ
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8069683807585995>

Gabriela Francisco Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1842-1159>

RESUMO: Objetivou-se descrever a prática de cuidados clínicos domiciliares na perspectiva de enfermagem em práticas avançadas ao

adolescente após sua alta de um hospital universitário no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um relato de experiência do projeto de Assistência Domiciliar de Enfermagem Clínica ao Adolescente em situação de vulnerabilidade, após a alta de uma unidade hospitalar especializada de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. As visitas foram realizadas pelo enfermeiro bolsista do mencionado projeto e pelas residentes de enfermagem do Programa de Saúde do Adolescente de um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados evidenciaram: o fortalecimento dos vínculos dos adolescentes e familiares com a equipe multiprofissional do serviço, ampliação do conhecimento desta equipe sobre o território dos adolescentes, especialmente sobre as relações dos mesmos com a escola e outros equipamentos públicos disponíveis na área, facilitando assim, a gestão das ações, maior adesão dos adolescentes ao tratamento, mais confiança dos familiares/e ou responsáveis em assumir alguns cuidados. Concluiu-se que a assistência domiciliar implementada pela enfermagem clínica, bolsistas e residentes, aos adolescentes em situação de vulnerabilidade mostrou-se uma genuína vivência de enfermagem em prática avançada focada numa perspectiva de longitudinalidade de cuidados a esse público, demonstrando-se como efetiva ferramenta de mediação entre os níveis de atenção da rede de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Visita domiciliar. Saúde do adolescente. Enfermagem clínica. Enfermagem em prática avançada. Vulnerabilidades.

HOME VISIT FROM NURSES TO ADOLESCENTS IN A SITUATION OF VULNERABILITY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The objective was to describe the practice of home clinical care from the perspective of nursing in advanced practices for adolescents after their discharge from a university hospital in the State of Rio de Janeiro. This is an experience report of the Home Care Project of Clinical Nursing for Adolescents in a situation of vulnerability, after discharge from a specialized hospital unit for Comprehensive Care for Adolescent Health. The visits were made by the nurse with a scholarship for the aforementioned project and by the nursing residents of the Adolescent Health Program of a university hospital in the State of Rio de Janeiro. The results showed: the strengthening of the bonds between adolescents and family members with the multidisciplinary team of the service, expansion of the knowledge of this team about the territory of the adolescents, especially about their relations with the school and other public facilities available in the area, thus facilitating, management of actions, greater adherence by adolescents to treatment, more confidence by family members and / or those responsible for taking on some care. It was concluded that home care implemented by clinical nursing, scholarship holders and residents, to vulnerable adolescents proved to be a genuine experience of nursing in advanced practice focused on a longitudinal perspective of care for this public, showing itself as an effective tool mediation between levels of care in the health network.

KEYWORDS: Home visit. Adolescent health. Clinical nursing. Advanced practice nursing. Vulnerabilities.

1 | INTRODUÇÃO

Buscando ampliar o escopo de atuação da enfermagem no campo da saúde do adolescente, docentes de uma universidade pública do Rio de Janeiro com trajetória de atuação conjunta com enfermeiros de uma unidade especializada em atenção integral à saúde dessa população, no cumprimento das diretrizes do programa de formação pós graduada de enfermeiros, modalidade residência, conforme Deliberação nº 26 de 2012, iniciaram em 2016, ações do Projeto “Assistência Domiciliar de Enfermagem Clínica ao Adolescente em situação de vulnerabilidade”, em perspectiva de enfermagem em prática avançada (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2020; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012; BRASIL, 2012).

O referido projeto, uma vez submetido ao Edital do Programa de Apoio Técnico às Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão (PROATEC 2015) da universidade, foi aprovado e graças ao seu potencial de impacto, recebeu uma bolsa, e para o seu preenchimento foi selecionado um enfermeiro.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) em sua Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, a Atenção Domiciliar é definida “como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013a, p.3).

Os princípios que a integram são: a abordagem integral à família, o consentimento da família, a participação do usuário, a existência de um cuidador, o trabalho em equipe interdisciplinar e o estímulo às redes de solidariedade (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, no âmbito da rede de atenção à saúde, a Atenção Domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar permitindo que o domicílio se transforme em um local de produção do cuidado, ao possibilitar novos arranjos tecnológicos no trabalho em saúde (ANDRADE; SILVA; SEIXAS, *et al.*, 2007). Ademais nesse contexto, é possível definir a Atenção Domiciliar como um dispositivo organizacional propício ao desenvolvimento e a efetivação de novos modos de produção de cuidado, e de intervenções de enfermagem em um ponto da Rede de Atenção à Saúde em perspectiva de enfermagem em práticas avançadas (EPA). Nesse ponto da rede, tem-se como pressuposto o cuidado centrado no usuário e suas necessidades envolvendo a participação da família.

Vale ressaltar que a Atenção Domiciliar inclui ainda como objetivos promover humanização do cuidado, a desospitalização do usuário, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação (BRASIL, 2011).

Após a alta hospitalar, espera-se que os cuidados sejam continuados e que as equipes de saúde tenham uma efetiva comunicação, diante da transição hospital-domicílio (MORO; CALIRI, 2016).

É neste contexto, de atenção à saúde no domicílio, que os adolescentes de uma unidade especializada do hospital universitário, pelas suas especificidades, sensibilizaram a equipe de enfermagem (integrada por enfermeiros, enfermeiros residentes, técnicos de enfermagem e docentes) para colocar em prática uma assistência diferenciada em perspectiva de enfermagem em prática avançada (EPA), sensibilizando também outros profissionais da equipe multidisciplinar desse serviço, incluindo médicos, assistentes sociais e outros.

Vale destacar que a experiência de EPA, embora à época não estivesse tão elucidada, guarda estreita consonância com os princípios e termos da proposta de enfermagem em prática avançada apontada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Um aspecto relevante a ser destacado é o de que, por tratar-se de uma abordagem ao adolescente, levaram-se em consideração as demandas inerentes a idade dessa população, sobretudo, as que dizem respeito ao crescimento e desenvolvimento, bem como vulnerabilidades individuais e coletivas, as quais ela está submetida.

A adolescência numa perspectiva cronológica é uma fase do desenvolvimento humano entre os 10 e 19 anos, conforme delimita o Ministério da Saúde (MS) seguindo a convenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2013b), já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a circunscreve como o período de vida compreendido dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990).

A adolescência vista por um escopo mais abrangente, pode ser entendida como o processo de estruturação do sujeito para a emancipação a partir de suas ações e decisões experienciadas pelas estruturas sociais, econômicas e institucionais, as quais são marcadas pelas categorias de gênero, classes sociais e etnias (BRASIL, 2013b). Ela compreende ainda, um período de densas e intensas mudanças físicas, mentais e a busca de uma identidade pessoal, o que por si, favorece o surgimento de inúmeras vulnerabilidades.

A vulnerabilidade retrata um conjunto de características que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais e, sobretudo, sociais que levam à suscetibilidade, às doenças ou agravos à saúde. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção do indivíduo, assim como o acesso as instituições e serviços públicos (FONSECA; SENA; SANTOS, *et al.*, 2012; SILVA; RODRIGUES; GOMES, 2015).

Assim, o atendimento de saúde destes sujeitos deve ser realizado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, na qual se possam acessar serviços de urgência e emergência, hospitalares, ambulatoriais, de atenção básica de saúde, incluindo o atendimento e acompanhamento domiciliar, em face de suas condições clínicas.

Desta forma, a Visita Domiciliar (VD) representa para os adolescentes uma possibilidade diferenciada de atendimento integral, garantindo-lhes cobertura assistencial de qualidade, capaz de diminuir suas internações, e também, de reduzir o risco de infecções, o tempo “longe” da escola, do trabalho, da família e dos amigos, ampliar o estreitamento da relação com o serviço, além de melhorar a qualidade de vida.

Cabe destacar que o Projeto Assistência Domiciliar de Enfermagem Clínica ao Adolescente em situação de vulnerabilidade, foi aprovado nos termos do Edital do Programa de Apoio Técnico às atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão (PROATEC) de uma Universidade pública. Suas ações foram desenvolvidas em um serviço especializado de atenção integral à saúde do adolescente de um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro, o qual inclui o nível ambulatorial de especialidades e o de internação de alta complexidade, porém, para este relato o foco é a unidade de hospitalização. Assim, seu objetivo é descrever a prática de cuidados clínicos domiciliares na perspectiva de enfermagem em práticas avançadas (EPA) ao adolescente após sua alta de um hospital universitário no Estado do Rio de Janeiro.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, (MINAYO, 2012) fruto da vivência dos integrantes de enfermagem do projeto PROATEC (Assistência Domiciliar de Enfermagem Clínica ao Adolescente em situação de vulnerabilidade). Seu objetivo é proporcionar cuidados de enfermagem aos adolescentes que estão em tratamento e necessitam de assistência de enfermagem pré e pós-internação, no âmbito do domicílio.

O setor responsável pelo atendimento especializado ao adolescente com idade compreendida entre 12 a 18 anos no âmbito dessa Universidade pública é referência no Estado do Rio de Janeiro para o diagnóstico e o tratamento de doenças raras, e também campo privilegiado para formação de profissional em saúde, sobretudo, para o ensino clínico de estudantes de graduação, internos e residentes de enfermagem, e de outras categorias profissionais, em perspectiva de enfermagem em prática avançada.

Com vistas ao relato dessa experiência de atendimento domiciliar, destaca-se que as visitas domiciliares foram realizadas no período compreendido entre

janeiro de 2016 e dezembro de 2018, com periodicidade de agendamento conforme a necessidade dos adolescentes.

Cabe ressaltar, que o monitoramento dessa assistência domiciliar era efetuado por contato telefônico realizado pelo enfermeiro bolsista do Projeto, e a abrangência do atendimento compreendia toda a região metropolitana do município do Rio de Janeiro com transporte disponibilizado pelo hospital.

As visitas domiciliares foram realizadas sob a orientação e o acompanhamento das docentes de Enfermagem da área clínica, responsáveis pela Residência de Enfermagem em Saúde do Adolescente, e da Enfermeira Coordenadora da Enfermaria. Participam do projeto o enfermeiro bolsista e as enfermeiras assistenciais do hospital universitário lotadas no referido setor e as Residentes de Enfermagem do Programa de Saúde do Adolescente.

Nas reuniões realizadas no território onde moram os adolescentes participavam além dos enfermeiros, os assistentes sociais, os residentes de medicina, de psicologia e de nutrição.

Para a elaboração do relato de experiência foram utilizadas as anotações do diário de campo e um roteiro de observações estruturadas.

Para a consecução do relato, consideraram-se os preceitos legais da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional De Saúde, 2012, sob número de Parecer 2.281.435 e CAAE: 66755417.6.0000.5259.

3 | RESULTADOS

O fluxo do agendamento das Visitas Domiciliares ao adolescente em situação de vulnerabilidade

Para o agendamento das VDs seguiu-se o seguinte roteiro:

I) definição de quais adolescentes seriam acompanhados durante as reuniões da equipe multidisciplinar que ocorrem semanalmente, às segundas-feiras; II) a partir desta definição eram planejadas reuniões com a equipe da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica de Saúde do território do adolescente, a fim de facilitar a acolhida do mesmo na rede de assistência em saúde após a alta hospitalar; III) caso houvesse necessidade eram agendadas reuniões com Diretores e Professores da(s) Escola(s) para facilitar a reinserção do adolescente às atividades escolares, a partir das demandas levantadas pela equipe multidisciplinar; IV) o agendamento seguia os horários estabelecidos com familiares e/ou responsáveis; V) a realização das visitas envolvia avaliação do quadro clínico do adolescente, das condições socioeconômicas e ambientais, da estrutura familiar, o desenvolvimento de estratégias de cuidado e autocuidado no domicílio, o repasse/transferência de informações e orientações em saúde, bem como a realização de procedimentos

necessários; VI) o *feedback* das visitas realizadas era compartilhado com a equipe multidisciplinar nas reuniões semanais, ou de pronto, no retorno das mesmas, mediante a necessidade identificada, com vistas ao planejamento de novas ações e ou cuidados domiciliares.

As atividades domiciliares eram realizadas uma vez por semana ou conforme a necessidade de assistência/acompanhamento dos adolescentes. Essa frequência possibilitou à equipe de enfermagem compreender a dinâmica familiar, assim como a forma de cuidar desenvolvida pelos seus membros e responsáveis, o que permitiu, sobremaneira, a realização de intervenções conforme as necessidades e demandas levantadas.

Durante as Visitas era frequente realizar ligações telefônicas para profissionais do próprio Serviço de Saúde do Adolescente, ou para os da Rede de Saúde local (por exemplo, da Estratégia de Saúde da Família), a fim de aproximar os familiares com os respectivos profissionais e, assim, garantir a continuidade do cuidado. Os telefonemas eram também realizados para o monitoramento das condições dos adolescentes, e se identificasse necessidade, procedia ao agendamento de nova visita.

As necessidades de saúde dos adolescentes assistidos nas Visitas Domiciliares

Os adolescentes atendidos pelo Projeto, via de regra, apresentavam as seguintes demandas de cuidados de enfermagem decorrentes de suas condições clínicas: restrição ao leito; dificuldade motora restritiva da mobilização de segmentos corporais; alterações da acuidade visual; complicações neurológicas; uso de estomas para alimentação (gastrostomia/jejunostomia) ou para eliminação (urostomia/colostomia/ileostomia), entre outras.

As demandas descritas integram um conjunto de condições que requerem atenção das equipes de saúde, em especial da Enfermagem, pois repercutem na vida do adolescente e da família, além de acarretarem mudanças no modo de vida dele, de familiares e responsáveis, o que implica na necessidade de estabelecimento de um novo padrão de autocuidado, que por sua vez, requer um investimento de educação em saúde daqueles envolvidos nesse espectro de cuidados no domicílio.

Além das mencionadas condições clínicas muitos adolescentes apresentavam demandas de naturezas sociais e psicológicas, as quais remetem, sobremaneira, ao exercício do trabalho integrado com os diversos profissionais da equipe multidisciplinar, bem como o planejamento de ações que garantam a longitudinalidade dos cuidados.

Não raras ocasiões, foi o estabelecimento do diálogo com profissionais da Rede de Saúde do município de residência do adolescente (Serviço de Atendimento Domiciliar, Estratégia de Saúde da Família ou Atenção Básica de Saúde) para maior

compreensão das vulnerabilidades dos mesmos, foi a ação estratégica garantidora da pactuação e efetividade das intervenções.

Vale ressaltar que muitas situações clínicas dos adolescentes potencializadas pelos determinantes sociais do processo saúde-doença e suas vulnerabilidades, exigiam ampla abordagem multidisciplinar e intersetorial. No que se referem às famílias, submetidas, sobretudo, à vulnerabilidades sociais e econômicas, o trabalho realizado exitoso foi possível graças a parceria do Serviço junto à equipe correspondente do território ao qual o adolescente estava vinculado. Além do contato com a Rede de Saúde do território, também foram estabelecidos contatos com a Escola, e as reuniões com diretores e professores facilitaram a reinserção do adolescente nas atividades escolares após a alta hospitalar.

Como exemplo dessa parceria, cita-se uma situação diagnosticada pela equipe multidisciplinar de uma adolescente que sofria *Bullying* na escola, quando esta ainda estava internada no Serviço. Ela era portadora de mal formações urogenitais, coloproctológicas e Útero Didelfo, sendo submetida à colostomia e vesicostomia, aos quatro anos de idade, e dada essa sua condição clínica fazia uso de bolsa coletora, e por vezes, de fraldas.

Situação exemplificada 1: A equipe do Projeto realizou, após agendamento, uma reunião com a direção da escola e sua equipe pedagógica, da qual participou o responsável pela adolescente, e o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família da área. Na ocasião foram discutidas as limitações e fragilidades sobre as condições físicas, psíquicas e emocionais da adolescente, verbalizadas por ela durante sua hospitalização, em busca de um plano de intervenções. As dificuldades elencadas como prioritárias que requeriam soluções mais imediatas foram a higienização da bolsa coletora, e o relacionamento com os colegas. Após essa agenda adolescente retornou às suas atividades escolares com mais disposição, graças a disposição da Escola que lhe disponibilizou um banheiro para os cuidados com a bolsa coletora, ajudou na mediação do relacionamento dela com os colegas, e também o acompanhamento clínico que passou a ser realizado em parceria com equipe da Estratégia de Saúde da Família do território.

O projeto propiciou ainda a criação de vínculos com os adolescentes e a parceria com a família, permitiu também o desenvolvimento das potencialidades dos mesmos levando em conta suas singularidades. Ressalte-se o papel educativo do Enfermeiro para incentivar e facilitar o autocuidado no domicílio, o que ajuda, em grande medida, mitigar as complicações advindas das condições clínicas.

Outra situação que merece ser descrita é a de uma adolescente de 15 anos, cadeirante com diagnóstico de paraplegia e bexiga neurogênica, decorrente de mielomeningocele, em uso de cateter vesical de demora; osteomielite proveniente das lesões por pressão, as quais demandam curativos diários.

Situação exemplificada 2: a referida adolescente hospitalizada na unidade dependia muito do suporte no domicílio. Após reuniões da equipe multidisciplinar estabeleceu-se um plano de cuidados domiciliares para ser implementado após a alta envolvendo outros serviços da rede de saúde (SUS) do território da adolescente e uma organização não governamental, como rede de apoio à mesma. Ressalta-se que as visitas domiciliares da equipe do Projeto incluíam consultas médicas e de enfermagem; curativos das lesões, trocas do cateter vesical e orientações à mãe para os cuidados a serem realizados pela mesma, em especial o autocuidado e uma escuta ativa da adolescente. Após essa integração observou-se que os *vínculos* com a adolescente e sua mãe se fortaleceram, e isso facilitou a identificação de outras necessidades de saúde, ultrapassando as questões de ordem física, contribuindo, sobremaneira, para a melhora da qualidade de vida e da auto-estima da adolescente. O atendimento contribuiu também para aumentar a adesão da adolescente ao tratamento, e possibilitou uma maior interação da equipe do Projeto com outros setores da administração pública, promovendo efetivamente longitudinalidade do cuidado. Em síntese, é possível com isso afirmar que a abordagem multiprofissional como diretriz do SUS, sem dúvida, contribui para o rompimento do modelo biomédico e favorece a atenção à saúde e a prevenção de danos à mesma.

4 | DISCUSSÃO

A transição de cuidados hospitalar para o domicílio requer planejamento, comunicação, educação e orientação do paciente, avaliação de aspectos psicossociais, a fim de garantir a continuidade dos cuidados de forma coordenada e segura (DUSEK; PEARCE; HARRIPAUL, *et al.*, 2015).

A atuação multiprofissional promove efetiva descentralização do poder e do saber pela divisão de responsabilidades, de acordo com as peculiaridades de cada categoria profissional (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011). A atuação profissional em conjunto, promove uma cobertura assistencial de qualidade, diminui o tempo de internação e hospitalização, o que por sua vez, ajuda a mitigar a evasão escolar, e as questões familiares e comunitárias ocasionadas pelo distanciamento da família, e pela perda do convívio social com seus pares (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011). Estudo realizado na Inglaterra apontou que as reuniões multidisciplinares permitem uma maior comunicação e relação entre os profissionais, o que possibilita o planejamento da transição de cuidados. (BAILLIE; GALLINI; CORSER, *et al.*, 2014).

A assistência à saúde no domicílio tem obtido uma revalorização, nos últimos anos, o que em partes pode ser considerada uma importante resposta às atuais demandas decorrentes de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014;

SILVA; SENA; SILVA, *et al.*, 2014). No Brasil, os registros de experiências de serviços de atenção domiciliar na produção do cuidado em saúde datam do início da década 1990, seguindo a tendência mundial de investimento nessa assistência, desta forma melhora a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013a).

A enfermagem insere-se nos diversos serviços de atenção domiciliar com diferentes graus de participação e possibilidades de atuação (CUNHA; LEPINSK; SANTOS, *et al.*, 2015; LACERDA, 2015), tendo um papel de destaque nessa assistência (BRITO; ANDRADE; CAÇADOR, *et al.*, 2013). Essa inserção está associada com sua habilidade em exercer diferentes atividades (gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família). Assim, ao se falar em condições de vida, a saúde e educação como políticas públicas são fundamentais, pois a interação entre elas, “independentemente de onde ocorre – escola ou serviço de saúde – constituem um caminho importante para a conquista da qualidade de vida”, conforme evidenciado no exemplo explicitado (CARVALHO, 2015, p. 43).

Em face, de não raras vezes, as necessidades relacionadas ao tratamento da doença serem incompatíveis com o processo normal de desenvolvimento psicossocial do adolescente, é fundamental que seja estabelecida uma relação de confiança entre este e o profissional que lhe presta o cuidado, e que o adolescente possa perceber nele uma real preocupação com suas necessidades, ansiedades, sonhos e medos (BRASIL, 2013b).

Esta forma de atuação do profissional junto ao usuário e sua família ultrapassa a estrutura física das práticas assistenciais, ao possibilitar outro meio de expressar compromisso, de acolher as necessidades ao cuidado integral a saúde do adolescente (ANTUNES; COIMBRA; SOUZA, *et al.*, 2012). No que diz respeito ao contato telefônico, corrobora estudo ao afirmar que a assistência de enfermagem por essa via tem sido uma estratégia de monitoramento e de educação em saúde utilizada junto aos pacientes com doenças crônicas, para incentivar o autocuidado e prevenir possíveis complicações (BARBOSA; LIMA; MAGALHÃES, *et al.*, 2014).

No contexto da saúde do adolescente com vulnerabilidade, a visita domiciliar (VD) é uma alternativa efetiva para conferir suporte ao tratamento, propiciar um atendimento mais humanizado, ético, e desta forma, aproximar o enfermeiro do adolescente e da família, permitindo-lhe um olhar amplo, abrangente e diferenciado, além de proporcionar vínculos entre os profissionais e usuários. Como uma possibilidade de assistência, a Atenção Domiciliar exige a mobilização de competências específicas, como habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além do conhecimento técnico e científico (BRASIL, 2013a).

Vale destacar que a experiência em narrativa proporcionou maior

aproximação dos integrantes do Projeto com a equipe multidisciplinar do serviço, gerou nesta maior sensibilidade e compreensão do atendimento domiciliar, e também maior confiança da equipe médica para dar alta, sabendo que os adolescentes estavam sendo assistidos no domicílio tanto pelo próprio Serviço como pela Rede de Saúde local.

Para a equipe de enfermagem, em especial para as residentes do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde do Adolescente, conforme Deliberação nº 30 de 2019, que participaram dessa vivência de manejo de cuidados clínicos baseados em evidências com a autonomia que a realidade lhes proporcionou foi um genuíno exercício de enfermagem em prática avançada (EPA).

Dentre as limitações da proposta destaca-se a dificuldade de articulação entre as redes de apoio do território e a dinâmica logística do serviço, em tempo hábil.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que as visitas estreitaram a cooperação do serviço de saúde do adolescente de uma unidade de internação especializada de um hospital universitário com os profissionais da rede de saúde do território, e fortalecimento de vínculos com os adolescentes, familiares e/ou responsáveis.

O atendimento ao adolescente no domicílio, de modo a complementar à atenção hospitalar, foi um desafio enriquecedor para equipe multidisciplinar, uma vez que proporcionou humanização na assistência, estreitamento da relação usuário e serviço, aproximação com o território e maior compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e suas vulnerabilidades sobre as condições clínicas dos adolescentes, e, por conseguinte, contribuiu para tomada de decisões mais assertivas e eficazes.

Ainda no contexto das contribuições do Projeto, vale destacar que a assistência domiciliar de enfermagem clínica promoveu longitudinalidade do cuidado pautado nas necessidades de saúde desta população, e reforçou a constatação da importância e da necessidade de atuação em rede. No âmbito do ensino, os enfermeiros (bolsistas e residentes) envolvidos neste processo, atuaram em novos cenários de prática, com autonomia, pautados nas evidências sociais e clínicas, e isso, contribuiu para o crescimento e o desenvolvimento profissional dos mesmos.

Em síntese, há que se destacar que o Projeto promoveu cobertura assistencial de qualidade para os adolescentes, ofereceu aos mesmos e aos familiares, instrumentais e informações essenciais para ajudá-los nos enfrentamentos imputados pelas condições clínicas e pelas vulnerabilidades sociais, às quais estão submetidos. Além disso, o Projeto ao permitir que os enfermeiros (bolsistas

e residentes) atuassem nesse novo cenário, ofereceu-lhes efetiva capacitação de longitudinalidade do cuidado (transição do cuidado hospitalar para domiciliar) com grande autonomia, ampliando-lhes também a possibilidade de pesquisas.

Por fim, vale destacar que a experiência em narrativa, merece ser ampliada para o conjunto dos residentes de enfermagem do hospital universitário, em especial, os de enfermagem clínica, referendando o protagonismo do enfermeiro nos diferentes níveis de atenção (básica, ambulatorial, hospitalar) da rede de saúde, dando início a uma abordagem de cuidados designada enfermagem em prática avançada (EPA), estratégia definida como eficaz no enfrentamento das desigualdades sociais, nas quais uma importante parcela da população está submetida. Pensar sua superação envolve o protagonismo de enfermeiros qualificados e isso passa fundamentalmente por um processo de capacitação profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 70, n. 1, p. 199-208, 2007.

ANTUNES, B.; COIMBRA, V. C. C.; SOUZA, A. S.; ARGILES, C. T. L.; SANTOS, E. O.; NADAL, M. C. Visita domiciliar no cuidado aos usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. **Cienc cuid saude.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 600-4, jul.set. 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/15416/pdf>

BAILLIE, L.; GALLINI, A.; CORSER, R.; ELWORTHY, G.; SCOTCHER, A.; BARRAND, A. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. **Int J Integr Care**, v. 14, n. 27, p.e009, Jan/Mar, 2014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027893/>.

BARBOSA, I. M.; LIMA, F. E. T.; MAGALHÃES, F. J.; ALMEIDA, P. C. Influence of nursing care by telephone in the practice of selfcare of the user with diabetes mellitus. **Journal of Nursing UFPE on line**. Pernambuco, v. 8, n. 11, p. p. 3874-80, nov. 2014. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10135/10633>

BRASIL. **Estatuto da Criança e do adolescente**: Lei nº 8069/90, 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, 28 out 2011. Seção 1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de maio de 2013a. Seção 1, p.30-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência multiprofissional em saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-

BRITO, M. J. M.; ANDRADE, A. M.; CAÇADOR, B. S.; FREITAS, L. F. C.; PENNA, C. M. M. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-10, out.dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-27, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312015000401207&script=sci_abstract&tlng=pt

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 2012.

CUNHA, J. J.; LEPINSK, A. G.; SANTOS, M. S.; HERMANN, A. P. Nursing's contributions to improvements in home healthcare management. **Journal of Nursing UFPE on line**. Pernambuco, v. 9, n. 5, p. 7746-52, maio, 2015. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6305/pdf_7752

DUSEK, B.; PEARCE, N.; HARRIPAUL, A.; LLOYD, M. Care transitions a systematic review of best practices. **J Nurs Care Qual.**, v. 30, n. 3, p. 233-9, July/Sept., 2015.

FONSECA, F. F.; SENA, R. K. R.; SANTOS, R. L. A.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr.**, Sao Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-64, 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/19.pdf>.

HERMANN, A. P.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R. Specific characteristics of home healthcare and their approaches in nursing education. **REME rev min enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 545-50, jul.set, 2014. Available from: [file:///C:/Users/Francisco/Downloads/v18n3a03%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Francisco/Downloads/v18n3a03%20(1).pdf)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Guidelines on Advanced Practice Nursing.** ICN, 3 place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland, 2020. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf. Acesso em 25 jun. 2020.

LACERDA, M. R. Brevidades sobre o cuidado domiciliar [Editorial.]. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 15, n. 2, abr. jun, 2015. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18657/pdf>

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n 3, p. 621-6, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 01-6, jul.set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>

SILVA, A. G.; RODRIGUES, T. C. L.; GOMES, K. V. Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção. **Rev psicol polít.**, São Paulo, v. 15, n. 33, p. 335-54, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v15n33/v15n33a07.pdf>

SILVA, L. K.; SENA, R. R.; SILVA, P. M.; SOUZA, C. G.; MARTINS, A. C. S. The nurse's role in home care: its implications for the training process. **Cienc cuid saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 503-10, jul.set, 2014. Available from: file:///C:/Users/Francisco/Downloads/19227-108177-1-PB%20(1).pdf

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Deliberação nº 26 de 2012**. Autoriza a Criação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade Residência. UERJ, 2012. Disponível em: http://www.boluerj.uerj.br/pdf/de_00262012_10102012.pdf

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Deliberação nº 30 de 2019**. Autoriza a reformulação do Curso de Especialização em Enfermagem na modalidade Residência. UERJ, 2019. Disponível em: http://www.boluerj.uerj.br/pdf/de_00302019_09052019.pdf

SOBRE A ORGANIZADORA

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA- Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá/MG (1995). Com especialização em Gerontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004), especialização em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde também pela Universidade Federal da Bahia (2006), e especialização em Gestão em Saúde pela UNIFESP (2012). Concluiu o Mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, no ano de 2013 defendendo a dissertação intitulada como “Um estudo da sexualidade da idosa com a doença de Alzheimer leve”, tendo a dissertação publicada em um livro. Organizou o livro Biossegurança no Contexto da Saúde, e também escreveu um capítulo deste livro em 2013. Docente com diversas disciplinas: Vigilância Sanitária, Metodologia do Trabalho Acadêmico, Fundamentos Históricos de Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem, Práticas Educativas em Saúde, Políticas de Atenção a Saúde da Mulher, Biossegurança e Ergonomia, Políticas de Atenção a Saúde do Adulto, Enfermagem do Idoso, Políticas de Nutrição e Alimentação a Saúde I, Ética em Enfermagem e Exercício da Profissão, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde do Homem, Estágio Supervisionado. Atuou como coordenadora auxiliar junto ao curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição privada. Na gestão pública, a nível municipal e estadual atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF). A nível federal, atuou como Consultora externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). É avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde - MEC.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações educativas 6, 24, 26, 30, 229

Adolescentes 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 214, 226, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 251, 252

Advocacia do paciente 66, 67, 68, 72, 74, 75, 76, 77

Agentes comunitários de saúde 149, 151, 152

Aleitamento materno 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 102, 103, 104, 108, 218, 220, 221, 222, 224

Ambiente hospitalar 76, 127

Ambulatorial 17, 49, 175, 216, 221, 228, 229, 231, 232, 235, 245, 252

Articulação das redes 12

Atenção básica de saúde 32, 65, 245, 246, 247

Atenção psicossocial 86, 87, 89, 92, 223, 252

Auditoria em enfermagem 56, 79, 84, 155, 157, 160, 161, 162, 163

Autoestima 86, 88, 90, 91, 92, 114, 115, 120, 121, 123, 124

C

Clientes 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 114, 119, 160, 162, 166

Covid-19 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240

Cuidado em enfermagem 41, 46

D

Direito à saúde 66, 67, 68, 69

Dispensação de materiais 155

Dor 58, 63, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 191, 205

E

Emergência 3, 4, 93, 95, 155, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 214, 227, 232, 245

Enfermeiro 3, 4, 12, 15, 16, 20, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 81, 82, 83, 84, 108, 122, 123, 124, 134, 135, 150, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 171, 172, 173, 174, 189, 190, 191, 195, 197, 198, 206, 207, 223, 227, 231, 238, 241, 242, 243, 246, 248, 250, 252

Equipe interdisciplinar 57, 58, 59, 63, 243

Estomia intestinal 113, 114, 116, 120, 125, 175

Estratégia 26, 30, 35, 36, 45, 46, 71, 75, 97, 104, 105, 107, 121, 128, 130, 131, 175, 200, 207, 212, 220, 223, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 237, 238, 246, 247, 248, 250, 252, 254, 255

Estresse 68, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 109, 191, 198, 199

F

Ferramenta 20, 24, 26, 29, 30, 31, 43, 79, 132, 135, 155, 156, 158, 195, 206, 209, 210, 219, 224, 226, 232, 237, 242

G

Gerenciamento 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 71, 99, 101, 102, 106, 107, 110, 132, 161, 234

Gestantes 59, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Gestão do conhecimento 127, 128, 129, 130, 132, 133

Glosas 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 160

H

Health 7, 13, 25, 33, 45, 46, 48, 58, 65, 67, 85, 87, 93, 100, 110, 111, 127, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 154, 156, 177, 190, 198, 216, 218, 227, 230, 240, 242

Hospital de referência 59, 189, 192, 195, 196, 197

I

Impacto 45, 48, 64, 78, 79, 84, 86, 89, 94, 113, 118, 224, 227, 243

L

Lavagem das mãos 6, 7, 8, 9, 10, 11

M

Método cumbuca 127, 130, 131

N

Nurse 13, 33, 46, 58, 67, 134, 135, 136, 139, 140, 141, 146, 147, 150, 156, 190, 213, 242, 254

P

Paciente crônico 228

Pandemia 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239

Papilomavírus humano 176

Performance 33, 58, 67, 134, 136, 140, 144, 148, 156, 213

Pesquisa quantitativa 149, 151, 154

Politraumatizado 3, 4

População 2, 8, 14, 15, 16, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 50, 51, 60, 74, 93, 94, 95, 96, 97, 115, 128, 129, 149, 152, 153, 154, 177, 178, 187, 192, 203, 223, 232, 235, 237, 239, 243, 244, 249, 250, 251, 252

Processo de enfermagem 24, 46, 158, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Proposta de gestão 127

Protocolo 12, 15, 16, 20, 60, 99, 101, 103, 104, 108, 109, 110, 111, 206, 208, 213

R

Recém-nascido 99, 100, 102, 110, 111, 112, 218, 220, 221, 222, 224, 225

S

Saúde mental 86, 87, 88, 89, 90, 92, 155, 223, 226

T

Tecnologias educativas 217, 218, 219, 220, 221, 223, 225

Telemonitoramento 228, 229, 231, 232, 233, 234, 236, 238

Telenfermagem 228, 229, 239

Terapia intensiva 60, 78, 80, 83, 85, 100, 110, 111, 112, 122, 204

V

Vacinação 176, 178, 184, 186, 187, 188

Viabilidade das mídias 93, 94

Visita domiciliar 241, 242, 245, 250, 252

Vulnerabilidade 188, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 250, 254

Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem

2

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

Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem

2

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