



Organizadora  
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan

# A ENFERMAGEM E OS SEUS DESAFIOS

Vol. 01

Curitiba  
EDITORA REFLEXÃO ACADÊMICA  
2021



**Organizadora**  
**Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan**



**A enfermagem e os seus desafios**  
Vol.01  
**Reflexão Acadêmica**  
**editora**

**Curitiba**  
**2021**

Copyright © Editora Reflexão Acadêmica  
Copyright do Texto © 2021 O Autor  
Copyright da Edição © 2021 Editora Reflexão Acadêmica  
Editora-Chefe: Profa. Msc. Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan  
Diagramação: Lorena Simoni  
Edição de Arte: Lorena Simoni  
Revisão: O Autor

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

#### **Conselho Editorial:**

Prof. Dr. Alasse Oliveira da Silva, Universidade Federal Rural Rural da Amazônia - UFRA  
Prof. Msc. Mauro Sergio Pinheiro dos Santos de Souza, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
Profª. Msc. Rebeka Correia de Souza Cunha, Universidade Federal da Paraíba- UFPB  
Prof. Msc. Andre Alves Sobreira, Universidade do Estado do Pará- UEPA  
Profª. Drª. Clara Mariana Gonçalves Lima, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP  
Profª. PhD Jalsi Tacon Arruda, Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA  
Profª. Drª. Adriana Avanzi Marques Pinto, , Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- UNESP  
Prof. Dr. Francisco Souto de Sousa Júnior, Universidade Federal Rural do Semi-Árido -UFERSA  
Prof. Dr.



Reflexão Acadêmica  
editora

**Ano 2021**

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

C357a Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim

A enfermagem e os seus desafios / Barbara Luzia Sartor Bonfim  
Catapan. Curitiba: Editora Reflexão Acadêmica, 2021.  
135 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui: Bibliografia

ISBN: 978-65-995551-0-7

1. Enfermagem. 2. Saúde.

I. Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim. II. Título.

Editora Reflexão Acadêmica  
Curitiba – Paraná – Brasil  
[1contato@reflexaoacademica.com.br](mailto:1contato@reflexaoacademica.com.br)



Reflexão Acadêmica  
editora

**Ano 2021**

## **ORGANIZADORA**

Sobre a organizadora - Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan - Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas pela PUCPR. Possui graduação em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (2014), bacharelado em Pedagogia pela Faculdade das Américas - FAM (2020) e MBA em Gestão Executiva de Negócios pela Universidade Braz Cubas (2016). Atuou, profissionalmente, em duas organizações nas áreas financeira e administrativa. Foi professora convidada no Instituto de Educação e Pós-Graduação em Negócios (IEN), ministrando aulas em cursos de extensão a distância. Foi Professora Pesquisadora no Instituto Federal do Paraná - IFPR no curso Técnico de Logística. Publicou 9 artigos em periódicos e 9 artigos em congressos nacionais e internacionais. Atualmente, atua como Editora-chefe na empresa Reflexão Acadêmica Editora.

## APRESENTAÇÃO

O livro “A enfermagem e os seus desafios vol.1”, publicado pela Reflexão Acadêmica Editora, é uma coletânea que une treze capítulos que discorrem sobre temas relacionados com as diversas áreas da enfermagem.

Assim, os trabalhos discutem a supervisão em enfermagem: uma revisão integrativa com o objetivo de compreender como está caracterizada a supervisão em enfermagem nos trabalhos publicados. A atuação da enfermagem frente às tendências da assistência domiciliar, estudo considera que o papel da enfermeira na assistência domiciliar ressurgiu como um novo campo de conhecimento. Utilizando o método da revisão integrativa valendo-se de uma reflexão crítica objetivou-se reconhecer desafios da enfermagem obstétrica na assistência hospitalar ao parto, entre outros temas aderentes.

Dessa forma agradecemos todos os autores pelo esforço e dedicação colocados em seus trabalhos. Esperamos poder contribuir com a comunidade científica que se interessa por temas relacionados com a enfermagem e que o livro auxilie em futuras pesquisas voltadas na temática discutida.

Boa leitura!  
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan

## **SUMÁRIO**

<b>CAPÍTULO 01 .....</b>	<b>1</b>
SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Janaina Raquel de Souza Silva	
Neusa Nubia Carvalho da Silva	
Simone Santana da Silva	
<b>DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000056</b>	
<b>CAPÍTULO 02 .....</b>	<b>11</b>
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS TENDÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	
Amanda Sousa Costa	
Suéllen da Silva Freitas	
Andreia Silva Rodrigues	
<b>DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000057</b>	
<b>CAPÍTULO 03 .....</b>	<b>29</b>
ENSINOS CLÍNICOS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO SUPERVISOR	
Vania Coimbra	
Marília Rua	
<b>DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000058</b>	
<b>CAPÍTULO 04 .....</b>	<b>36</b>
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PREVENTIVAS DA INFLUENZA A (H1N1)	
Adriana de Oliveira Rocha Souza	
Raquel Ferreira Caé	
Sania Lúcia Feitosa Lobo	
Yandra Samonieli da Silva Monteiro	
Giselle dos Santos Costa Oliveira	
Márcia Jaqueline de Lima	
<b>DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000059</b>	
<b>CAPÍTULO 05 .....</b>	<b>47</b>
CONSTRUÇÃO DE LIVROS DIGITAIS NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DE ENFERMEIROS NA PÓS GRADUAÇÃO EM NEFROLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Claudia Maria Marinho de Almeida Franco	
Isabela Melo Bonfim	
Rita Mônica Borges Studart	
Gleison Resende Sousa	
Marcos Vinícius Marinho Gonçalves Franco	
<b>DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000060</b>	
<b>CAPÍTULO 06 .....</b>	<b>51</b>
A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS	
Monyque da Silva Barreto	
Mariana Gomes Martins	

Iliana Maria de Almeida Araújo  
Clícia Karine Almeida Marques Araújo  
Paula de Vasconcelos Pinheiro  
Felipe da Silva Nascimento  
Ana Paula Barros Bertoldo  
Rozilene Gomes de Brito  
Ineuda Maria Xavier de Oliveira  
Vânia Maria dos Santos  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000061**

**CAPÍTULO 07 ..... 59**

PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS

Anna Maria de Oliveira Salimena  
Natália Ana Carvalho  
Carina Máximo da Rocha  
Edvania Oliveira Martins  
Thaisa Domingos Gonçalves  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000062**

**CAPÍTULO 08 ..... 64**

DESAFIOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO

Nayara Sousa de Mesquita  
Pamela Nery do Lago  
Paola Conceição da Silva  
Liane Medeiros Kanashiro  
Samantha Lara da Silva Torres Anaisse  
Michelly Angelina Lazzari da Silva  
Juliane Guerra Golfetto  
Lana Rose Cortez de Farias  
Lívia Sayonara de Sousa Nascimento  
Danielle Freire dos Anjos  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000063**

**CAPÍTULO 09 ..... 73**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Nayara Sousa de Mesquita  
Pamela Nery do Lago  
Andréia Elias da Cruz Nascimento  
Helena Cristina Araujo Lima  
Daiane Medina de Oliveira  
Francisco Hilângelo Vieira Barros  
Ana Paula Ferreira Marques de Araújo  
Josivaldo Dias da Cruz  
Adriana de Cristo Sousa  
Gleidson Santos Sant Anna  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000064**

**CAPÍTULO 10.....83****USO DO BRINQUEDO TERAPÉUTICO POR ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Ismael do Nascimento Brum

Matheus Henrique Naumann

Thais Barbosa Barreto

Maria Eduarda Perroni Nery

Bruna Cardozo da Silva

Kelly Dayane Stochero Velozo

Michele Bulhosa de Souza

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000065](https://doi.org/10.51497/reflex.0000065)**

**CAPÍTULO 11.....92****TRABALHO INTER SETORIAL E A PROMOÇÃO DO CUIDADO RELACIONADO AS ZOONOSES: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Vanesa Nalin Vanassi

Lucimare Ferraz

Lenita de Cassia Moura Stefani

Mônica Ludwig Weber

Adriane Karal

Tavana Liege Nagel Lorenzon

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000066](https://doi.org/10.51497/reflex.0000066)**

**CAPÍTULO 12.....102****SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR EM UMA LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Eliana Amaro de Carvalho Caldeira

Darcília Maria Nagen da Costa

Camilo Amaro de Carvalho

Rogério Baumgratz de Paula

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000067](https://doi.org/10.51497/reflex.0000067)**

**CAPÍTULO 13.....123****MUDANÇAS DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS NA ONCOLOGIA: UM OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**

Kelly Cristina Meller Sangoi

Dara Brunner Borchartt

Cristiane Lippert Tumelero

Daiana Reuse

Deisi Raquel Voltz

Alana Santos de Mendonça

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000068](https://doi.org/10.51497/reflex.0000068)**

## CAPÍTULO 01

### SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Janaina Raquel de Souza Silva**

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

E-mail: janainasouza@gmail.com

**Neusa Nubia Carvalho da Silva**

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

E-mail: nucarvalhosha@hotmail.com

**Simone Santana da Silva**

Universidade do Estado da Bahia – UNEB Campus VII

E-mail: simone\_ssilva1@yahoo.com.br

**Resumo:** Introdução: Este estudo consiste em uma revisão integrativa, com o objetivo de compreender como está caracterizada a supervisão em enfermagem nos trabalhos publicados pela BVS. Materiais e Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa no período de 2002 a 2011, com os seguintes descritores para busca no banco de dados: supervisão em enfermagem; supervisão em saúde; práticas de supervisão em enfermagem. Resultados e Discussão: Foram selecionadas 9 publicações, divididas os temas de análise: Caracterização da supervisão, com 05 publicações; Contribuição para melhoria da assistência em saúde, com 02 trabalhos; e Sistematização da supervisão, com 02 artigos. Conclusão: Diante do estudo abordado, conclui-se que a supervisão em enfermagem ainda está muito ligada ao controle e não se utiliza de ferramentas sistematizadas de forma consciente, muito embora aponte características de perfil educativo que visam contribuir para o desenvolvimento de pessoal. Além disso, enfrenta dificuldades pela dinâmica do trabalho, a sobrecarga e a falta de incentivos aos quais os enfermeiros estão inseridos.

**Palavras-chave:** Supervisão; Educação permanente; Sistematização; Assistência de saúde

**Abstract:** Introduction: This study consists of an integrative review, with the goal of understanding is characterized as nursing supervision in the work published by VHL. Materials and Methods: We conducted an integrative review in the period 2002-2011, with the following key words to search the database: supervision in nursing; supervision in health; supervisory practices in nursing. Results and Discussion: 9 posts, divided the subjects of analysis were selected: Characterization of supervision, with 05 publications; Contribution to improving health care, with 02 papers; Systematization and supervision, with 02 articles. Conclusion: Given the discussed study, it is concluded that supervision in nursing is still very connected to control and does not use systematic tools consciously, although point features educational profile that aim to contribute to staff development. Additionally, faces difficulties by the dynamics of work overload and the lack of incentives to which nurses are inserted.

**Keywords:** Supervision; Continuing education; systematization; Health care

## 1. INTRODUÇÃO

A supervisão em enfermagem é um mecanismo gerencial a qual consiste em processos de educação, avaliação e condução da equipe de enfermagem, além da administração de recursos humanos. Tais processos possibilitam a otimização da assistência desde que implementados de forma efetiva. De acordo com Servo (2001), a supervisão surgiu desde a institucionalização da enfermagem como profissão na Inglaterra. Aquelas que desenvolviam ações puramente técnicas eram denominadas 'nurses'. As 'ladies nurses', por sua vez, ficavam responsáveis pela administração hospitalar e supervisão das demais<sup>1</sup>.

A supervisão tradicional, focalizada nos níveis hierárquicos e no controle, com o intuito de assegurar práticas compatíveis com as normas pré-estabelecidas não demonstra preocupação com a parte educativa da ação. Hoje, as novas concepções gerenciais apontam preocupação com a educação permanente e propõem a superação das ações puramente normativas. Dessa forma, o Ministério da Saúde define a supervisão como um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada qualidade dos serviços prestados<sup>2</sup>.

Silva (1991) sugeriu três dimensões no estudo da supervisão identificadas na literatura como educativa, controle e articulação política<sup>3</sup>. Assim, compreende-se a necessidade da prática da supervisão corresponder a estas três dimensões, às quais contemplam primeiramente, a educação continuada de extrema importância para a atualização e compreensão de novos saberes, o controle para satisfazer a parte institucional para realização do trabalho e a dimensão política, por sua vez, se articula a postura ética dos profissionais que exercem a supervisão dentro da sua instituição como uma função administrativa.

Em um sentido mais ampliado da discussão, a supervisão é apontada ainda como instrumento que viabiliza a qualidade da intervenção de enfermagem. Tal classificação é devida à necessidade de desenvolver as potencialidades dos membros da equipe no sentido de proporcionar uma assistência adequada e livre de riscos aos usuários do sistema de saúde<sup>1</sup>. Frente a isso, é válido destacar que a importância de exercer as atividades de supervisão se destaca por ultrapassar no controle e cumprimento das normas institucionais, além de compreender o papel fundamental no

desenvolvimento de pessoal. Assim, permite que o enfermeiro não se limite apenas às funções administrativas, atentando-se também aos serviços oferecidos o que contribui para melhorias assistenciais favorecendo o desenvolvimento técnico-científico onde aperfeiçoa os procedimentos práticos.

Considerando o assunto supracitado, este trabalho objetiva-se compreender como está caracterizada a supervisão em enfermagem nos trabalhos publicados pela BVS. Diante desta situação, surge a questão norteadora deste artigo: de que forma a supervisão em enfermagem está sendo realizada e contribuindo para melhoria da assistência em enfermagem?

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvido a partir de fontes secundárias. A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado<sup>(5)</sup>. A sua principal vantagem consiste em proporcionar ao investigador a cobertura de uma variedade de fenômeno. Assim esse tipo de pesquisa é indispensável entre outras para a realização de estudos históricos<sup>(6)</sup>.

Com a finalidade de descrever o tema abordado configura-se em estudo descritivo para descrever fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis, descrever características de um determinado grupo e estudos de opinião, de motivações, de mercado e socioeconômico<sup>(7)</sup>.

Tratando-se de uma investigação em que permite a incorporação das evidências na prática clínica, esse estudo configura-se como uma revisão integrativa da literatura, que corresponde à análise integral de pesquisas relevantes que dão suporte para a construção de conhecimentos em enfermagem, para a realização de uma prática profissional de qualidade. Esse método é um instrumento da Prática Baseada em Evidências - PBE. As etapas que compõem esta revisão integrativa são: identificação do tema e seleção da questão pesquisada; busca na base de dados digitais; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; busca dos textos na íntegra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; categorização e avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(7)</sup>.

O primeiro passo, para a coleta de dados foi reunir o material bibliográfico disponível, para isso foram feitas buscas, exclusivamente, na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, no mês de dezembro de 2012. Foram encontrados vários artigos que abordavam o tema, mas os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à supervisão em enfermagem e artigos publicados e indexados no referido banco de dados, sendo selecionados artigos que abordavam a temática, independente do ano de publicação, sendo todos lidos na íntegra e utilizando os seguintes descritores para busca no banco de dados: supervisão em enfermagem, com 92 estudos; supervisão em saúde, 165; práticas de supervisão em enfermagem com 12 publicações. Foram todos lidos na íntegra e selecionados os trabalhos dentro da temática e do objetivo deste estudo, resultando assim em 09 artigos publicados no período de 2002 a 2011.

### 3. RESULTADOS

Diante do tema, Supervisão em Enfermagem, a pesquisa foi conduzida para sintetizar os resultados, através de estudos independentes sobre o assunto por meio de uma revisão integrativa. Assim, estudou-se 09 artigos na íntegra, resumindo 03 temáticas relacionadas aos números específicos de artigos e suas respectivas considerações descritas no quadro abaixo. Partindo desse princípio, os temas de análise foram: Caracterização da supervisão, com 05 publicações; Contribuição para melhoria da assistência em saúde, com 02 trabalhos; e Sistematização da supervisão, com 02 artigos.

Tabela 1: Resultados e categorização dos artigos. Senhor do Bonfim, 2013

TEMAS	NÚMEROS DE ARTIGOS	CONSIDERAÇÕES
Caracterização da supervisão.	5 (cinco)	Diante da análise dos artigos, percebeu-se que a caracterização da supervisão está relacionada ao controle, a educação e à articulação política, visto que as atividades administrativas ficam diretamente ligadas à competência da enfermeira. Além disso, ressaltou-se a supervisão como uma das principais atividades gerenciais dos serviços de saúde, apesar de enfocar a atividade de controle, resultado da predominância do modelo tradicional administrativo.
Contribuição para melhoria da assistência em saúde.	2 (dois)	Os artigos relacionaram a prática da supervisão como ferramenta para melhoria e gestão do cuidado, já que objetiva a educação em saúde, o controle das atividades e emancipação dos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho. Dessa forma, permite que seja estabelecida

		relação entre o trabalho desenvolvido e a satisfação dos usuários com os serviços de saúde.
Sistematização da supervisão.	2 (dois)	Os trabalhos analisados consideraram a supervisão como atividade que exige sistematização das ações envolvendo o planejamento, execução e avaliação das atividades. Porém, em sua maioria, são realizadas de maneira não sistematizada destacando como fator limitante as atividades burocráticas que sobrecarregam os profissionais.

Fonte: Os autores

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA SUPERVISÃO

A discussão dos artigos relacionados a esta temática, permitiu levantar os seguintes aspectos sobre as características da supervisão: destaque para as ações de controle, educação e articulação política, bem como a utilização da observação direta como instrumento avaliador, discussão em grupo e ações educativas pertinentes às dificuldades da equipe na organização do trabalho, relacionadas à sobrecarga de atividades, além das burocráticas.

Conforme estudo sobre a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro é possível destacar as atividades de supervisão, apesar de assumirem outras concepções educativas e políticas ainda está ligada ao controle de pessoal devido à predominância do modelo tradicional de administração. As instâncias gestoras ainda se posicionam resistentemente as novas estratégias gerenciais, atuando, portanto, de forma impositiva e inflexível. “A predominância do estilo gerencial baseado no modelo tradicional do desempenho das atividades de controle sobre as pessoas e sobre o material pode ser atribuída à imposição da gestão superior”<sup>(8:528)</sup>.

Ainda nesta perspectiva, o estudo sobre a opinião e o conhecimento do enfermeiro sobre sua atividade mostra:

A supervisão tem sido utilizada, também, como parte do processo de treinamento em serviço e de adaptação do recém-contratado, fato confirmado por 66,6% dos enfermeiros entrevistados (...), o conceito de processo educativo atribuído à supervisão está incorporado nesse grupo, no qual 59,2% dos enfermeiros afirmaram que a supervisão deve permear o trabalho como um processo educativo<sup>(9: 409)</sup>.

Fica claro o reconhecimento da atividade de supervisão para atividades gerenciais. Tal associação é principalmente relacionada à preocupação com o treinamento de pessoal, o que não deve ser preocupação apenas no ingresso do funcionário no serviço de saúde, mas enquanto permanecer na unidade e com todos os trabalhadores.

Frente a isto, na enfermagem, apesar de reconhecer a supervisão como uma das principais atividades gerenciais dos serviços de saúde, a mesma não é efetivamente executada já que ainda não consegue contemplar as três dimensões de educação, controle e articulação política, mencionadas anteriormente. Ayres (2007) identifica nos resultados de seu estudo, o qual os enfermeiros supervisores exercem um papel mais próximo da função de controle do que da função de supervisão, embora, em número significativo, os enfermeiros tenham conceituado a supervisão como processo educativo e de gerenciamento da assistência <sup>(9)</sup>. Tal fato pode-se atribuir à sobrecarga de outras atividades administrativas, como preenchimento de formulários, planejamento do cuidado; previsão e provisão de recursos. Atenta-se que a maior parte das instituições de saúde infere-se não reconhecer supervisão como unidade de trabalho, ou seja, não designam profissionais que sejam responsáveis apenas para a atividade de supervisão, nem dão espaço para que sejam realizadas atividades educativas impedindo o crescimento do setor e o desenvolvimento desta área.

Pode-se perceber que apesar dos profissionais caracterizarem e reconhecerem na supervisão em enfermagem a importância de ações educativas, as atividades administrativas, por sua vez, restringem esta atuação às competências burocráticas da enfermeira. Ademais, a supervisão destaca-se como uma das principais atividades gerenciais reconhecidas, entretanto na sua prática é implementada fortemente por ações de controle.

#### **4.2 CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

De acordo com pesquisa realizada sobre o gerenciamento do cuidado em serviços de emergência, o autor atribui às atividades de supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem, êxito dos enfermeiros em coordenar a realização do cuidado e zelar pela qualidade da assistência prestada <sup>(10)</sup>. Tal afirmação elucida a importância do gerenciamento frente à ampla variedade de habilidades sobre várias nuances, desde a organização da unidade até o gerenciamento do cuidado, o que dessa forma facilita a otimização da assistência.

A importância em se realizar a supervisão exerce influência na qualidade da assistência. Isto se dá porque a equipe necessita estar envolvida em processos educativos, dentro dos próprios estabelecimentos de trabalho, participando de processos avaliativos, tendo como referência o enfermeiro que coordena o setor.

Estas medidas podem reforçar a excelência dos serviços resultando em melhoria na qualidade da assistência e maior satisfação dos usuários, que são uns dos principais objetivos dos serviços de saúde.

A pesquisa realizada conclui que a concepção das enfermeiras no processo gerencial mostra que os mesmos estabelecem uma efetiva relação entre o objeto e a finalidade do seu processo de trabalho, ou seja, as ações gerenciais são direcionadas ao atendimento das necessidades de saúde da clientela <sup>(11)</sup>. Todas as ações de supervisão, controle, administração e gerência do cuidado tem em comum a finalidade de atender os usuários de forma satisfatória.

Verificou-se ainda que a prática da supervisão auxilia como suporte para o aperfeiçoamento da gestão do cuidado que se consolida com o fortalecimento da segurança e do vínculo da equipe, organização do serviço, aperfeiçoamento de técnicas e melhorias no processo de trabalho devido a sua estreita relação com a educação em saúde e o controle das atividades, além da emancipação dos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho. Portanto, possibilita uma interligação entre o trabalho desenvolvido e a satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA SUPERVISÃO

Os trabalhos analisados consideraram a supervisão como atividade que exige sistematização das ações envolvendo o planejamento, execução e avaliação das atividades. Valendo ratificar o processo educativo como parte da atividade supervisora. Porém, poucos foram os estudos que mostraram maneiras sistemáticas de exercer a supervisão, já que em sua maioria, são realizadas de maneira não sistematizada.

Em um artigo sobre a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde a autora afirma, que o modo como ocorre à supervisão está sendo preocupante, pois muitas vezes tecnicista e fiscalizadora. Não possibilita que haja mudança na forma de atender ao usuário do serviço, abandonando o modelo biomédico e empregando uma metodologia que permita enxergar o cliente, sua família e sua comunidade como sujeitos que sofrem a ação do ambiente em que vivem e trabalham de tal forma que esta ação determina seu modo de viver-adoecer-morrer<sup>(12)</sup>.

Conclui ainda que em nenhum momento, as enfermeiras da pesquisa afirmaram fazer o registro formal da supervisão por elas realizada, o que caracteriza

a não sistematização e impossibilita avaliar esta atividade por elas ou por seus superiores, impedindo também a retroalimentação, que se faz necessária após o processo de avaliação. Nesse aspecto, as mesmas apontaram como dificuldade para a realização da supervisão, o excesso de trabalho e a falta de tempo gerada pela grande demanda de atividades próprias da enfermeira<sup>(12)</sup>.

Por outro lado, conforme pesquisa sobre a supervisão nas Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana-BA, os resultados mostraram que o padrão de supervisão sistematizada alcançou frequência superior, correspondendo a 63,6% do total da população, seguido do padrão de supervisão não sistematizada com índice percentual de 36,4%. Isso nos mostra que está havendo conscientização e mudança em relação à supervisão, visto que na sistematização há o englobamento das atividades de supervisão realizadas sob forma de processo, ou seja, planejamento, execução e avaliação<sup>(13)</sup>.

Corroborando com isso torna-se fácil compreender a importância de se realizar a sistematização da supervisão com a finalidade de aperfeiçoar a equipe, utilizando-se da avaliação, educação permanente e de própria avaliação da supervisão, para conseguir alcançar o melhoramento do processo de trabalho em enfermagem.

Um dos objetivos da supervisão é manter a educação permanente dos trabalhadores de saúde através da constante avaliação do serviço realizado por estes, com propósito de identificar as necessidades de orientação e treinamento, no intuito de prevenir situações problemáticas<sup>(14: 528)</sup>.

Assim, a supervisão como atividade, exige sistematização das ações envolvendo o planejamento, execução e avaliação das atividades. Tal ferramenta permitirá que se vença a dificuldade na implementação das ações justificadas muitas vezes pela sobrecarga de atividades burocráticas por parte dos profissionais.

## 5. CONCLUSÃO

Diante do estudo abordado, conclui-se que a supervisão em enfermagem ainda está muito ligada ao controle e não se utiliza de ferramentas sistematizadas de forma consciente, muito embora aponte características de perfil educativo que visam contribuir para o desenvolvimento de pessoal. Além disso, enfrenta dificuldades pela dinâmica do trabalho, a sobrecarga e a falta de incentivos aos quais os enfermeiros estão inseridos.

Propõe-se a organização e o planejamento das atividades, a atribuição de tarefas, a fim de facilitar o trabalho, e a utilização de formas sistematizadas de exercer a supervisão junto à equipe de saúde. Assim com o fornecimento de atividades educativas com base nas demandas encontradas, vislumbra-se a melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Dentro deste contexto, cabem estudos que priorizem a supervisão de maneira sistematizada como ferramenta de educação para promover a integração da equipe de saúde. Destaca-se a necessidade desta prioridade para que funcione efetivamente o planejamento de ações que promovam o desenvolvimento de pessoal, além de estratégias de supervisão resolutivas e operantes nos serviços de saúde contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção.

Visto que, os estudos que mostram a supervisão como importante ferramenta para planejamento das ações nos serviços de saúde estão em processo de expansão e ainda diante da dificuldade em aplicá-la, sugere-se a elaboração de novos estudos que foquem a temática. Além disso, ressaltar a importância em ampliar, ainda dentro da academia, o desenvolvimento do senso de criticidade dos discentes e exercitar a aplicabilidade da ferramenta na disciplina de gerenciamento/administração em enfermagem e afins.

## REFERÊNCIAS

1. SERVO MLS. Supervisão em enfermagem: o (re) velado de uma práxis/ Maria Lúcia Silva Servo, Maria Helena TrenchCiampone. (orientadora) – Feira de Santana- BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.
2. BRASILMS. Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1981
3. SILVA, EM. Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.1 no.1 Ribeirão PretoJan.1991
4. KURCGANT, P. Administração em enfermagem/ coordenadora Paulina Kurcgant. – São Paulo: EPU, 1991.
5. WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: update methodology. *J AdvNurs.* 2005;52(5):546-53.
6. TAVARES MS, SILVA MD, CARVALHO R. Revisão integrativa: como é e como fazer.[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-06\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-06_port.pdf). Coletado dia 04/01/2013.
7. RODRIGUES, AJ. Metodologia científica. São Paulo: Avercamp, 2006.
8. SANTOS JLG, GARLET ER, LIMA MADS. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):525-32.
9. AYRESJÁ, BERTI HW, SPIRI WC. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. *REME* – Rev. Min. Enf.;11(4):407-413, out./dez., 2007.
10. SANTOS JLG, LIMA MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):695-702.
11. PASSOS JP, CIOSAK SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *RevEscEnferm USP* 2006; 40(4):464-8.
12. SILVA,ABF, HORTALE VA. A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a Enfermeira. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Ponta Grossa- Paraná, 2002.
13. LIBERALI J, DALL'AGNOL CM. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):276-82.
14. CORREIA VS, SERVO MLS. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. *RevBrasEnferm* 2006 jul-ago; 59(4): 527-31.
15. CARVALHO, JFS, CHAVES, LDP. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral. *CogitareEnferm.* 2010 Jul/Set; 15(3):513-20.
16. KAWATA LS, MISHIMA SM, CHIRELLI MQ, PEREIRA MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 313-20.

## CAPÍTULO 02

### A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS TENDÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

**Amanda Sousa Costa**

Centro Universitário Jorge Amado

E-mail: amandasousaa@yahoo.com

**Suélle da Silva Freitas**

Centro Universitário Jorge Amado

E-mail: suellenfreitass@yahoo.com

**Andreia Silva Rodrigues**

Centro Universitário Jorge Amado

E-mail: enfandreiarodrigues@hotmail.com

**Resumo:** Este estudo considera que o papel da enfermeira na assistência domiciliar ressurgiu como um novo campo de conhecimento. Elaborou-se uma revisão de literatura e evidencia-se a necessidade de implementação deste modelo de prestação de serviço de saúde. O estudo está baseado na premissa de que a assistência domiciliar é uma opção segura e eficiente para atendimento a determinados tipos de pacientes. Este estudo tem como questão norteadora o seguinte questionamento: quais são as possibilidades de atuações da enfermeira frente a assistência domiciliar? Com o intuito de contribuir para que as enfermeiras possam melhor atuar nos cuidados domiciliares, pretende-se desenvolver este estudo com o objetivo de descrever a atuação da enfermagem frente a assistência domiciliar com base na literatura sobre o tema, a análise da atuação do enfermeira no processo de elegibilidade do paciente para a assistência domiciliar e a evidencia dos critérios utilizados no processo de elegibilidade em questão. Trata-se de pesquisa bibliográfica, descritiva, exploratória. A coleta de dados na literatura ocorreu em agosto de 2012 nas bases de dados online Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, Scielo e em acervos bibliográficos universitários.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Internação domiciliar. Home care.

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar (AD) é um conjunto de serviços realizados no domicílio, que visam suporte terapêutico do paciente, nesses serviços estão inclusos os cuidados pessoais diários, cuidados com a medicação, escaras e ostomias, realização de curativos, uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas por dia, cuidados paliativos a pacientes terminais e outras medidasterapêuticas<sup>(1)</sup>.

Existem algumas modalidades nas quais a assistência domiciliar está dividida de acordo com o grau de complexidade das ações e serviços de saúde a serem prestados ao paciente, sendo elas a visita domiciliar, atendimento domiciliar e a internação domiciliar<sup>(1)</sup>.

No atendimento domiciliar as atividades assistenciais são exercidas por profissionais de saúde na residência do cliente, onde serão executados os procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio<sup>(2)</sup>.

A internação domiciliar compreende uma assistência mais especializada, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar, é exercida por profissionais de saúde na residência do cliente, onde serão oferecidos recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos. Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio<sup>(2)</sup>.

As primeiras atividades assistenciais no domicílio surgiram nos EUA no século XVIII antes mesmo da criação dos grandes hospitais<sup>(1, 2)</sup>.

Em 1796 com o Home Care organizado foi praticado pela primeira vez na região de Boston Dispensary, nos EUA. Essa organização prestava serviços aos pobres e enfermos, dando-lhes a dignidade de serem tratados em seus lares ao invés de hospitalizá-los, pois, naquela época, os hospitais ainda eram considerados como casas infestadas pela peste, aonde os cidadãos pobres e enfermos eram enviados para morrer<sup>(1)</sup>.

Já os primeiros cuidados domiciliares desenvolvidos no Brasil aconteceram no século XX com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil; o

que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade<sup>(2)</sup>.

Atualmente há muitos fatores que justificam a implantação da assistência domiciliar como forma de promoção da saúde, tais como, o aumento do interesse pelo auto-cuidado, o interesse do cidadão pelo gerenciamento de sua própria saúde e pela saúde dos seus amigos e familiares<sup>(2)</sup>. Nesse contexto, justifica-se a realização desse artigo, no fato de que a assistência domiciliar apresenta-se como uma importante modalidade de atendimento à saúde e pela importância que ela representa na melhoria dos cuidados prestados à população.

Desta maneira este estudo tem como questão norteadora o seguinte questionamento: quais são as possibilidades de atuações da enfermeira frente a internação domiciliar?

Com o intuito de contribuir para que as enfermeiras possam melhor atuar nos cuidados domiciliares, pretende-se desenvolver este estudo com o objetivo de descrever a atuação da enfermagem frente à internação domiciliar.

Também deve-se demonstrar a AD como uma alternativa diminuição dos custos dos hospitais com pacientes de internação prolongada e de alto custo, e a assistência domiciliar como uma alternativa de tratamento com o mesmo ou até melhor padrão de atendimento, o que reduz significativamente o seu custo de internação, bem como, desocupa os leitos, dando oportunidade a pacientes que mais necessitam de hospitalização.

Ainda como justificativa à pesquisa deve-se registrar que existem ainda as vantagens desse serviço, pois para que o paciente possa ter a vantagem de não sair de perto do convívio dos seus familiares para conviver no ambiente hospitalar onde estará mais suscetível a infecções, ele estará se sentindo confortado e amado no ambiente familiar.

Para o cuidador informal (parente ou amigo) tem vantagem de poder ver o paciente melhorar muito mais rápido com conforto e dignidade, tendo o paciente em casa o cuidador não precisa deslocar-se de sua residência ao hospital diariamente, ou ter que permanecer no hospital sob condições, muitas vezes desconfortáveis, permite que o cuidador mantenha muitas das rotinas diárias como banhos e refeições na hora certa, repouso em sua própria residência, alimentação a qual está acostumado,

podendo também resolver outros aspectos de sua vida como as finanças, os relacionamentos e as tarefas do lar.

Não obstante estas justificativas anteriores, ainda deve-se registrar que no setor privado, assim como no setor público de nosso país, o atendimento domiciliar é cada vez maior. Essa modalidade de serviço contribui para a redução de internações hospitalares, do atendimento ambulatorial e para a redução dos custos com o tratamento. Além disso, ajuda o paciente a se reintegrar ao ambiente familiar e de apoio, proporciona uma assistência humanizada por meio de uma maior aproximação da equipe inter-profissional com a família e estimula uma maior participação do paciente e de seus familiares no tratamento proposto<sup>(3)</sup>.

Com o exposto e nesse contexto, justifica-se a realização desse artigo, no fato de que a assistência domiciliar apresenta-se como uma importante modalidade de atendimento à saúde e pela importância que ela representa na melhoria dos cuidados prestados à população.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica, descritiva, exploratória. Para tanto se procurou localizar e obter a bibliografia já tornada pública a respeito do tema em estudo, através de livros, monografias, teses, jornais, revistas, publicações avulsas, entre outras, dos últimos 10 anos.

A pesquisa bibliográfica consiste em colocar à disposição do pesquisador tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre o assunto em questão. Acrescenta ainda que ela não se resume a uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras<sup>(1)</sup>.

Pode ser definida como um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados e tem como finalidade conhecer as contribuições científicas dos pesquisadores do assunto. Através dela é possível se obter dados relevantes para a planificação do trabalho, delimitação do problema, das hipóteses e dos objetivos, além de possibilitar a comprovação de que uma hipótese constitui ou não um objeto de estudo. Assim sendo, a pesquisa bibliográfica deve se constituir numa atividade rotineira tanto para o pesquisador como para o profissional que precisa de atualização

na sua área de trabalho e em assuntos que dizem respeito a sua vida pessoal e profissional.

A coleta de dados na literatura ocorreu em agosto de 2012 nas bases de dados online Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, Scielo e em acervos bibliográficos universitários. Foi feito um roteiro para o levantamento bibliográfico. Este roteiro permitiu a identificação das fontes bibliográficas (livros, revistas, jornais, vídeos etc.) importantes à consecução da presente pesquisa, pois ele constará das seguintes etapas: a) seleção das fontes de referência; b) consulta a dicionários técnico-científicos; c) consulta a pessoas estudiosas e especialistas no assunto; d) pesquisa bibliográfica propriamente dita.

Após a identificação, localização e aquisição do material bibliográfico partiu-se para o fichamento e arquivamento do material consultado, tendo o cuidado de fichá-lo e arquivá-lo de acordo com os diversos temas e subtemas abordados.

O fichamento foi realizado com cuidado de anotar todos os dados relevantes tratados pelos diversos autores consultados, inclusive aqueles que serão utilizados na organização das referências bibliográficas. O arquivamento foi feito de forma a facilitar o manuseio do material fichado.

Ao ser concluída a etapa de fichamento e arquivamento, foi elaborada a redação final do trabalho. Esta redação teve como subsídios os seguintes tipos de leitura: Leitura informativa, que feita com o propósito de buscar informações e certificá-las de que se tratam de informações de interesse a resolução do problema proposto para este estudo.

Leitura crítica, a qual foi realizada após a seleção criteriosa do material adquirido através de leitura crítica, para elaborar uma síntese que integre as idéias defendidas pelos autores sobre o tema em estudo.

Leitura interpretativa, que foi realizada para a análise e discussão a respeito da pertinência ou não das informações no sentido de constatar se elas se constituem em subsídios úteis como resposta ou solução para o problema proposto nesta pesquisa.

### **3. ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E A PROVAÇÃO DA SAÚDE**

A assistência domiciliar é uma das ferramentas usadas para a promoção da saúde e abrange todos os serviços de saúde prestados aos pacientes em sua

residência. Essa modalidade de atendimento tem crescido muito e vem se tornando mais importante nos últimos tempos<sup>(3)</sup>.

O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde reduzida a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de sequelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias<sup>(4)</sup>.

A discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado<sup>(5)</sup>.

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse contexto o Programa de Internação Domiciliar e os espaços para cuidados paliativos apontam-se como estratégias para a diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção, para a diminuição de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial da enfermagem<sup>(5)</sup>.

Compreende-se que a internação domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização.<sup>(6)</sup>

A internação domiciliar visa a desospitalização precoce, a diminuição das reinternações e proporciona um processo terapêutico mais humanizado. O serviço de internação domiciliar tem como finalidade proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno do doente ao domicílio. Nesse contexto, a enfermeira tem papel fundamental no suporte à família no enfrentamento dessa situação. O papel da família consiste em auxiliar na reabilitação do doente e ajudar a equipe de saúde a detectar os problemas e necessidades. Nesse sentido, a equipe de saúde deve incluir a família no seu plano de cuidados no domicílio proporcionando segurança para assumir o papel de cuidador<sup>(7)</sup>.

Ainda que a atenção hospitalar seja, indiscutivelmente, importante e necessário componente de qualquer política de saúde, não é a única e sequer a mais importante. Com o envelhecimento da população e o aumento do aspecto crônico de certas doenças, modalidades alternativas à hospitalização que utilizam o domicílio como lugar de cura e cuidado têm apresentado rápido e expressivo crescimento no Brasil, entre elas, a internação domiciliária<sup>(7)</sup>.

A partir da alta hospitalar torna-se fundamental uma parceria entre hospital e domicílio, integrando a atuação nesses dois espaços de modo a permitir a continuidade da assistência com maior efetividade das ações, diminuição das reinternações e, por conseguinte, redução de custos na saúde<sup>(8)</sup>.

A Lei nº 10.424 de abril de 2002 foi sancionada pelo Ministério da Saúde e estabelece no âmbito do SUS, o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar. Essa Lei inclui, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio além de regimentar procedimentos complementares e indexados ao atendimento, o que reforça sobremaneira o perfil mínimo para a enfermeira destes procedimentos<sup>(4)</sup>.

São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliare a internação domiciliar. Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família<sup>(9)</sup>.

O cuidado a doentes crônicos no domicílio vem crescendo no Brasil. Por meio da assistência domiciliar vem sendo construída uma nova lógica de atuação dos profissionais de saúde, que se deslocam até o domicílio para atender esta demanda, e, neste sentido operfil, ações mínimas e desdobramentos associadas às enfermeiras é de fundamental importância para o novo perfil demandado para a mesma<sup>(10)</sup>.

#### 4. OS BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Nesse contexto, a assistência domiciliar apresenta-se como uma importante modalidade de atendimento à saúde. A assistência domiciliar é um termo que representa várias modalidades de atenção à saúde desenvolvida no domicílio, entre elas, a visita domiciliar, o atendimento e a internação domiciliar. O funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária<sup>(11)</sup>.

Essa modalidade de atendimento tem crescido muito nos últimos tempos, tornando- se mais importante a cada dia. Os motivos que dão ao *home care* o destaque que ele tem recebido são diversos: o envelhecimento da população que está cada vez atingindo mais altos índices de longevidade e, assim, demandando mais assistência médica; a necessidade de humanização do atendimento ao paciente; os resultados que esse tipo de tratamento tem demonstrado, com uma melhora muito mais rápida do paciente que é tratado em casa, em meio a sua família; os custos mais baixos demandados pelo *home care* em relação à internação hospitalar; a disponibilização de leitos nos hospitais; e que este tratamento possibilita a existência cada vez menor de casos de infecção hospitalar, dentre outros<sup>(11)</sup>.

Apesar do aumento na demanda pelo tratamento hospitalar residencial, a maioria das empresas de saúde no Brasil, assim com muitas pessoas, ainda opta por atitudes conservadoras de assistência médica exclusivamente ambulatorial ou hospitalar, porque desconhecem a possibilidade de cura com uma internação domiciliar, parâmetros, redução dos custos e todos os benefícios que essa modalidade de assistência à saúde pode trazer.

Outro ponto fundamental da atividade é a importância da observação dos princípios éticos e legais e o cumprimento da legislação de modo que se possa garantir o cuidado prestado com qualidade e, principalmente, com segurança.

Quanto às perspectivas, o Brasil vai precisar cada vez mais de instrumentos para atender seus idosos fora das instituições hospitalares, já que não dispõe de leitos, nem recursos financeiros suficientes<sup>(11)</sup>.

Observou-se que cuidar da saúde do cidadão em sua própria residência aumenta a capacidade de atendimento da rede pública e humaniza o tratamento.

Entre a omissão e as alianças com os setores que fazem das doenças da população um negócio, assiste-se à redução da qualidade de atendimento aos

pacientes da rede pública e a um processo de abandono dos investimentos. O significado final dessa crise é a diminuição da capacidade de trabalho, da qualidade e da expectativa de vida dos brasileiros; as medidas preventivas são insuficientes, os tratamentos adiados e os cidadãos usuários são submetidos a condições humilhantes<sup>(11)</sup>.

Constatou-se que existem muitas vantagens com relação à assistência domiciliar, além da melhora à humanização no tratamento, diminui o tempo de permanência em hospitais. É também levado em consideração outro benefício muito importante, que é a satisfação do paciente e de seus familiares pelo tratamento poder ser realizado em sua residência.

Também é importante evidenciar que a internação hospitalar reverte à assistência modelada em anos de práticas hospitalares, favorecendo um novo olhar de atenção à saúde com base na promoção, prevenção e na humanização, e, neste sentido os principais objetivos da assistência domiciliar são:

- Educar o cliente e a família para tornar-se auto-suficiente em relação aos cuidados de que necessita e tornando assim o processo de assistência mais eficaz e eficiente;
- Prestar assistência/cuidado individualizado, dissipando a insegurança inicial do cliente e da família e com isto aumentando a relação de confiança entre as partes criando assim uma sinergia crescente na relação o que desdobra-se sempre em resultados positivos no acolhimento;
- Proporcionar um cuidado mais humanizado deixando o cliente ao aconchego da família, vizinhos e amigos e proporcionando com isto uma ação mais eficaz do seu trabalho;
- Dinamizar os leitos hospitalares, beneficiando outros clientes que não podem ser atendidos em domicílio;
- Diminuir o tempo de permanência do cliente no hospital atenuando o risco da infecção hospitalar;
- Oferecer uma assistência/cuidado seguro, mas menos oneroso, com resultados eficientes e eficazes no processo do cuidar<sup>(11)</sup>.

Os estudos anteriormente realizados trazem em detalhes esses benefícios, que podem ser elencados sob forma das vantagens da Assistência Domiciliar, a citar: evitar internações e suas consequências, tais como a infecção hospitalar e outros

desdobramentos associadas à mesma; diminuir o tempo de internação, pois isto facilita mais leitos disponíveis para pacientes com maiores prioridades; manter o paciente em seu habitat e no convívio com os seus, pois isto é fator psicológico para a melhoria e acolhimento do mesmo; dividir a responsabilidade dos cuidados do paciente com a família, pois isto mantém a continuidade das ações da enfermeira além de aumentar a auto-estima do paciente bem como a manutenção da sinergia da família com o mesmo; suprir a dificuldade de locomoção do paciente, pois, enquanto o mesmo estiver em residência familiar não será demandada a sua locomoção para alguma unidade de saúde; otimizar leitos e recursos hospitalares, pois, com a saída de pacientes para as residências familiares dos mesmos, acarreta-se o aumento proporcional de leitos hospitalares; Minimizar o estresse e o desgaste familiar, visto que, com profissionais no seio familiar, o desgaste diário dos familiares acaba por ser atenuado; a assistência domiciliar melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares; a redução do risco de infecção hospitalar é um assunto muito abordado como item positivo no aspecto do atendimento domiciliar, pois, além das vantagens já elencadas também se tem o procedimento como item de favorecimento da valorização da imagem institucional e é uma forma de se prestar assistência por um custo compatível<sup>(12)</sup>.

Neste sentido tem-se que considerar que com estes resultados positivos e com estas vantagens tem-se também o fato de que o indivíduo com o estado de saúde alterado necessita de cuidados específicos, quando esses cuidados podem ser feitos em sua própria residência, adquirem mais segurança e confiança e maior satisfação do cliente em ter seu tratamento realizado em seu lar, com a presença e participação de seus familiares<sup>(12)</sup>.

Portanto, evidenciou-se que é essencial conhecer as experiências e o conhecimento dos cuidadores familiares, pois o cenário de experiências dos familiares será lastro para o bom andamento dos trabalhos do cuidador familiar, pois levando-se em conta que, no contexto domiciliar, a presença e atuação qualificada de um familiar são condição fundamental para implementar um serviço efetivo e com resultados eficazes.

O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior

conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitir<sup>(4)</sup>.

No Brasil, a presença da enfermeira no domicílio dos clientes esteve historicamente associada à enfermagem de saúde pública. A partir de 1998, foi priorizado o sistema extra hospitalar de assistência, ampliando o universo do atendimento à saúde e exigindo novas reflexões sobre o cuidado domiciliar; as primeiras experiências surgiram na área da cancerologia, objetivando cuidados paliativos aos pacientes fora de possibilidade terapêutica.<sup>(14)</sup>

Na nossa compreensão, a enfermeira como participante da equipe de saúde cobra um papel de destaque na assistência domiciliar, uma vez que diversos autores afirmam que o cuidado é foco de trabalho da enfermeira<sup>(13)</sup>.

A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer. Assim, a enfermeira e demais profissionais de saúde, na internação domiciliar tem um papel de mediador entre o cliente e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Não só ver o que se passa no corpo físico de quem recebe cuidado, mas identificar quem pode assumir o cuidado na ausência do profissional. Assim, além de constatar sinais clínicos, o profissional necessita ver, interpretar e identificar a rede social de cuidado à qual o paciente pertence<sup>(14)</sup>.

Cabe à enfermeira identificar, diagnosticar, prescrever e avaliar sobre a prestação do cuidado de saúde e enfermagem a ser realizada em domicílio do cliente, família e/ou grupo social; organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar os serviços de saúde realizados pela enfermagem em domicílio; fazer o prognóstico de enfermagem de acordo com os níveis de complexidade do cliente no domicílio, atendendo as interfaces de intercorrências clínicas; assumir, como prerrogativas as atividades da responsabilidade de planejar, executar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem através do SAE (Sistematização do Atendimento de Enfermagem) de instrumentos de controle de qualidade das assistências realizadas; identificar e classificar as condições que predispõem a riscos de saúde, fazendo referências do caso clínico, através de pareceres sistemáticos, cabendo-lhe a delegação de responsabilidades assistenciais ao pessoal de enfermagem; analisar a ergonomia ambiental e suporte tecnológico no domicílio, estabelecendo ação integrada de correção de risco de educação familiar; decidir sobre normas e execução

de procedimentos de diagnóstico, terapêutica e cuidados nos níveis de complexidade, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem<sup>(15)</sup>.

O cuidado no domicílio é muito importante e exige muito mais do profissional enfermeiro que por sua vez terá que em um local onde precisa prestar os cuidados, observar e enxergar com os olhos físicos e com os olhos do coração, ler nas entrelinhas, entender o não dito, confiar no vivido, sair do anonimato do uniforme branco e socializar osaber, o fazer e o ensinar entre outras atitudes e ações<sup>(13)</sup>.

Pode ser entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio<sup>(13)</sup>.

Por atendimento domiciliar, compreende-se que são as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio, e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.

Internação domiciliar são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini-hospital). A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida (6,12 ou 24 horas). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio<sup>(13)</sup>.

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação. A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário<sup>(15)</sup>.

A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer<sup>(16)</sup>.

O processo de enfermagem aplicada à casa de saúde inclui avaliação, diagnóstica de enfermagem, planejamento de intervenção, cuidado e avaliação. Estes processos são muitas vezes mais complexo, dada a natureza do ajuste, o adicional variáveis que influenciam o cliente e a família, e a necessidade de integração de enfermagem em saúdecomunitária conceitos.

A Enfermeira assistente é o responsável pela manutenção do tratamento e sua aplicação de acordo com as prescrições e definições do Médico Assistente e demais profissionais. Ela também pode prestar informações sobre a manutenção e utilização dos recursos alocados na residência. A Enfermeira deve ser sempre o primeiro contato quando houver qualquer irregularidade percebida pelos familiares do paciente com relação ao serviço prestado. É sugerido que os cuidadores sempre estejam presentes durante suas visitas. Não cabe à enfermeira alterar prescrições ou autorizar introdução de novas medicações para o paciente<sup>(17)</sup>.

O cuidado de enfermagem é dirigido por diagnósticos de enfermagem manifestados pelo paciente/família devido ao seu problema de saúde e/ou tratamento médico. A avaliação dos cuidados prestados é realizada através da integração entre a promoção da saúde e a abordagem dos fatores ambientais, psicossociais, econômicos, culturais e pessoais de saúde que afetam o bem-estar da pessoa e da família. É imprescindível o registro do atendimento domiciliar no prontuário do paciente, tanto para fins ético- legais<sup>(18)</sup>.

Neste cenário o Ministério da Saúde publica em 2003 um manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde que afirma que as situações em que se justificam a assistência domiciliar e que estas situações são as que os pacientes não podem ser transportados rapidamente para o hospital, bem como regimentam os atendimentos de ocorrências ou doenças agudas que incapacitam o paciente a vir até a Unidade.

## 5. O CUIDADO DOMICILIAR E A ENFERMEIRA

A visita domiciliar, como instrumento de trabalho para a enfermagem, passou a ser mais incrementada com a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), das propostas de atenção domiciliar e de reinserção social das pessoas com transtornos mentais no campo da atenção à saúde no Brasil, na última década<sup>(19)</sup>.

Todavia, os problemas decorrentes de seu emprego, como uma técnica que, mobiliza questões que envolvem, por um lado, aspectos culturais dos usuários/famílias e de outro a formação dos trabalhadores e seu preparo para adentrar no domicílio das famílias convergem para uma dualidade criada no domicílio, tornando-se este, ao mesmo tempo um espaço privado e público respectivamente, situação esta que, tanto nos primórdios da saúde pública, tanto quanto, nos projetos de medicina comunitária dos anos setenta foi objeto de preocupação<sup>(19)</sup>.

Toda a base da internação domiciliar é feita pela equipe de enfermagem, mas cabe ao médico-assistente a tarefa de indicar o momento exato em que o paciente deverá ir para a internação domiciliar. É atribuição exclusiva do médico-assistente repassar à chefia de enfermagem toda a rotina do paciente, os medicamentos, a realização de exames e as datas de visita. Cabendo à enfermeira tomar as providências cabíveis, indo visitar a casa do paciente, conversar com os familiares, providenciando todos os equipamentos ergonômicos necessários (cama apropriada, bombas de infusão, monitores, postes de soro, oxigênio...) para que o paciente possa continuar o tratamento em casa<sup>(19)</sup>.

Assim com base nos critérios de elegibilidade elencados e segundo o Manual de assistência domiciliar na atenção básica de saúde (2003), vemos que as atribuições da enfermeira para execução deste processo, dentro outros papéis são:

- Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social da pessoa enferma sem que a mesma tenha que deslocar-se periodicamente para tal;
- Avaliar as condições e infra-estrutura física do domicílio para a modalidade de assistência domiciliar requerida e prover sugestões de melhorias dos processos e dos produtos associados;
- Elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados bem como dotar os familiares mais diretos de conhecimentos básicos para a consolidação desta demanda;
- Identificar e treinar o cuidador domiciliar, pois o mesmo irá complementar o trabalho do cuidador além de proporcionar uma multiplicidade de conhecimentos na área;
- Supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem;
- Realizar procedimento de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica;

- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta) pois com as ações de acompanhamento têm diversos aspectos atenuados à época;
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família;
- Comunicar a equipe de saúde as alterações observadas a avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado;
- Dar alta dos cuidados de enfermagem de forma a proporcionar ações contra o mesmo;
- Registrar os atendimentos para melhoria dos produtos ou dos serviços associados ao mesmo;

Tendo citado e destacado os principais cuidados da enfermeira, pode-se constatar a fundamental importância desta profissional no cuidado domiciliar. No ambiente doméstico, observou-se que a enfermeira traz atividades de cuidado que geram confiança e colaboração, tanto para o cuidado com o cliente e a manutenção da saúde dos outros membros da família.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apontou-se que o cuidado domiciliar deve ser integrado ao modelo assistencial e não como programa temporário e especial. Ao constituir-se e integrar-se no modelo assistencial, o cuidado domiciliar deve estar ancorado nos princípios dos SUS: integralidade, equidade, universalidade e qualidade. Estes princípios foram declarados na Constituição Brasileira de 1998, no seu Artigo 196, que diz: a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os autores pesquisados demonstram em seus estudos que as condições financeiras são determinantes para a realização do cuidado domiciliar. Além de recursos afetivos e de disponibilidade de tempo o cuidar no “locus” domicílio requer recursos financeiros para prover alimentação, medicamentos e insumos que incluem: roupas de cama, materiais de higiene, fraldas, equipos de dieta, alimentos e medicamentos para atender às necessidades do ser cuidado. No entanto, a realidade

atual indica que nem sempre a cuidadora e a família possuem os recursos necessários.

Com essa revisão evidencia-se a importância da atuação da enfermeira no processo de internação domiciliar, destacando-o inclusive como elemento avaliador das condições exigidas para a elegibilidade do paciente.

A análise dos dados reforçou a posição de que a estratégia de cuidado domiciliar deve ser incluída no planejamento das ações dos serviços de saúde com previsão de recursos financeiros e insumos como os medicamentos e o apoio técnico as cuidadoras e a família.

Assim, acredita-se que o cuidado domiciliar deve ser parte da política pública de saúde garantindo a responsabilidade dos governos municipais, estaduais e federal que devem ter em vista a estratégia de utilizar o domicílio como o “locus” do cuidado e não como local para onde se transfere a responsabilidade da ação do cuidado, inclusive a financeira para com o ser cuidado, para a cuidadora e família.

## REFERÊNCIAS

1. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade Jl. **Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista.** Santo André (SP), p.721-726, 2004.
2. Santos NCM. **Home Care:** a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo (SP), 2005. 278p.
3. Lima DSP, Dias JS, Bastos LC. **Sistema de classificação e elegibilidade de pacientes para assistência domiciliar.** Paraná (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
4. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Carmem TF, Jairnilson SP, Ana VL. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância a Saúde, Salvador (BA),** 1998, p 8-22. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 03.08.2012.
6. Lara SK. **Internação Domiciliar no Sistema único de Saúde.** Rev Saúde Pública, Minas Gerais (BH), 2005, p 391-7. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 12.08.2012.
7. Maria BC, Margrid B. **A Vivência do Cuidado do Contexto da Internação Domiciliar.** Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2009 jun; 30(2): 206-13.
8. Renata MS, Marques A. **Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília-SP:** Custos De Recursos Materiais Consumidos. Rev Latino-am Enfermagem. Marília (SP) 2005 julho-agosto; 13(4):555-61.
9. Brasil. Lei 10.424 de 15 de abril de 2002. **Brasília (DF):** Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 abr 2002, p. 1.
10. Brasil. **Portaria n 1892 de 18 de dezembro de 1997.** Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 22 dez 1997.
11. Daniella OB. **A Viabilidade do Home Care Como Ferramenta na Promoção Da Saúde.** Belo Horizonte (MG)
12. Juliana FM, Márcia CF. **Assistência Domiciliar:** Um Estudo Reflexivo. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun. 2(2):817-825.
13. Gilberto C. **Atendimento Domiciliar.** Acesso em: <<http://www.com.br/parec/eres/2001/0401.htm>> Acesso em 2 de abril de 2012.
14. Ricardo W V. **Cuidado humano:** um resgate necessário. Porto Alegre: Sagra - Luzato, 1998, p. 120.
15. Jones J, Wilson A, Parkes M, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Parker G. **Economic evaluation of hospital at home versus hospital care cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial.** BMJ 1999;319:1547-50.
16. Landi F, Gambassi G, Pole R, Tabaccanti S, Cavinato PV, Bernabei R. **Impact of integrated home care services on hospital use.** J Am Geriatr 1999; 47(12):1430-4
17. Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. **Enfermagem em home care sua inserção nos níveis de atenção à saúde:** a experiência da Escola de Enfermagem.

18. Francisco EV. **Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**. Revista da Enfermagem Atual, Rio de Janeiro 2001;1(4):35-8.
19. Walisete de Almeida Godinho Rosa. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2010.

## CAPÍTULO 03

### ENSINOS CLÍNICOS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO SUPERIOR

#### **Vania Coimbra**

UCC Santa Maria da Feira, Aces Entre o Douro e Vouga I  
E-mail: vaniacoimbra78@hotmail.com

#### **Marília Rua**

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro  
E-mail: mrua@ua.pt

**Resumo:** Os processos de supervisão de ensinos clínicos que têm vindo a acompanhar os percursos de formação em Enfermagem apresentam-se hoje no centro do debate, com a publicação pela Ordem dos Enfermeiros, do Modelo de Desenvolvimento Profissional. No decurso do ensino clínico, o enfermeiro supervisor, para além de assumir um papel fundamental no desenvolvimento profissional do estudante assume concomitantemente um papel de aprendente. Neste estudo pretendemos compreender as representações dos enfermeiros supervisores sobre o impacto da supervisão de ensinos clínicos no seu desenvolvimento profissional. Optamos por uma metodologia de abordagem qualitativa, através de um estudo de caso, com recurso às narrativas escritas e à entrevista semiestruturada dos atores. A análise dos dados recolhidos processou-se com o apoio do software WEBQDA. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o processo de desenvolvimento profissional perspetivado com base no modelo bioecológico desvenda a singularidade de cada supervisor, a forma como se move e articula nos diversos contextos e ao longo do tempo, revelando a sua forma de ser, estar e agir, que o capacita para a introspeção e a análise reflexiva das práticas clínicas e supervisivas. Neste estudo, a tônica é colocada no supervisor em desenvolvimento, através do seu esforço individual de crescimento, ao sentir-se auto implicado com uma postura crítico-reflexiva, que lhe possibilita situar-se no mundo que o rodeia, consciencializando-se do lugar que ocupa e das intervenções que pode desempenhar de forma proactiva.

**Palavras-chave:** Supervisão; Ensino Clínico; Prática Reflexiva; Desenvolvimento Profissional

**Abstract:** The supervision processes of clinical training that have been following the education in Nursing are presented today as the center of debate, with the Ordem dos Enfermeiros publication of the Professional Development Model. During the clinical training the supervisor nurse assumes not only the basic role in the professional development of the student but also the role of learner. In this study we intend to understand the representations of the supervisors on the impact of the supervision of clinical training in their professional development. We opted for a qualitative methodology through case study, with resource to the narratives and the semi-structured interviews with the actors. The collected data was analyzed with the support of software WEBQDA. Results suggest that the process of professional development, viewed through the basis of the bioecological model reveals the uniqueness of each

supervisor, the way he or she moves and articulates in different contexts and over time, disclosing their way of being and acting, which enables them to introspection and the reflective analysis of clinical practice and supervision practice. In this study, the focus is the supervisor - through their individual effort in growing and adopting a reflexive and self-critical stance, which allows them to be aware of their surroundings, from the place where they stand to which interventions they can take part in.

**Keywords:** Supervision; Clinical Training; Reflexive Practice; Professional Development

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento profissional dos enfermeiros constitui um processo mediante o qual os enfermeiros, sós ou acompanhados, revêm, reformulam e desenvolvem o seu compromisso como agentes de mudança nas instituições onde operam. Este processo vai-se construindo ao longo do tempo, podendo ocorrer de múltiplas formas.

Neste contexto consideramos que o ensino clínico, enquanto processo formativo é complexo e requer do supervisor competências pessoais, pedagógicas e de enfermagem, constituindo-se como um motor de desenvolvimento profissional.

Durante o ensino clínico, o estudante de enfermagem acaba por ser uma “lufada de ar fresco” ao confrontar o enfermeiro com as suas práticas, obrigando-o a parar, a refletir, a questionar, a atualizar-se, a (des)construir para reconstruir as suas intervenções, de forma a manter um desenvolvimento profissional permanente, utilizando a reflexão para uma transposição do conhecimento (saber) para as suas práticas clínicas e supervisivas (saber fazer).

A análise destes aspectos torna evidente que, a supervisão de estudantes em ensino clínico encerra potencialidades para o processo de desenvolvimento dos supervisores, porém são escassos os estudos que colocam o supervisor no centro da investigação, perspetivando-o como um ser em desenvolvimento, possuidor de características intrínsecas e particulares que o caracterizam enquanto pessoa, com experiências de vida e com um quadro conceptual próprio que o ajuda, perante determinado contexto, na mobilização dos seus recursos cognitivos, dos seus saberes e das suas competências.

Tendo em conta estas realidades interessamo-nos pelo estudo do impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

## 2. OBJETIVOS

Definimos como objetivo geral:

- Compreender o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

Em complementaridade, foram traçados dois objetivos específicos:

- Identificar evidências do processo reflexivo do enfermeiro supervisor durante a supervisão de estudantes em ensino clínico;
- Identificar as representações dos enfermeiros supervisores sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo supervisivo de estudantes em ensino clínico

### **3. METODOLOGIA**

Estudo de caso de natureza explanatória, descritiva e exploratória, na medida em que pretendemos compreender, descrever e explorar os fenómenos em contexto da vida real (Yin, 2010).

### **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Da análise efetuada às narrativas dos supervisores constatamos que estes compreendem a supervisão de estudantes em ensino clínico como um processo indutor e promotor do seu desenvolvimento profissional. Este processo é encarado como um período privilegiado de reflexão sobre vários aspectos da prática profissional e supervisiva, durante o qual o supervisor é confrontado com diferentes perspetivas e teorias trazidas pelo estudante, despoletando a necessidade de se preparar para a tarefa.

Os atores fazem alusão à importância da transposição para a prática dos conhecimentos teóricos que vão apreendendo no contacto com os estudantes, valorizando a reciprocidade como um motor de enriquecimento pessoal e profissional. Está também patente nos seus discursos a importância de analisar, avaliar e repensar constantemente as suas práticas. É esta capacidade autocrítica que conduz à mudança e à consequente melhoria contínua nos cuidados de enfermagem.

O impacto emergente desse desenvolvimento pode alargar-se para além do próprio supervisor e a abranger toda a equipa, nomeadamente quando se verificam alterações das práticas clínicas, com base, não só no que os estudantes puderam impulsionar, mas também com base nas pesquisas a que levaram os contributos dos estudantes.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o ensino clínico, o supervisor é confrontado com diferentes perspetivas e teorias trazidas pelo estudante, despoletando a necessidade de uma constante atualização e formação profissional e de uma reflexão sobre vários aspectos da prática profissional e supervisiva que o conduza à competência profissional.

Neste contexto, e de acordo com Le Boterf (2003), no processo de desenvolvimento de competências compete ao profissional saber transpor, o que pressupõe que este tenha a capacidade de aprender e se adaptar, que consiga tirar as lições da experiência, transformando a sua ação em experiência. Esta ideia aparece bem marcada no discurso dos atores, que consideram que durante a supervisão de estudantes em ensino clínico o supervisor tem oportunidade para ficar em contacto com a parte teórica que entretanto poderá ter ficado mais esquecida, permitindo-lhe transpor para a prática esses conceitos, de forma a melhorar as suas práticas.

Na mesma linha de pensamento, o estudo de Sword et al. (2002) evidencia a importância dos supervisores se sentirem ligados com o corpo de conhecimentos científicos do curso de enfermagem e por se sentirem revitalizados com as discussões e reflexões emergidas no contacto com estudantes.

A investigação conduzida por Huybrecht et al. (2011) revela-nos também os ganhos potenciais que a partilha de experiências e o acompanhamento próximo dos desenvolvimentos da disciplina se revestem para o supervisor. Esta partilha de experiências conduz muitas vezes ao confronto de perspetivas que, na ótica dos atores, propiciam a reflexão, a análise e a avaliação constante das práticas. O profissional reflexivo é aquele que sente necessidade de repensar constantemente as suas práticas e as suas atitudes, confrontando os seus saberes, movimentando-se numa postura crítica e aberta à mudança. O profissional reflexivo sente-se implicado em todas as ações, estando consciente que estas poderão ter repercussões no seu auto desenvolvimento e no desenvolvimento das pessoas com quem interage, nos contextos em que se move e nos processos proximais operados ao longo do tempo.

Outro dos aspectos emergentes no estudo é a constatação que o supervisor, no contacto com o estudante, adquire uma maior consciencialização de si próprio, das suas características, dos seus comportamentos, das suas atitudes e das suas limitações, com reflexos importantes no seu desenvolvimento pessoal e

consequentemente profissional. Não obstante, os supervisores descrevem os aspetos que foram alvo de mudança nas suas práticas durante ou após os períodos de supervisão de estudantes em ensino clínico, dos quais destacamos:

- Mudança de procedimentos e de algumas práticas estabelecidas nas instituições de saúde;
- Revisão dos procedimentos adequados à prestação dos cuidados de enfermagem, com vista à melhoria contínua dos mesmos;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação interpessoal;
- Mais rigor na realização dos registos;
- Maior atenção ao acolhimento do utente/família;
- Mais cuidado na informação/educação prestada ao utente;
- Aperfeiçoamento de estratégias de formação e de supervisão;
- Estudo dos diferentes perfis de supervisor clínico.

## 6. CONCLUSÃO

Os supervisores do estudo consideram que a supervisão de estudantes em ensino clínico provoca um impacto no seu desenvolvimento profissional. Para este desenvolvimento profissional concorrem vários aspetos que emergem no processo supervisivo. Ressaltamos os seguintes:

- Maior consciencialização de si próprio, das suas características, dos seus comportamentos e das suas atitudes, ajudando-o no processo de desenvolvimento pessoal;
- Movimentação na espiral teoria-prática e prática-teoria, tendo por base processos de observação, reflexão e questionamento;
- Apreciação das necessidades formativas e consciencialização de que se torna necessário efetuar uma mudança de perspetiva, com o respetivo reflexo nas práticas;
- Mais responsabilização pela formação ao longo da vida;
- Confronto com outras perspetivas e formas de pensar;
- Promoção da reflexão em equipa e com o estudante;
- Observação mais atenta e rigorosa, impulsionadora do questionamento, da reflexão e da (des/re)construção das práticas.

## REFERÊNCIAS

Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeyhaegens, Yvo, De Tobel, D., & Wilhelm, M. (2011). Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Education Today*, 31, 274–278. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710002078>. Acedido a 5 de fevereiro de 2012.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3<sup>a</sup> ed. revista e ampliada). Porto Alegre: Artmed editora.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Sword, W., Byrne, C., Drummond-Young, M., Harmer, M., & Rush, J. (2002). Nursing alumni as student mentors: nurturing professional growth. *Nurse Education Today*, 5, 427 432. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691702907422>. Acedido a 5 de janeiro de 2012.

Yin, R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Bookman.

## CAPÍTULO 04

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PREVENTIVAS DA INFLUENZA A (H1N1)

#### **Adriana de Oliveira Rocha Souza**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró- Facene

E-mail: radriana092@gmail.com

#### **Raquel Ferreira Caé**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró-Facene

E-mail: raquelmrysrayn@hotmail.com

#### **Sania Lúcia Feitosa Lobo**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –Facene

E-mail: sannyalobo@hotmail.com

#### **Yandra Samonieli da Silva Monteiro**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró -Facene

E-mail: willyansjohnsn@hotmail.com

#### **Giselle dos Santos Costa Oliveira**

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

E-mail: gisellesantos@uern.br

#### **Márcia Jaqueline de Lima**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró -Facene

E-mail: márcia.jes@hotmail.com

**Resumo:** INTRODUCÃO:Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle. A manifestação deste subtipo viral ocorreu por uma recombinação genética de vírus humano, suíno e aviário. Atualmente, o Brasil apresenta transmissão sustentada da doença e, por isso, é necessário aprimorar a vigilância da influenza no País. OBJETIVOS: Conhecer as

características clínicas e preventivas da Influenza A (H1N1). METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica como requisito da disciplina de Enfermagem em Clínica II no período entre março e abril de 2016. Foi pesquisado nas principais bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE e do GOOGLE ACADÊMICO. Após leitura dos textos, foram selecionados 7 artigos, baseados nos critérios de inclusão.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:**As características clínicas do H1N1são, em geral, náuseas, vômitos e diarreia. Evoluem como síndrome febril, com temperatura corpórea elevada, de instalação repentina, com fadiga, dores pelo corpo, tosse, cefaleia, hiperemia conjuntival, rinorréia, náuseas, vômitos e diarreia. O controle do vírus H1N1 pela disponibilidade de vacina específica, oferece vantagens reduzindo morbimortalidade. A importância do tratamento da infecção por influenza A (H1N1) solicita cuidados gerais, dieta hipercalórica e normoprotéica, hidratação das vias aéreas por intermédio da ingestão frequente de líquidos pela via oral, nebulização e vaporização.No entanto, medidas adicionais devem ser utilizadas por profissionais de

saúde na assistência a esses casos. Isso envolve a inclusão de medidas de precaução de contato de aerossóis. É importante destacar que o uso de EPI's deve estar sempre associado a outras medidas preventivas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A influenza A (H1N1) é considerada uma preocupação a nível mundial, afetando muitas pessoas diretamente e indiretamente, pois causou grande impacto social pela forma com que a doença se disseminou. Dessa forma, a divulgação das ações preventivas é considerada a melhor maneira para colaborar com o conhecimento da população.

**Palavras-chave:** Influenza. Transmissão. Prevenção.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 24 de abril de 2009 informou a todos os países o acontecimento de uma emergência de saúde pública de importância internacional, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, causada pela infecção por um novo vírus influenza A (H1N1) (CARMO;OLIVEIRA, 2009).

Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle até então considerados banais. A problemática foi agravada devido à falta de resposta em relação à confirmação dos casos suspeitos, o que gerou inseguranças na classe médica, nos doentes e familiares. (CARNEIRO et al., 2010).

O seu início possivelmente está associado a uma epidemia de doença respiratória febril, que acometeu o México a partir do mês de março de 2009. Essa epidemia apresentava um comportamento inusitado em relação à ocorrência de influenza sazonal, considerando a ocorrência fora do inverno, predominância em adultos jovens e uma maior ocorrência de casos graves, fato este que posteriormente não se comprovou associado à epidemia. (CARMO,OLIVEIRA 2009).

A manifestação deste subtipo viral ocorreu por uma recombinação genética de vírus humano, suíno e aviário, e devido à falta de imunidade prévia de grande parte da população, sua disseminação foi rápida fazendo com que se alastrasse mais rapidamente(JUNIOR, et al., 2010).

O surgimento da pandemia de gripe ocasionada por um novo subtipo de vírus influenza A (H1N1) fez com que as populações e os profissionais de saúde se deparassem com novos desafios, no sentido de conter a rápida disseminação e realizar o tratamento adequado dos doentes. Embora não tenha se mostrado mais letal até o momento, essa é outra doença, com outras características: ataca jovens aparentemente saudáveis, é transmitida muito rapidamente e pode evoluir com gravidade (RIBEIROet al., 2010).

O controle do vírus H1N1 pela disponibilidade de vacina específica oferece vantagens reduzindo morbimortalidade e favorece a manutenção da infraestrutura, sem superlotações, dos serviços de saúde, para atendimento à população. Outros benefícios associadas são a redução do risco de transmissibilidade, aptidão dos trabalhadores de saúde, mantendo o pleno funcionamento dos serviços. (CARNEIROet al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010 anunciou a fase pós-pandêmica, a partir da qual deveriam ser intensificadas e monitoradas as ações preventivas, especialmente em relação aos grupos mais vulneráveis, como crianças, idosos, pessoas imunodeprimidas, cardiopatas e pneumopatas, uma vez que o vírus A (H1N1) apresenta maior potencial para causar morbidades e mortalidade em tais grupos. A OMS indica a vacinação como estratégia preventiva primordial para redução de infecções, hospitalizações e óbitos (VICTOR et al., 2014).

As medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas, baseadas em intervenções não-farmacológicas, para reduzir o risco de adquirir ou transmitir doenças agudas de transmissão respiratória, incluindo o vírus da influenza A (H1N1), são: higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz e após tossir, espirrar ou usar o banheiro; evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies; evitar disseminação de aerossóis; usar máscaras cirúrgicas; indivíduos que sejam casos suspeitos ou confirmados devem ficar em repouso (GRECO et al., 2009).

No Brasil, a Estratégia Nacional de vacinação contra o vírus Influenza Pandêmico A (H1N1) teve início em 2010, alcançando mais de 88% de cobertura. A partir de 2011, a imunização contra Influenza A (H1N1) passou a compor o calendário nacional de vacinação, sob a forma de imunobiológico trivalente (associado a dois outros subtipos virais), e as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos permaneceram como um dos grupos-alvo. (CARNEIRO et al., 2010).

A importância do tratamento da infecção por influenza A (H1N1) solicita cuidados gerais, dieta hipercalórica e normoprotéica, hidratação das vias aéreas por intermédio da ingestão frequente de líquidos pela via oral, nebulização e vaporização. Pode ser indispensável o uso de antitérmicos e analgésicos para o tratamento da sua sintomatologia. Os antivirais Oseltamivir e Zanamivir podem impedir a sua manifestação clínica se tomados até 48 horas depois de instalada a infecção, devendo ser mantidos por mais 10 dias. As complicações clínicas decorrem de insuficiência respiratória, metabólica e hemodinâmica, sendo necessário o suporte ventilatório, básico e avançado de vida. (SENNA et al., 2009).

Portanto, o objetivo deste trabalho é conhecer as características clínicas e preventivas da Influenza A (H1N1).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica como requisito da disciplina de Enfermagem em Clínica II. Foi pesquisado nas principais bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO.

Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado no período de 2009 a 2014, estar escrito na língua portuguesa e abordar temas relacionados a vírus influenza A (H1N1). Após leitura dos textos, foram selecionados 7 artigos que serão discutidos no presente estudo.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Influenza A (H1N1) /2009 foi à primeira pandemia do século XXI. Houve um grande número de casos, que se disseminaram rapidamente e acometeram principalmente indivíduos jovens, como sugeriram diversas coortes publicadas. Devido ao grande número de casos, embora a letalidade da doença pareça ter sido baixa, houve uma grande quantidade de pacientes admitidos na UTI, o que gerou uma série de estudos relatando a apresentação clínica e a evolução destes pacientes (JUNIOR MOCELIN et al., 2010).

A detecção do vírus se deu baseando-se em exames realizados em duas crianças na Califórnia, Estados Unidos, a partir de então, começou a ser detectada a disseminação para os demais estados desse país, com registro de transmissão comunitária. Em seguida à disseminação nesses países, foram detectados casos no Canadá, onde também foi registrada transmissão comunitária. Em meados de maio, mais de 40 países, incluindo o Brasil, apresentavam casos confirmados, havendo também registro de transmissão autóctone fora da América do Norte (JUNIOR MOCELIN et al., 2010).

A pandemia viral que acometeu diversos países e acarretou uma histeria generalizada, especialmente pela falta de informações concretas sobre uma nova doença. Um sintoma comum e até menosprezado como a tosse tornou-se um problema de relacionamento humano. Esta revisão tem o objetivo de fornecer um histórico e argumentos para que o clínico possa atuar precocemente frente à gripe A (H1N1) pandêmica (CARNEIRO, TRENCH et al. 2010).

A pandemia de Influenza A (H1N1) avançou, mundialmente, obrigando a população a adotar planos de prevenção e controle até então considerados banais. A

problemática foi agravada devido à falta de resposta em relação à confirmação dos casos suspeitos, o que gerou inseguranças na classe médica, nos doentes e familiares. A alta capacidade de resposta no atendimento e tratamento dos casos podereduzir a mortalidade, pois o vírus H1N1 pandêmico possivelmente continuará disseminado no ambiente por anos(CARNEIRO et al. 2010).

Atualmente, o Brasil apresenta transmissão sustentada da doença e, por isso, é necessário aprimorar a vigilância da influenza no País. O objetivo é detectar os casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) oportunamente, reduzir a ocorrência de formas graves e de óbitos, além de monitorar as complicações da doença e a ocorrência de surtos. (VRANJAC, 2009).

Os vírus Influenza do tipo A causam doenças respiratórias agudas de altatransmissibilidade. Foram responsáveis por importantes pandemias, como asgripes Espanhola, Asiática, de Hong Kong e, mais recentemente, a gripe Suína, como ficou popularmente conhecida a infecção ocasionada por um novo subtipo de vírus. É impossível prever exatamente quando uma nova pandemia ocorrerá e o monitoramento dos vírus e da situação epidemiológica é tarefa constante das organizações de saúde nacionais e internacionais (VICTOR et al., 2014).

Os aparecimentos clínicos da infecção influenza A (H1N1) são, em geral, idênticas às verificadas na influenza sazonal humana, destacando-se a possibilidade de náuseas, vômitos e diarréia. Seu período de incubação situa-se entre um e três dias, com a infectividade instalando-se desde 24 horas antes até 10 dias após o início de sua sintomatologia. Evolui como síndrome febril, com temperatura corpórea elevada, de instalação repentina, com fadiga, dores pelo corpo, tosse, cefaléia, hiperemia conjuntival, rinorréia, náuseas, vômitos e diarréia. Sua gravidade e a letalidade estão por ser estabelecidas (SENNA et al., 2009).

A maioria dos casos de doença grave ou fatal eram jovens e adultos de meia idade, previamente saudáveis sendo, portanto diferente da influenza sazonal, na qual a mortalidade é mais comum entre crianças, idosos ou pessoas com morbidades. A maior exposição a esse patógeno na população mais jovem ou a imunidade adquirida em outras epidemias pela população mais idosa podem ser fatores associados a esse perfil epidemiológico. Por outro lado, outros casos graves acometeram pessoas já afetadas por condições crônicas, incluindo doenças respiratórias (principalmente

asma), cardiovasculares, diabetes, obesidade e doenças auto-imunes(GRECO et al., 2009).

O contágio pela influenza A (H1N10 determina, principalmente, doença das vias aéreas, sendo considerada desde a sua emergência, em abril de 2009, a partir de dados preliminares relatados no México, capaz de determinar letalidade em torno de 6 a 10%, o que provocou comoção mundial, pelos riscos de pandemia. Em suínos provoca doença respiratória, altamente contagiosa, sem expressiva mortalidade. O vírus A (H1N1) possui transmissão direta e indireta do suíno para o ser humano, respectivamente, ao inalar secreções respiratórias ou pelo contato com mão e objeto contaminados pelo vírus. A contaminação não se faz pelo consumo de carne ou produtos suínos cozidos a 70ºC. (SENNA et al., 2009).

As amostras clínicas e radiológicas causadas pelo vírus influenza não são específicas. A análise diferencial inclui outros vírus e bactérias, incluindo vírus sincicial respiratório, coronavírus, parainfluenza, rinovírus, adenovírus e Mycoplasma. No período de pandemia por influenza A, um altonível de suspeição deve ser mantido, e o diagnóstico deve ser confirmado em todos os casos graves pela pesquisa por PCR em tempo real para influenza A, do material aspirado de nasofaringe ou orofaringe, bem como deve ser preconizado o início de agentes antivirais, se possível nas primeiras 48 h dos sintomas. O uso precoce de antivirais diminui a severidade da doença e dos sintomas (RIBEIRO et al., 2010).

As medidas de precaução padrão e precauções para gotícula (partículas de secreção respiratória) são recomendadas na assistência aos casos suspeitos ou confirmadas. No entanto, medidas adicionais devem ser utilizadas por profissionais de saúde na assistência a esses casos. Isso envolve a inclusão de medidas de precaução de contato de aerossóis. É importante destacar que o uso de EPI's deve estar sempre associado a outras medidas preventivas (GRECO et al., 2009).

As medidas de saúde pública desenvolvidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, com a participação de todas as unidades da federação, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram-se de extrema eficácia, revelando capacidade de mobilização da atenção à saúde com juízo e adequação de atitudes capazes de identificar precocemente os riscos e sua prevenção (SENNA et al., 2009).

O Brasil, desde março de 2010, através do Programa Nacional de Imunizações, oferece a vacina contra a gripe (cepa pandêmica) de forma gratuita na rede pública.

O público prioritário da vacinação será formado pelos: trabalhadores de saúde, população indígena aldeada, gestante sem qualquer idade gestacional, crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias), portadoras de doenças crônicas (obesidade Grau III, formas graves de asma, doença neuromuscular com comprometimento da função respiratória, imunodepressão por uso de medicação ou relacionada às doenças crônicas, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças respiratórias crônicas com insuficiência respiratória crônica, doença hepática, doença renal, doença hematológica, e entre outras doenças (CARNEIRO et al., 2010).

Os sinais clínicos da gripe H1N1 são muito parecidos com os da gripe comum, mas podem ser um pouco mais graves e costumam incluir algumas complicações também. Veja: febre alta, tosse, dor de cabeça, dores musculares, falta de ar, espirros, dor na garganta, fraqueza, coriza, congestão nasal, diarréia, náuseas e vômitos. As complicações decorrentes da gripe H1N1 são comuns em pessoas jovens, o que é bastante difícil de acontecer em casos de gripe comum. A insuficiência respiratória é um sintoma frequente da gripe H1N1 que não é devidamente tratada. Em casos graves, ela pode levar o paciente à morte (CARNEIRO et al., 2010).

A transmissão ocorre da mesma forma que a gripe comum, ou seja, por meio de secreções respiratórias, como gotículas de saliva, tosse ou espirro, principalmente. Após ser infectada pelo vírus, uma pessoa pode demorar de um a quatro dias para começar a apresentar os sintomas da doença. Da mesma forma, pode demorar de um a sete dias para ser capaz de transmiti-lo a outras pessoas. É importante ressaltar que, assim como a gripe comum e outras formas da doença, a gripe H1N1 também é altamente contagiosa (CARNEIRO et al., 2010).

O diagnóstico da suspeita de gripe H1N1 ocorre em pessoas com quadro de sinais e sintomas compatíveis aos de gripe, mas com as complicações típicas da H1N1. Nestes casos, o médico deverá coletar uma amostra de secreção do paciente e enviá-la para análise.

As secreções respiratórias devem ser coletadas preferencialmente utilizando a técnica de aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar um maior número de células. Na impossibilidade de utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe, como alternativa poderá ser utilizada a técnica de swab de nasofaringe e orofaringe, exclusivamente

com swab de rayon. As amostras de secreção respiratória coletadas devem ser mantidas entre 4°C e 8°C e encaminhadas aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs) no mesmo dia da coleta.

A prevenção de gripe H1N1 segue as mesmas diretrizes da prevenção de qualquer tipo de gripe, só que o cuidado deve ser redobrado:

- Evite manter contato muito próximo com uma pessoa que esteja infectada;
- Lave sempre as mãos com água e sabão e evite levar as mãos ao rosto e, principalmente, à boca;
- Leve sempre um frasco com álcool-gel para garantir que as mãos sempre estejam esterilizadas;
- Mantenha hábitos saudáveis. Alimente-se bem e coma bastante verduras e frutas. Beba bastante água;
- Não compartilhe utensílios de uso pessoal, como toalhas, copos, talheres e travesseiros;
- Se achar necessário, utilize uma máscara para proteger-se de gotículas infectadas que possam estar no ar;
- Evite freqüentar locais fechados ou com muitas pessoas;
- Verifique com um médico se há necessidade de tomar a vacina que já está disponível contra a gripe H1N1.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A influenza A (H1N1) foi uma preocupação a nível mundial, afetando muita gente cada pessoa diretamente e indiretamente, pois causou grande impacto nas pessoas pela forma que a doença foi se espalhando rapidamente. Hoje percebemos que não há mais o medo que tomou conta das pessoas nos primeiros dias, até por que o ministério da saúde trabalhou muito em cima das formas de contágio e a prevenção que deveria ser tomada.

Dessa forma, frente os casos de Influenza A (H1N1) no Brasil e no mundo torna-se necessário à divulgação de ações preventivas pela mídia para conhecimento da população. Além disso, ressalta-se a importância da vacinação a determinados grupos com vistas à prevenção de morbimortalidade. Ações de educação em saúde são de

extrema relevância a ser desenvolvidas principalmente por profissionais da atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

CARMO, Eduardo Hag; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

CARNEIRO, Marcelo; TRENCH, Flávia Julyana Pina; WAIB, Luis Fernando. H1N1 2009: Revisão da primeira pandemia do século XXI. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2010.

GRECO, Dirceu B.; TUPINAMBÁS Unaí. FONSECA Marise. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. **Rev. Med Minas Gerais**, 2009.

JUNIOR, Antonio Paulo Nassar; MOCELIN, Amílcar Oshiro; NUNES, André Luiz Baptiston. Apresentação clínica e evolução de pacientes com infecção por Influenza A (H1N1) que necessitaram de terapia intensiva durante a pandemia de 2009. **Rev. Bras Ter Intensiva**. 2010.

RIBEIRO, Sandra Aparecida; BRASILEIRO, Graziela Sgreccia; SOLEIMAN, Luciana Novaes Campello. Síndrome respiratória aguda grave causada por influenza A (subtipo H1N1). **J Bras Pneumol.** 2010.

SENNA, Maria Camilo; CRUZ, Viviane Dias; PEREIRA, Ana Carolina Gomes. Emergência do vírus influenza A (H1N1) no Brasil: a propósito do primeiro caso humano em Minas Gerais. **Rev. Med Minas Gerais**, 2009.

VICTOR, Janaína Fonseca; GOMES, Gabriele dias; SARMENTO, Luana Rodrigues; SOARES, Arethusa morais de Gouveia. Fatores associados à vacinação contra Influenza A (H1N1) em idosos, **Rev. EscEnferm USP**, 2014.

VRANJAC, Alexandre. Características dos casos notificados de Influenza A/H1N1. **Rev Saúde Pública**, 2009.

## CAPÍTULO 05

### CONSTRUÇÃO DE LIVROS DIGITAIS NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DE ENFERMEIROS NA PÓS GRADUAÇÃO EM NEFROLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Claudia Maria Marinho de Almeida Franco**

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail: dinhamarinho@gmail.com

**Isabela Melo Bonfim**

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail: isabelambonfim@hotmail.com

**Rita Mônica Borges Studart**

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail: monicastudart@hotmail.com

**Gleison Resende Sousa**

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail: gleisonrs@hotmail.com

**Marcos Vinícios Marinho Gonçalves Franco**

Universidade Federal do Ceará–Campus Sobral

E-mail: marcosfrancoufc@gmail.com

**Resumo:** Objetivo: Descrever o relato da experiência de uma docente de pós-graduação em enfermagem em nefrologia na construção de e-books no processo de ensino/aprendizagem. Metodologia: Relato de experiência da criação de um livro digital / e-book, como fase do processo de ensino/aprendizado dos alunos de pós-graduação. Resultados: A construção do livro se deu por meio de quatro etapas: I - Revisão de literatura; II - Busca por imagens disponíveis na internet, condizentes com a temática que possuísse autorização para cópia; III-Escolha da ferramenta digital. Optou-se por usar o CANVA, uma ferramenta digital online que possibilita ao usuário a criação de e-book; IV - Revisão final do e-book após a apresentação para enfermeiros nefrologistas. Conclusão: A construção de tecnologias educativas voltadas a prevenção de riscos ligados a saúde são fundamentais para alcançar a população de modo efetivo. A criação de um livro digital (e-book)no processo de ensino se mostrou bastante efetivo para a assimilação dos conteúdos, fazendo com que os alunos aliem o conhecimento teórico com a prática, utilizando as tecnologias digitais.

**Palavras-chave:** Tecnologia Digital, Tecnologia Educacional, Educação em Enfermagem, Enfermagem em Nefrologia.

## 1. INTRODUÇÃO

Pacientes renais crônicos em hemodiálise tem um elevado risco para a manutenção da saúde por sua imunodeficiência e até mesmo pela sua própria condição clínica. Exemplos disso são: O acesso vascular calibroso, a anemia causada pela insuficiência renal crônica (IRC), a doença óssea, a hipertensão e hipertrofia do ventrículo esquerdo, que pode ser causada por anos de diálise entre outras complicações<sup>(4)</sup>.

Dito isso, aproveitamos a formação de enfermeiros na especialização em nefrologia para abordar temas distintos voltados a prevenção de infecções e minimização dos riscos aos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, através da educação continuada e uso das tecnologias para facilitação do processo de ensino-aprendizagem.

Dentre as diversas funções dos enfermeiros nefrologistas, uma das principais é ser um facilitador do processo de ensino aprendizagem<sup>(7)</sup>.

Na busca por programas de educação em saúde, o acesso à internet tem se tornado um aliado aos profissionais, visto que, muitos pacientes procuram na internet informações sobre a doença e o seu tratamento<sup>(3)</sup>.

Nesse intuito, os profissionais da saúde podem utilizar essas ferramentas para trabalhar a favor da promoção da saúde para pacientes dialíticos.

Atualmente, onde as tecnologias educacionais estão inovando o processo de ensino aprendizagem, os e-books têm-se mostrado excelentes ferramentas para o acesso rápido e fácil às informações<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto o interesse pela temática surgiu, pois, enquanto enfermeira nefrologista atuando como professora de pós graduação em nefrologia, percebi a oportunidade de desenvolver o interesse dos alunos na utilização de ferramentas digitais, a fim de facilitar o acesso a informação para os pacientes renais crônicos em tratamento renal substitutivo.

Além da produção de material educativo para os pacientes, os alunos tiveram a experiência de aprender pesquisando, escrevendo e utilizando as tecnologias digitais para facilitar o acesso a informação para profissionais e pacientes.

Destaca-se assim a relevância do estudo por oferecer subsídios acerca das tecnologias educacionais utilizadas para o ensino de pacientes e profissionais de

enfermagem, além de oportunizar o aprendizado de estudantes da pós graduação em enfermagem em nefrologia.

Como limitação do estudo identificamos a dificuldade dos alunos com a utilização da ferramenta para a construção dos livros digitais, apesar do fácil acesso ao conhecimento através das mídias digitais.

Nesse contexto, objetivou-se então descrever o relato da experiência de uma docente de pós-graduação em enfermagem em nefrologia na construção de e-books no processo de ensino/aprendizagem.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo tem caráter qualitativo com abordagem descritiva. Trata-se de um relato de experiência sobre a criação de livros digitais/e-books como ferramenta avaliativa na disciplina de cuidados aos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Os livros foram construídos por 20 alunos, divididos em cinco equipes, durante uma disciplina do curso de pós-graduação de enfermagem em nefrologia em uma universidade privada no município de Fortaleza, Ceará.

Para o alcance do objetivo proposto, seguiram-se as seguintes etapas: I - Revisão de literatura; II - Busca por imagens disponíveis na internet, de boa qualidade e condizentes com a temática abordada na revisão de literatura, que estivessem em domínio público; III - Escolha da ferramenta digital a ser utilizada. Optou-se por usar o CANVA, uma ferramenta digital online que possibilita ao usuário a criação de e-books. Após a escolha da ferramenta foram inseridos os textos já redigidos na revisão de literatura e as imagens previamente escolhidas; IV - Revisão final dos e-books pela docente.

## **3. CONCLUSÃO**

A construção de tecnologias educativas voltadas para a prevenção de riscos ligados a saúde é fundamental para alcançar a população de modo efetivo, estimulando assim os alunos à criação de novas tecnologias de ensino melhorando assim a assistência aos pacientes renais crônicos.

A criação de e-book no processo de ensino se mostrou bastante efetiva para a assimilação dos conteúdos, fazendo com que os alunos aliem o conhecimento teórico com a prática, utilizando as tecnologias digitais.

## REFERÊNCIAS

1. Bottentuit Junior JB, Lisbôa ES, Coutinho CP. Livros digitais: novas oportunidades para educadores na web 2.0. VI Conferência Internacional de TIC na Educação. Lisboa, 2009.
2. Chiof LC, Oliveira MRF. O uso das tecnologias educacionais como ferramenta didática no processo de ensino-aprendizagem. Cadernos PDE. v.2, p.1-15, 2014. Disponível em: [http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes\\_pde/2014/2014\\_ueg\\_gestao\\_pdp\\_luiz\\_carlos\\_chiofi.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_ueg_gestao_pdp_luiz_carlos_chiofi.pdf). Acesso em: 21 jun. 2018.
3. DamascenaSCC *et al.* Uso de tecnologias educacionais digitais como ferramenta didática no processo de ensino-aprendizagem em enfermagem. **BrazilianJournalOfDevelopment**. Curitiba, p. 29925-29939. dez. 2019.
4. Daugirdas J, Blake GP, Ing TS. Manual de diálise. Tradução: Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
5. Fermi MRV. Diálise para enfermagem: guia prático. 2.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
6. Hashimoto PC, Ciaccio MCM, Guerra, GM. A tendência do papel do professor no processo de aprendizagem. Revista Nursing (São Paulo). 2018; 21 (24): 2264-2271.
7. Lemos KCR. *et al.* Práticas científicas dos enfermeiros das clínicas de hemodiálise. Revista de Enfermagem da UFPI, Piauí, v. 2, n. 4, p. 69-75, jun. 2015.
8. Michels G. **Dialogismo, hipertextualidade e interatividade: boas práticas para autoria de livros digitais interativos na educação a distância**. 2017. 88 f. Dissertação - Mestrado Profissional em Educação e Novas Tecnologias, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.uninter.com/handle/1/128>>.
9. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo SBN. Brasil: 2018. Disponível em: <https://sbn.org.br/categoria/censo-2018/>. Acesso em: 10 nov. 2018.
10. Wanderley TPSP *et al.* Docência em saúde: tempo de novas tecnologias da informação e comunicação. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [s.l.]. 2018; 12 (4): 488-501. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

## CAPÍTULO 06

### A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS

#### **Monyque da Silva Barreto**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: monyquebbarreto@gmail.com

#### **Mariana Gomes Martins**

Pós graduada em Cancerologia pelo Hospital Haroldo Juaçaba

E-mail: mariana.gmartins@yahoo.com.br

#### **Iliana Maria de Almeida Araújo**

Hospital Dr. Carlos Alberto Stuart Gomes-HM

E-mail: ilianama@hotmail.com

#### **Clicia Karine Almeida Marques Araújo**

Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto

E-mail: nurseclicia@gmail.com

#### **Paula de Vasconcelos Pinheiro**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: paulapinheiropy@gmail.com

#### **Felipe da Silva Nascimento**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: felippe.silva2012@hotmail.com

#### **Ana Paula Barros Bertoldo**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: anapaulabertoldo@yahoo.com.br

#### **Rozilene Gomes de Brito**

Hospital Infantil Alberto Sabin

E-mail: rozilene160888@hotmail.com

#### **Ineuda Maria Xavier de Oliveira**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: ineuda.oliveira@hotmail.com

#### **Vânia Maria dos Santos**

Centro Universitário Unigrande

E-mail: vaniahjsj@hotmail.com

**Resumo:** O Diabetes Mellitus atualmente vive uma crescente prevalência na qual se torna um desafio para as Unidades de Atenção Primária da Saúde (UAPS), que para conduzirem adequadamente a consulta de enfermagem ao paciente com Diabetes

Mellitus utilizam estratégias educativas com intuito de modificar esse contexto. **OBJETIVO:** Relatar o desenvolvimento da consulta de enfermagem prestado ao paciente com Diabetes Mellitus. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem descritiva, utilizando como base de dados Biblioteca SciELO, PUBMED, MEDLINE. No período de janeiro a abril de 2015, contou-se com 26 artigos, tivemos como critérios de inclusão textos disponíveis na íntegra, e publicados nos últimos cinco anos, como critérios de exclusão teses, dissertações. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O processo de enfermagem é compreendido como um dispositivo teórico-metodológico que conduz o planejamento da assistência de enfermagem. Que consiste nas fases de Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento das ações, Intervenção e Avaliação. É necessário construir um plano de cuidado voltado para estratégias educativas em saúde que ensine o paciente a conviver com a situação crônica, na qual ele levará por toda a vida e que essas ações educativas consigam emponderar o paciente a respeito da sua patologia, e que ele possa compreender todos os cuidados para a prevenção de possíveis complicações, através de participação de grupos de apoio e seguindo todas as prescrições de enfermagem que se baseiam em hábitos de vida saudáveis, como: atividade física, dieta, manter um controle glicêmico, como também a utilização correta das medicações. **CONCLUSÃO:** A consulta de Enfermagem é uma ferramenta fundamental para que o profissional enfermeiro se respalde em suas condutas sendo ela primordial para evitar complicações dos pacientes com diabetes mellitus e que através de ações educativas se tenha um emponderamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Doença autoimune, Enfermagem

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível vista como uma epidemia na contemporaneidade e compõem um preocupante problema para a Saúde Pública e a população em geral, com alto índice de morbimortalidade. Podendo ser responsável pelas inépcias funcionais e aposentadorias precoces (SANTOS; TORRES, 2012).

O DM é uma patologia que possui diversos fatores causais tanto hereditários como ambientais. No ano de 1996 os casos existentes a nível global de DM foi cerca de 120 milhões de indivíduos com previsão de crescimento até 250 milhões em 2025. Em consequência da senilidade populacional, excesso de peso, inatividade física e ainda os hábitos alimentares não saudáveis. Os diabéticos frequentemente necessitam de acompanhamento médico com mais frequência, de hospitalizações, restrições nos postos empregatícios. Diferentemente da população não diabética (PEDROSA, 2001)

A neuropatia diabética é uma síndrome que acomete o sistema nervoso periférico autonômico e sensitivo, manifesta sintomas agudos ou crônicos. A neuropatia pode estar presente antes da identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, que gera suscetibilidade e eleva a probabilidade de desenvolvimento de úlcera (BRASIL, 2013).

O pé diabético é definido por: “Infecção, úlceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores” (PEDROSA, 2001).

Os Fatores de Risco (FR) como: histórico prévio de amputação, lesão nos pés no passado, nefropatia diabética, doença vascular periférica, descontrole glicêmico e uso de tabaco são responsáveis pelo surgimento do pé diabético, que é uma das principais complicações crônicas do DM, sendo a amputação de extremidade um dos maiores impactos socioeconômicos (BRASIL 2013).

Desta maneira é indispensável o conhecimento dos profissionais de enfermagem a respeito do conceito do pé diabético que é determinado por pelo menos uma das alterações: vasculares, neurológicas, musculoesquelética e infecções de pele que podem acometer os diabéticos (CAIAFA et al., 2011).

As alterações supracitadas precisam ser observadas e trabalhadas através de estratégias educativas, para que seja possível uma intervenção precoce no sentido

de prevenir complicações como amputações. Colaboram com o mesmo pensamento Santos;Torres, (2012) ao mencionar o papel do enfermeiro como educador em saúde, embasado nas evidências científicas.

O quantitativo epidemiológico apresenta variações de acordo com a diversidade dos parâmetros de diagnóstico e por mudanças regionais, das conclusões: Em nação desenvolvida a doença arterial periférica ocorre com elevada frequência, no entanto nos países que estão em crescimento econômico, a sepse é a complicaçāo mais comumente encontrada nas lesões que evoluem para as amputações atraumáticas (SBD 2013-2014).

No território brasileiro 484.500 lesões são estimadas hipoteticamente em uma população de 7,12 milhões de portadores de DM tipo 2, com 169.600 admissões em âmbito hospitalar e 80.900 amputações, das quais 21.700 evoluíram para óbito. Os valores anuais em dólares com gastos de internações hospitalares estimam-se 461 milhões (SBD 2013-2014).

A atribuição da enfermagem em relação aos cuidados com pés são de cunho educativo devendo ser norteadas a fim de promover o autocuidado dos diabéticos, com a perspectiva de prevenir lesões nos pés e ou de serem detectadas precocemente em geral as orientações de enfermagem são: inspeção dos pés diariamente; avaliação da coloração da pele, presença de edema, algia, parestesia, e rachaduras; relacionado ao calçado deve estar adaptado ao pé, evitando pressões nas extremidades; voltados para a higiene, lavagem dos pés diariamente de preferência com água fria e sabonete neutro, evitando uso de água morna, secar os pés com toalha macia e principalmente entre os interdigitais, hidratação do pé, evitando entre os dedos; as unhas deverão ser cortadas retas sem que remova as cutículas; não andar descalço, antes do uso de sapatos inspecioná-los; orientar a procurar um profissional de saúde sempre que perceber mudanças de coloração, inchaço ou lesão na pele e alteração na sensibilidade.

A importância da presente pesquisa justifica-se por ser o pé diabético uma das complicações crônicas da DM de elevada incidência, com impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes diabéticos e gera onerosos gastos aos cofres públicos. Portanto contribuirá ampliando o conhecimento acerca do tema para os profissionais da enfermagem na tomada de decisão, norteando a gestão em relação às estratégias preventivas a serem trabalhadas.

Esta pesquisa tem como objetivo relatar o desenvolvimento da consulta de enfermagem prestado ao paciente com Diabetes Mellitus.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem descritiva, utilizando como base de dados Biblioteca SciELO, PUBMED, MEDLINE. No período de janeiro a abril de 2015, contou-se com 26 artigos, tivemos como critérios de inclusão textos disponíveis na íntegra, e publicados nos últimos cinco anos, como critérios de exclusão teses, dissertações.

## **3. RESULTADOS**

O processo de enfermagem é compreendido como um dispositivo teórico-metodológico que conduz o planejamento da assistência de enfermagem. Que consiste nas fases de Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento das ações, Intervenção e Avaliação. É necessário construir um plano de cuidado voltado para estratégias educativas em saúde que ensine o paciente a conviver com a situação crônica, na qual ele levará por toda a vida e que essas ações educativas consigam emponderar o paciente a respeito da sua patologia, e que ele possa compreender todos os cuidados para a prevenção de possíveis complicações, através de participação de grupos de apoio e seguindo todas as prescrições de enfermagem que se baseiam em hábitos de vida saudáveis, como: atividade física, dieta, manter um controle glicêmico, como também a utilização correta das medicações.

O profissional de enfermagem tem uma relevante atribuição na assistência aos portadores de DM, especialmente por realizar ações de cunho educativo, visando ampliar o grau de entendimento dos pacientes, famílias e ou coletividade e mais ainda facilita a participação dos pacientes as terapias de tratamento, por possuir uma ligação estreita tornando capaz para realizar atividades educacionais eficazes, contribuindo para a melhoria do estado de saúde do paciente (MASCARENHAS et al., 2010).

A elaboração de ações centradas nos cuidados de patologias crônicas, que elevam os estímulos de efetivação de recursos educacionais com interpelação ativa, com atuação dos efetivos dos pacientes portadores de DM em todas as etapas de elaboração, a realização das ações educativas, pode ser o pilar para as intercessões

profiláticas, contribuindo para uma melhoria da saúde. Nas ações educativas, o portador de DM deve atuar ativamente e o enfermeiro como viabilizador do processo de aprendizagem, levando a autonomia intervencionista contribuindo para a promoção da saúde (PEREIRA, 2012).

A atenção dos membros inferiores aos portadores de DM não é dissociada dos demais cuidados como: controle rigoroso dos níveis de glicose, hipertensão arterial, excesso de peso, hiperlipidemia, cessão do tabagismo, prática de exercício físico e alimentação saudável são fundamentais para a qualidade de vida (CAIAFA et al., 2011).

É indiscutível que a maneira mais adequada para evitar complicações do DM é a prevenção, sendo que o enfermeiro desempenha um papel primordial na promoção da saúde relacionado às atividades de cuidar, conduzir rotineiramente as orientações ao paciente, família e coletividade, a respeito da atenção dos pés, e outras práticas como utilizar de estratégias educativas na abordagem para promover a conscientização/sensibilização para que os mesmos tenham uma coparticipação efetiva nos cuidados preventivos do pé diabético, reduzindo os riscos de amputações atraumáticas contribuindo para uma melhor qualidade de vida dessa população (MOREIRA; SALES, 2010).

Ressalta-se a importância da atuação do enfermeiro em conjunto com a equipe multidisciplinar ao elaborar estratégias como usar cartazes, folders para promover educação e saúde para as pessoas diabéticas enquanto aguardam na sala de espera para ser atendidas, estendendo essa abordagem não só para pacientes como também para comunidade (NUNES, 2011).

Para que seja dada especial atenção aos indivíduos com DM, os pés devem ser minuciosamente inspecionados, durante a consulta de enfermagem que deverá ser realizada em um ambiente iluminado, solicitar ao usuário que retire o calçado e inclusive as meias para que se inicie a avaliação que deve ser cuidadosa observando criteriosamente se o calçado é confortável e adequado. Em seguida é primordial observar as particularidades do calçado: largura, modelo, estilo, comprimento e tipo de material que foi confeccionado. Sendo que o calçado ideal seria confortável, que evite as áreas de pressão, couro macio, alargamento do calçado na intenção de acomodar as deformidades como: joanete, dedos em garra, dedos sobrepostos, HaluxValgus (BRASIL 2013).

Evidencia-se a importância da inclusão/execução de práticas como a educação de pacientes e familiares de maneira rotineira como forma de prevenir ou diminuir as evoluções das complicações como as lesões dos membros inferiores (POLICARPO, 2014).

Faz-se necessário prestar um atendimento direcionado e individualizado, na perspectiva de promover assistência integral visando à prevenção de úlceras de membros inferiores, fazendo com que o profissional possa contribuir para o empoderamento do usuário através das orientações como: inspecionar e higienizar os pés diariamente, secar entre os dedos, não usar escalda pés com água morna ou quente, não retirar cutículas, corte de unhas em formato quadrado, as mulheres devem evitar sapatos com bico fino, Sendo que o indicado é tipo Anabela bem como a hidratação e a observação da pele diariamente (BRASIL 2013).

#### **4. CONCLUSÃO**

A consulta de Enfermagem é uma ferramenta fundamental para que o profissional enfermeiro se respalde em suas condutas sendo ela primordial para evitar complicações dos pacientes com diabetes mellitus e que através de ações educativas se tenha um emponderamento dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAIAFA, Jackson Silveira et al . Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 10, n. 4, supl. 2, p. 1-32, 2011 .

CHAVES, Miriam de Oliveira; TEIXEIRA, Mirian Rose Franco; SILVA, Sílvio Éder Dias da. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 215-221, Apr. 2013 .

CUBAS, Marcia Regina et al . Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 3, p. 647-655, set. 2013 .

SANTOS, Laura; TORRES, Heloísa de Carvalho. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 574-580, set. 2012 .

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/**Sociedade Brasileira de Diabetes** ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

MASCARENHAS, Nildo Batista et al . Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 203-208, fev. 2011 .

NUNES, Everardo Duarte. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 1087-1088, Aug. 2007 .

PEDROSA, C. H. et al. Consenso internacional sobre o pé diabético. **Ministério do Estado da Saúde, Brasil**, 2001.

PEREIRA, Dalma Alves et al . Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 3, p. 478-485, jun. 2012 .

POLICARPO, Natalia de Sá et al . Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 36-42, Sept. 2014 . SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al . Fatores associados a amputações por pé diabético. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 14, n. 1, p. 37-45, mar. 2015.

MOREIRA, Ricardo Castanho; SALES, Catarina Aparecida. O cuidado de enfermagem para com o ser portador de pé diabético: um enfoque fenomenológico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 896-903, dez. 2010 .

## CAPÍTULO 07

### PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS

**Anna Maria de Oliveira Salimena**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: annasalimena@terra.com.br

**Natália Ana Carvalho**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: natalia-ana@hotmail.com

**Carina Máximo da Rocha**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: carinajf25@gmail.com

**Edvania Oliveira Mantins**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: enf-edvania@outlook.com

**Thaisa Domingos Gonçalves**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: thaisa.domingos.enf@gmail.com

**Resumo:** O desenvolvimento de ações educativas por profissionais de saúde em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade da atenção principalmente para medidas de prevenção e controle do câncer. Objetivos: Descrever e analisar, sob a ótica de discentes de enfermagem, o desenvolvimento de ações educativas para a prevenção e detecção precoce do câncer. Metodologia: Trata-se de Relato de Experiência de discentes, do Curso de Graduação em Enfermagem, na operacionalização de ações educativas que visam à prevenção e detecção precoce do câncer. Resultados e Discussão: A educação em saúde, possibilita o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de câncer. Considerações Finais: Destaca-se as atividades educativas como uma ferramenta de promoção da saúde e provedor ao autocuidado para prevenção e o controle do câncer.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; Enfermagem Oncológica; Promoção da saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 destaca que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer no Brasil<sup>1</sup>. Portanto, torna-se fundamental que recursos e esforços sejam direcionados para estratégias de prevenção no nível primário e secundário para o controle do câncer, visando à redução dos índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Sendo assim, o estabelecimento de medidas efetivas para a prevenção do câncer pressupõe que informações sobre fatores de risco, sinais de alerta, dados de incidência e mortalidade, possibilitem melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes.

Neste contexto, o desenvolvimento de ações educativas por profissionais de saúde em enfermagem é fundamental para assegurar e incrementar a qualidade da atenção à saúde e é tema de debate no contexto da política pública de saúde, no país<sup>2</sup>.

A educação em saúde respaldada pelo Decreto Lei 94.406/87 que regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre exercício de enfermagem no Brasil, explicita que as atividades referidas no artigo 11, inciso II, como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde “educação visando à melhoria de saúde da população”<sup>3</sup>.

Neste contexto, o enfermeiro propicia um processo educativo que favorece a compreensão e reflexão da clientela sobre aspectos relevantes à prevenção e detecção precoce de câncer, tendo em vista a crescente participação do câncer na mudança do perfil epidemiológico da população brasileira<sup>1</sup>.

## 2. OBJETIVOS

Descrever e analisar, sob a ótica de discentes de enfermagem, o desenvolvimento de ações educativas que visam à sensibilização da clientela sobre a importância da prevenção e detecção precoce do câncer.

## 3. METODOLOGIA

Trata-se de Relato de Experiência de discentes, matriculadas no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, na operacionalização de ações educativas que visam à prevenção e detecção precoce do câncer para a clientela que aguarda consulta médica na sala de espera de Atenção Secundária de um hospital público de Juiz de Fora.

As discentes, bolsistas e voluntárias, após serem instrumentalizadas com o conhecimento do tema, realizam atividades propostas no Projeto de Extensão “SENSIBILIZANDO PARA O BEM-CUIDAR: uma estratégia para prevenção e detecção precoce do câncer”, nas salas de espera para consulta de um Hospital Público de Juiz de Fora. As atividades foram realizadas semanalmente, durante todos os meses do ano, inclusive no período de férias letivas.

O encontro é direcionado a todos os gêneros e faixas etárias de clientes adultos, ocasião em que se realizam palestras e orientações com explanação do tema “prevenção e detecção precoce do câncer”, enfatizando a adoção e/ou manutenção de hábitos de vida saudável relacionados à alimentação, tabagismo e sedentarismo, que constituem as principais causas preveníveis de câncer<sup>4</sup>.

Para a realização das atividades utilizam-se cartazes informativos, panfletos e pôsteres, referenciados pelo INCA e Ministério da Saúde, abordando-se as causas, os fatores de risco, os sinais de alerta e autoexames. Destaca-se a importância de exames anuais de Papanicolau, autoexame das mamas, boca e genitália feminina e masculina, malefícios do cigarro e seus componentes, efeitos causados nos fumantes ativos e passivos, estimulando-se o abandono do hábito.

Também, se orienta sobre práticas alimentares saudáveis e alimentos nocivos à saúde e a importância da atividade física para organismo. Após a ação educativa são aplicados questionários que avaliam a compreensão dos usuários sobre o tema abordado, analisando através de suas repostas os aspectos de possíveis mudanças que esta atividade de extensão realizada pode refletir em seu estilo de vida.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A educação em saúde, para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer, possibilita o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade. As discentes abordam o tema de forma expositiva, utilizando como recursos visuais pôsteres e cartazes, pois um aspecto relevante do recurso visual é o fato de estimular mais de um sentido (audição e visão), assim o assunto é apresentado oralmente e reforçado visualmente com a apresentação das imagens<sup>5</sup>.

Este trabalho desenvolvido pelas acadêmicas envolvidas nesta atividade A educação em saúde, para a população em geral, no sentido de alertar para a

possibilidade de desenvolvimento de câncer, possibilita o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade. As discentes abordam o tema de forma expositiva, utilizando como recursos visuais pôsteres e cartazes, pois um aspecto relevante do recurso visual é o fato de estimular mais de um sentido (audição e visão), assim o assunto é apresentado oralmente e reforçado visualmente com a apresentação das imagens<sup>5</sup>.

Este trabalho desenvolvido pelas acadêmicas envolvidas nesta atividade extensão possibilita ao público-alvo conhecer medidas de prevenção e detecção precoce do câncer, assim como ampliar informações para as pessoas sobre hábitos saudáveis de vida, os principais sinais de alerta e autoexames. Estas informações podem ser colocadas em prática pelos usuários no seu dia-a-dia e são repassadas de forma dinâmica pelas acadêmicas, facilitando o entendimento e a assimilação pelos ouvintes.

Há uma boa interação entre o público participante e as acadêmicas visto que proporciona uma troca de conhecimentos e experiências de vida, que facilitam a compreensão da importância das medidas educativas apresentadas. Além de que a realização deste tipo de atividade é de grande importância para as discentes, pois contribui para o desenvolvimento da capacidade de comunicação terapêutica e interação com o público.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevenção e o controle do câncer estão entre os mais importantes desafios científicos e de saúde pública da nossa época e o enfermeiro, dentro da equipe de saúde, é um agente educador que objetiva a promoção e a manutenção da saúde. Portanto, é de suma a importância à realização de encontros que proporcionem o interesse pelo conhecimento e que levem a consequente benefício.

Destaca-se nestas atividades educativas a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas e educação em saúde sobre os cuidados relacionados à prevenção e detecção precoce do câncer, tornando-se ferramenta de promoção da saúde e provedor ao autocuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. Mira VL et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2011, v. 45, n. spe [Acessado 28 Junho 2021], pp. 1574-1581. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700006>>. Epub 24 Jan 2012. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700006>.
3. Brasil. Lei nº. 7498 de 20 de junho de 1986 – Lei do Exercício profissional da Enfermagem no Brasil. Brasília: BRASIL, 1986.
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Atual e Ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
5. Schmidt A, Pazin Filho A. Recursos Visuais. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30 de março de 2007 [citado 28 de junho de 2021];40(1):32-41. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/301>

## CAPÍTULO 08

### DESAFIOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO

#### **Nayara Sousa de Mesquita**

Enfermeira do Instituto Federal do Ceará (IFCE) Campus Caucaia  
E-mail: nayara\_sousadm@hotmail.com

#### **Pamela Nery do Lago**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)  
E-mail: pamela.lago@ebserh.gov.br

#### **Paola Conceição da Silva**

HC-UFMG/EBSERH  
E-mail: paola.conceicao@ebserh.gov.br

#### **Liane Medeiros Kanashiro**

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)  
E-mail: liane.kanashiro@ebserh.gov.br

#### **Samantha Lara da Silva Torres Anaisse**

HUMAP-UFMS/EBSERH  
E-mail: samantha.anaisse@ebserh.gov.br

#### **Michelly Angelina Lazzari da Silva**

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)  
E-mail: michelly.lazzari@ebserh.gov.br

#### **Juliane Guerra Golfetto**

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-UFSM/EBSERH)  
E-mail: juliane.golfetto@ebserh.gov.br

#### **Lana Rose Cortez de Farias**

Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUAB-UFRN/EBSERH)  
E-mail: lana.farias@ebserh.gov.br

#### **Lívia Sayonara de Sousa Nascimento**

Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW-UFPB/EBSERH)  
E-mail: livia.nascimento@ebserh.gov.br

**Danielle Freire dos Anjos**

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)  
E-mail: danielle.anjos@ebserh.gov.br

**Resumo:** Utilizando o método da revisão integrativa e valendo-se de uma reflexão crítica, objetivou-se reconhecer os principais desafios enfrentados por enfermeiras obstétricas em sua atuação profissional no âmbito hospitalar. Percebeu-se como pontos fundamentais nos nove artigos abordados: a fragilidade da atuação da enfermeira obstétrica, embasada em práticas sem conhecimento científico aprofundado, tendo como consequência pouca autonomia e visibilidade dentro da equipe de saúde; elevado índice de partos cesáreos, bem como, a desumanização destes e os entraves históricos com a categoria médica, a qual, por muitas vezes, ainda considera a função de obstetra como privativa de sua categoria; e ainda, o descumprimento das leis que regem o direito de exercício legal da função e com remuneração compatível. Constatou-se, portanto, a necessidade de enfermeiras comprometidas em desenvolver um trabalho fundamentado em conhecimento científico, com consequente reconhecimento de suas habilidades na realização de partos normais sem distócia e que as coloque em situação de autonomia e satisfação profissional.

**Palavras-chave:** Cuidado, Enfermagem obstétrica, Parto

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, nos anos 90, quando se discutia o modelo biomédico na obstetrícia, houve a inserção do enfermeiro obstetra, reconhecido nas políticas públicas de atenção ao parto e nascimento. Essa inserção é resultado de impactos negativos advindos do modelo biomédico, como a perda de autonomia da parturiente, além de relações verticalizadas e práticas intervencionistas (CASSIANO *et al.*, 2020).

A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada à mudanças nas práticas e rotinas institucionais, considerando o contexto de humanização do parto e nascimento. A inserção da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, hoje ainda bastante ocupado por médicos obstetras, tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação das políticas de humanização (DIAS; DOMINGUES, 2005; SENA *et al.*, 2012; AYMBERÉ; OLIVEIRA; LÚNIOR, 2020).

A atuação do enfermeiro na assistência à mulher no processo de parturição, oportuniza a redução da morbimortalidade materna e perinatal, diminuindo ações intervencionistas do tipo cesarianas, algumas vezes desnecessárias (CASSIANO *et al.*, 2020; BARROS; SILVA, 2004). A assistência do enfermeiro obstetra considera o protagonismo da parturiente durante seu parto, possibilitando a condução de um cuidado humanizado (BARROS; SILVA, 2004).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou a portaria n.º 163/98, que introduz no Sistema de Informações Hospitalares do SUS a remuneração de enfermeiras obstetras que assiste ao parto normal e limita valores pagos para o parto cesariano, visando incentivar o parto vaginal e reduzir o número de partos cirúrgicos (BRASIL, 1999).

Além disso, várias outras políticas foram criadas, como o Programa Rede Cegonha, em 2011, que visa a segurança e a humanização desde o início da gravidez, pré-natal e parto, para o recém-nascido e inclui a criança até os dois anos de idade, estabelecendo medidas que facilitam o atendimento adequado às mulheres. Nesse contexto, o enfermeiro obstetra atua contribuindo na garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2018).

Em relação ao profissional de enfermagem, para atuar na área da obstetrícia, é necessária uma qualificação na assistência. Portanto, necessita-se de pós-graduação, tendo como foco a saúde materna infantil, da mulher e a obstetrícia, a fim

de oferecer um cuidado singular, humanizado e de qualidade (AYMBERÉ; OLIVEIRA; LÚNIOR, 2020).

Alguns estudos apontam o cuidado ativo da enfermagem de forma humanística, instituindo uma assistência qualificada, conforto e auxílio a fisiologia natural do parto (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Diante disso, entende-se que o enfermeiro obstetra possui competência para atuar e intervir no processo fisiológico do nascimento, fornecendo benefícios tanto ao recém-nascido, como para a gestante e os familiares (CASSIANO *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, diante das explanações feitas questionou-se: Quais os desafios da enfermagem obstétrica neste contexto de assistência?

O conhecimento produzido por este estudo contribuirá para conhecer os desafios enfrentados no que concerne à atuação da enfermagem obstétrica.

O estudo objetivou investigar os principais desafios enfrentados pela enfermagem obstétrica durante sua atuação no cuidado a mulher no processo de parturição.

## 2. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de revisão integrativa da literatura, a qual inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (POLIT; BECK, 2006).

A busca na literatura científica foi realizada no período de fevereiro a maio de 2021 em duas bases de dados: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILLACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados na busca de dados consistiram em: cuidado, enfermagem obstétrica e parto.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: textos completos publicados em periódico indexado no idioma português, no período de 2000

a 2020. Posteriormente, foi realizada uma pré-análise de todos os artigos encontrados, através da leitura inicial dos títulos e resumos e foram excluídos os artigos que não estavam relacionados com a temática.

A revisão das bases de dados resultou em trinta publicações. Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, vinte e um foram excluídas do estudo. Portanto, foram analisados nove publicações na íntegra, os quais se adequavam ao objetivo dessa revisão. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, fornecendo assim, subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão na prática cotidiana.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados nove artigos que atenderam ao critério de inclusão previamente estabelecido e, a seguir, serão apresentados um panorama geral dos artigos avaliados.

A Organização Mundial da Saúde reconhece o enfermeiro obstetra como um profissional capacitado para prestar assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. No entanto, ainda se evidenciam conflitos no que se refere à ampliação ou liberdade para a ação destas profissionais (TORNQUIST, 2004; SENA *et al.*, 2012).

Muitos estudos relatam a não aceitação pelos outros profissionais e a falta de incentivo institucional, desafios importantes que precisam ser superados para favorecer a atuação do enfermeiro obstetra no contexto do parto humanizado (MERIGHI, 2002).

Alguns profissionais apontam o exercício da enfermagem obstétrica como modo de existir inauténtico e impróprio (HOGA, 2004). Em virtude disto, a enfermeira obstétrica pode sentir-se excluída na equipe de saúde, apresentando dificuldade em inserir-se e alcançar a realização profissional.

Em relação à insegurança quanto ao desempenho técnico é importante destacar que o aumento crescente da hospitalização, a incorporação das tecnologias e a elevação das taxas de cesarianas têm sido apontados como fatores dificultadores para a atuação do enfermeiro obstetra na assistência a mulher no processo do nascimento (RIESCO; FONSECA, 2002).

Esta situação interfere no desenvolvimento de habilidades na assistência ao parto normal sem distócia. É possível que por esta razão, a enfermeira obstétrica tenha dificuldades para articular o saber-fazer, saber-ser e saber-agir na sua prática cotidiana. Daí a necessidade da enfermeira obstétrica desenvolver um pré-natal orientado, visando uma educação em saúde consistente que valorize a humanização da assistência prestada.

Além disso, a Portaria Nº 2.815/98 estabelece a remuneração das enfermeiras obstétricas pelo parto realizado (BRASIL, 1998), o que poderia ser um estímulo para que estas profissionais permanecessem na especialidade. Porém, outros estudos também têm demonstrado que esta situação não se evidencia na prática, gerando insatisfação e desmotivação (MERIGHI, 2003).

Ademais, alguns estudos demonstram em seus resultados que a superposição de funções entre médicos e enfermeiros gera disputa de poder e ocasionam muitos conflitos e desgaste. Estudo evidenciam sensações de discriminação, desvalorização, e exploração, por parte de enfermeiras obstetras (ANGULO-TUESTA, *et al.*, 2003).

As principais dificuldades encontradas para a atuação do enfermeiro obstétrico foram a hegemonia médica, o modelo de atenção biomédico, as contradições entre as políticas, as necessidades da população e as restrições do campo de atuação profissional, a falta de interdisciplinaridade e da autonomia profissional (SOUSA *et al.*, 2012). Foram apontadas como outras dificuldades: a falta de boas condições de trabalho e a inércia dos órgãos que regem as leis do exercício profissional diante da proibição que a enfermeira obstétrica sofre ao exercer suas funções (MONTICELI, *et al.*, 2008; SENA *et al.*, 2012).

No modelo tradicional de assistência ao parto, a participação do não-médico é coadjuvante e possibilitada apenas quando há delegação dessa função, uma vez que o parto é concebido como um ato médico (RIESCO; FONSECA, 2002), estabelece-se uma relação assimétrica, na qual as decisões são tomadas pelos médicos e aos outros cabem o cumprimento das mesmas (PROGIANTI, 2004).

A resistência da equipe de saúde em compartilhar responsabilidades impossibilita o trabalho em equipe, o que contribui para as restrições na atuação do enfermeiro obstetra. Contudo, o aprimoramento da capacitação técnica contribui para o fortalecimento da sua autonomia profissional (ÂNGULO-TUESTA, 2003). Apesar dos desafios encontrados, a contribuição da enfermeira obstétrica é considerada

significativa nos cenários social e político da assistência ao parto, sendo o conhecimento científico e a legitimidade social, elementos importantes para que as enfermeiras obstétricas alcancem a autonomia profissional (HOGA, 2004).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os principais desafios da enfermagem obstétrica encontradas no estudo referiu-se à não aceitação do desempenho de suas funções na especialidade, por parte dos profissionais da equipe de saúde e pela própria instituição em que atuam, sendo reforçadas pela hegemonia médica e, complementadas, pela falta de interdisciplinaridade. Todos estes pontos repercutem na efetiva autonomia profissional.

Apesar de todos os problemas a serem superados, denota-se elevado grau de satisfação dos profissionais com a enfermagem obstétrica. Acredita-se que essa aparente contradição pode ser enfrentada a partir de uma perspectiva pró-ativa que requer a participação coletiva da comunidade de enfermeiros obstetras.

A conquista de espaço e consolidação do papel da enfermeira obstétrica junto à equipe depende do empenho em aplicar o conhecimento técnico, científico e humanístico adquiridos, bem como estabelecer relações interpessoais que favoreçam o trabalho em equipe, contribuindo em consolidar uma assistência segura às mulheres, recém-nascidos e famílias que vivenciam o processo do nascimento. Também faz-se necessário o planejamento e implementação de estratégias políticas, na área da saúde da mulher, que viabilizem a inserção e consolidação das enfermeiras obstétricas no mercado de trabalho.

## REFERÊNCIAS

AYMBERÉ, A.L.; OLIVEIRA, R.C.A; JÚNIOR, L.R.G. A importância da enfermagem obstétrica no parto normal. **Rev saúde em foco**, v.12, 2020.

ANGULO-TUESTA, A.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S.; D'ORSI, E.; BARBOSA, GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 5, p.1425-36, 2003.

BARROS, L.M.; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, set. 2004.

BRASIL. **Portaria n. 2815 do Ministério da Saúde de 29 de maio de 1998**. Diário Oficial da União, 2 Jun 1998. Seção 1, p.47-8.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Seminário Nacional Assistência Obstétrica no Brasil**. Desafios e estratégias para ação. Brasília: O Ministério; 1999.

BRASIL. **Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília: CPPAS Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. p 1 22, 2018. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/24.\\_Protocolo\\_de\\_Atencao\\_a\\_Saude\\_Enfermagem\\_Obstetrica\\_\\_vers%C3%A3o-CP.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/24._Protocolo_de_Atencao_a_Saude_Enfermagem_Obstetrica__vers%C3%A3o-CP.pdf)>. Acesso em: 5 de maio de 2020.

CASSIANO, A. N., et al. Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul. Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n.1, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000100501](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100501)> Acesso em: 6 de jan de 2020.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

HOGA, L.A.K. Motivação de enfermeiras obstétricas para o desenvolvimento de seu trabalho em uma casa de parto. **Rev Min Enferm**, v. 8, n.3, p. 368-72, 2004.

MERIGHI, M.A.B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Rev Latino-am Enferm**, v.10, n.5, p. 644-53, 2003.

MERIGHI, M.A.B.; YOSHIZATO, E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev Latino-amEnferm**, v.10,n.4,p.493-01, 2002.

MONTICELLI, MARISA ET AL. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto & Contexto - Enferm [online]**, v. 17, n.3, p. 482-491, 2008.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300009>>. Acesso em: 09 deagode 2018.

POLIT D.F., BECK C.T. **Usingresearch in evidence-basednursingpractice**. In: POLIT D.F., BECK C.T., editors. *Essentials ofnursingresearch. Methods, appraisalalandutilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.

PROGIANTI, J.M; VARGENS, O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**.v.8, n.2, p.194-7, 2004.

RIESCO, M.L.G; FONSECA, R.M.G.S. Elementos Constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.3, p.685-98, 2002.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. Rio de Janeiro: **CogitareEnferm**, v.16, n.1, p. 82-87, 2011. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21116/13942> >. Acesso em: 08 de ago de 2018.

SENA, C.D.; SANTOS, T.C.S.; CARVALHO, C.M.F.; SÁ, A.C.M.; PAIXÃO, G.P.N. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no brasil. **RevEnferm UFSM**, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012.

SOUZA, F.M.S.A; SILVA, P.R.A.; MELLO, M.A.; BENITO, L.A.O. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 2, n. 1, 2012.

TORNQUIST, C. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2004.

## CAPÍTULO 09

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

#### **Nayara Sousa de Mesquita**

Enfermeira do Instituto Federal do Ceará (IFCE) / Campus Caucaia  
E-mail: nayara\_sousadm@hotmail.com

#### **Pamela Nery do Lago**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)  
E-mail: pamela.lago@ebserh.gov.br

#### **Andréia Elias da Cruz Nascimento**

HC-UFMG/EBSERH  
E-mail: andreia.nascimento@ebserh.gov.br

#### **Helena Cristina Araujo Lima**

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)  
E-mail: helena.lima@ebserh.gov.br

#### **Daiane Medina de Oliveira**

HUMAP-UFMS/EBSERH  
E-mail: dmedina1186@gmail.com

#### **Francisco Hilângelo Vieira Barros**

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)  
E-mail: francisco.barros@ebserh.gov.br

#### **Ana Paula Ferreira Marques de Araújo**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)  
E-mail: ana.maraugo@ebserh.gov.br

#### **Josivaldo Dias da Cruz**

Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (HUL-UFS/EBSERH)  
E-mail: josivaldo.cruz@ebserh.gov.br

#### **Adriana de Cristo Sousa**

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)  
E-mail: adriana.cristo@ebserh.gov.br

#### **Gleidson Santos Sant Anna**

HU-UFS/EBSERH  
E-mail: gleidson.anna@ebserh.gov.br

**Resumo:** O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido principalmente à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos. A notícia do câncer para a mulher é vivenciada dolorosamente, com repercussões em várias dimensões de sua vida. Na tentativa de poupar a família, muitas mulheres chegam a assumir sozinhas o tratamento, possibilitando o surgimento de uma variedade de transtornos psicológicos. Torna-se necessária uma assistência de enfermagem condizente com suas necessidades de saúde nas dimensões afetadas, para que o cuidado das mulheres com câncer de mama seja eficaz. O estudo teve como objetivo investigar a atuação do enfermeiro na assistência às mulheres com câncer de mama. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada nos bancos de dados LILLACS e SCIELO. Foram analisados quinze artigos científicos usando-se como critérios de inclusão artigos publicados em português; artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2000 a 2018. Como resultado, evidenciou-se que a enfermagem tem um papel fundamental nos cuidados às pacientes que estão na luta contra o câncer de mama e isso requer desses profissionais conhecimentos científicos e habilidades técnicas, em todas as etapas e serviços de atendimento. Além disso, devem buscar uma dimensão humana do cuidado. Conclui-se que as ações do enfermeiro estão constituídas de atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana como alicerce da interação no cuidado.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem; Mulheres; Câncer de Mama.

## 1. INTRODUÇÃO

O Câncer consiste na multiplicação desordenada de células defeituosas, que invadem tecidos e órgãos. Essas células dividem-se rapidamente, e são muito agressivas e constituem a formação de tumores malignos, podendo se espalhar para várias outras estruturas orgânicas (BRASIL, 2021).

O câncer de mama é provavelmente o câncer mais temido pelas mulheres, devido principalmente à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos. Segundo Mendonça et al. (2009, p.53) “o câncer de mama tem sido um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo”. De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (2021) a incidência nacional de câncer de mama no mundo e no Brasil vem aumentando nas últimas décadas e tenderá a crescer com o envelhecimento da população. Esse tipo de câncer obteve em 2020 um número de mortes elevadas, que totalizou em 18.068 mulheres e 227 homens, apresentando uma alta mortalidade (BRASIL, 2021).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), no ano de 2012 foram diagnosticadas 408 mil mulheres, acometidas pela doença, e 92 mil morreram em consequência dela nas Américas. Até o ano de 2030, os novos casos podem aumentar em 46% (OMS, 2016).

O diagnóstico do câncer de mama deve ser feito o mais precocemente possível, sendo necessário que toda mulher faça o autoexame das mamas mensalmente e também faça o exame acompanhada do mastologista uma vez por ano ou de seis em seis meses, de acordo como for solicitado pelo especialista (SIQUEIRA et al, 2014). Dentre os exames que podem ser solicitados para diagnóstico estão: mamografia, ultrassonografia, aspiração e biópsia (INCA, 2021).

As mulheres e os familiares que encaram um diagnóstico de câncer experimentam uma variedade de emoções (ABRÃO et al, 2012). O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, perda da autoestima e mudanças da imagem corporal, além de mudanças no estilo social e financeiro, são questões fortes para justificarem desânimo e tristeza (SIQUEIRA et al, 2014). Configura-se em uma experiência marcada por sentimentos de sofrimento e luta pela sobrevivência, devido às respostas do corpo ao tratamento. O câncer de mama também tende a prejudicar a qualidade de vida sexual da mulher e consequentemente, a do parceiro. A sexualidade fica afetada pela diminuição da libido, pela baixa autoestima e o longo período do

tratamento, o que interferem no relacionamento conjugal (MENDONÇA, 2009; SIQUEIRA et al, 2014).

O tratamento depende do estágio da doença, do tipo do tumor e do estado geral de saúde do paciente, sendo possível optar por um ou pela combinação de dois ou mais métodos (SMELTZER; BARE, 2006; BONASSA; SANTANA, 2005; INCA, 2021), podendo incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. Quando o diagnóstico é inicial, o tratamento tem maior potencial curativo. No caso de metástases, o tratamento busca prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (INCA, 2021).

Além disso, o câncer de mama é uma doença que envolve componentes genéticos, ambientais, pessoais, entre outros, e atinge mulheres e homens, independente da classe social, cor, estado civil, religião, entre outros aspectos (PASCALICCHIO; FRISTACHI; BARACAT, 2001; INCA, 2021). O que demonstra a necessidade de um cuidado singular pelos profissionais de enfermagem. Ademais, entende-se que o diagnóstico de câncer representa uma sobrecarga emocional para o paciente e familiar, podendo provocar vários transtornos psicológicos, pois pode acarretar em implicações cirúrgicas que, por muitas vezes, pode representar uma mutilação para mulher, que na tentativa de poupar a família, muitas vezes assumem sozinhas o tratamento (FABBRO; MONTRONEL; SANTOS, 2008; COSTA et al, 2011).

Nessa perspectiva a enfermagem tem papel fundamental, pois sua atuação profissional envolve prevenção, a educação frente ao diagnóstico, assistência no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos (BUETTO, 2009; ABRAAO et al, 2011). No cuidado das mulheres com câncer de mama é necessário uma assistência de enfermagem condizente com suas necessidades de saúde nas dimensões afetadas. Dessa forma, o enfermeiro precisa estar apto a atender essas mulheres da melhor forma possível, uma vez que, é o profissional que possui maior contato com a paciente, possibilitando a construção de vínculos, podendo proporcionar maior estímulo para o resgate de sua autoestima, favorecendo seu autocuidado e autoconceito (OLIVEIRA et al, 2010; PINHEIRO et al, 2010).

Este estudo objetivou investigar em publicações nacionais a atuação do enfermeiro na assistência às mulheres com câncer de mama.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinado tema. Foi realizada a busca em duas bases de dados a saber: SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com publicações nacionais, no período de 2000 a 2018.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): assistência de enfermagem, mulheres e câncer de mama. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos completos e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2000 a 2018. Posteriormente foi realizada uma pré-análise de todos os artigos encontrados, através da leitura inicial dos títulos e resumos e foram excluídos os artigos que não estavam relacionados com a temática. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos.

A revisão nas bases de dados resultou em cinquenta e quatro publicações. Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, trinta e nove publicações foram excluídas do estudo, pois não tratavam da temática estudada. Portanto, foram analisadas quinze publicações na íntegra, que se adequavam ao objetivo desta revisão, doze no banco de dados SCIELO e três no banco de dados LILLACS. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi elaborada de forma descriptiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados quinze artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados. A enfermagem é uma profissão cujo objetivo principal é cuidar, ou seja, prestar uma assistência de qualidade ao indivíduo que está passando por um processo de adoecimento (DAVIM; TORRES; CABRAL; LIMA; SOUZA, 2003). Como

se sabe, a mulher cometida pelo câncer de mama, possui várias de suas necessidades humanas básicas alteradas e cabe ao enfermeiro identificá-las e ajudá-la a mudar esse quadro (FABBRO; MONTRENEL; SANTOS, 2008).

O Instituto Nacional do Câncer aponta o papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar ao mencionar que sua atuação deve perpassar todas as etapas de assistência, tendo início logo após o diagnóstico da doença. Além disso, o enfermeiro deve acompanhar a mulher após o momento da alta até sua reintegração à vida cotidiana (COSTA; VIEIRA; NASCIMENTO; PEREIRA; LEITE, 2011; INCA, 2021).

A intervenção do enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem é de grande importância, pois visa à promoção da qualidade de vida, em mulheres com câncer de mama (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). Dessa forma é importante que o enfermeiro, durante o tratamento da mulher, realize inúmeras funções, como encorajar o uso de medicamentos, ensinando também a família da paciente sobre a utilização correta dos mesmos, acompanhar a paciente continuamente, esclarecendo suas dúvidas a respeito da doença, estabelecendo assim, um vínculo forte com a paciente e família, este vínculo facilita bastante o tratamento dessas mulheres, pois elas se sentirão mais seguras e menos constrangidas. A informação a respeito de todas as etapas do tratamento é de extrema importância (ABRAAO et al, 2011; SILVA; SANCHES; RIBEIRO; CUNHA, RODRIGUES, 2009).

A mulher com câncer de mama pode apresentar uma variedade de emoções como medo, ansiedade, sensação de proximidade da morte, negação, insegurança, melancolia, dificuldades no relacionamento e comunicação, entre outros (FERRERA; MAMEDE, 2003; SIQUEIRA et al, 2014). Dessa forma a mulher sente a necessidade de apoio, de falar e ser ouvida, de informação, pois, muitas vezes, encontram-se cheias de dúvidas em relação ao tratamento e até sobre a própria doença e sentem a necessidade de aprender sobre o processo que estão vivenciando. Diante disso, o enfermeiro deve atuar educando a paciente e investindo tempo para colocar-se à disposição para que elas possam esclarecer suas dúvidas.

No contexto de prevenção e/ou detecção precoce, a enfermagem se insere como aliada poderosa à redução dos índices de câncer. Denominada como a arte do cuidar, a assistência de enfermagem proporciona um cuidado pleno, encorajador e responsável, sejam mulheres acometidas por câncer ou para fins preventivos (NASCIMENTO et al, 2012; PEREIRA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

É importante que o profissional enfermeiro preocupe-se em estar sempre informando a paciente a respeito dos métodos de tratamento e esclareça suas dúvidas. Segundo Bittencourt e Cadete (2002) a carência do cuidar se insere na vida das mulheres com câncer de mama, destacando-se principalmente a carência das informações negadas, ou seja, na falta de orientação e esclarecimentos. Segundo Fontes e Alvim (2008, p.81) “quando o enfermeiro participa junto com o cliente e seus familiares, valorizando a sua forma de ser e ver o mundo ressaltando a importância do diálogo com o cliente, transforma situações e sensibiliza o humano de cada um”. Afinal, quando uma relação se concretiza no amor, na humildade, na confiança, o diálogo se faz de uma forma horizontal, em que um confia no outro (FREIRE, 2005).

A assistência de enfermagem precisa exercer um papel eficaz no tratamento às pacientes que estão na luta contra o câncer de mama, isso requer desses profissionais conhecimento científico e habilidade técnica em todas as etapas e serviços de atendimento (PEREIRA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018). De acordo com Secoli, Padilha e Leote (2005) é importante que o enfermeiro conheça e seja apto de avaliar os recursos tecnológicos para sua prática no cuidado ao paciente oncológico, verificando-se assim, a importância de um tratamento que incorpore todas as tecnologias para o cuidar associadas com a abordagem especializada, a fim de realizar um cuidado individualizado e humano.

Além disso, o profissional de saúde deve saber identificar necessidades e dificuldades emocionais das pacientes em lidar com as consequências e efeitos adversos dos tratamentos, pois as pessoas com esse tipo de patologia sofrem um grande impacto psicológico, o marco dos problemas psicológicos ocorre com o diagnóstico da doença (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

O cuidado de enfermagem também se sustenta em princípios próprios da relação humana, como amizade, carinho, atenção, tolerância e solidariedade. As ações do enfermeiro estão relacionadas em atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana como alicerce da interação no cuidado (FONTES; ALVIM,2008). Os enfermeiros devem aproximar-se dos pacientes de modo a se estabelecer uma relação de ajuda e confiança, para isso, faz-se necessário o entendimento de que o cuidado técnico e o expressivo são complementares, ambas vertentes importantes do cuidado humano de enfermagem.

Além disso, para prestar assistência adequada, é preciso que o profissional de enfermagem utilize seu conhecimento teórico e o associe à prática. Isso pressupõe o conhecimento das teorias de enfermagem, para utilizar o modelo teórico mais adequado e para implementação do processo de enfermagem à paciente (PRIMO; LEITE; AMORIM; SIPONI; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, entende-se que a mulher mastectomizada tem suas necessidades humanas básicas alteradas, e cabe ao enfermeiro identificá-las e ajudá-la a mudar esse quadro, sendo necessário uma assistência de enfermagem efetiva que possa auxiliar nesse processo com o menor número de danos (PRIMO; LEITE; AMORIM; SIPONI; SANTOS, 2010).

As enfermeiras oncológicas também desempenhavam papéis importantes em cuidados práticos, como as medidas de conforto para os pacientes cirúrgicos e/ou em tratamento paliativo (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Dessa forma, percebe-se que a atuação da enfermagem em oncologia cresceu com o passar do tempo e com o advento dos ensaios clínicos conduzidos com novos agentes terapêuticos quimioterápicos. Esses ensaios clínicos trouxeram a necessidade de um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar, voltada para o cuidado do paciente com câncer e para a pesquisa, ressaltando a importância da interdisciplinaridade na atuação da enfermagem (CAMARGO; SOUZA, 2003; SANTANA; LOPES, 2007).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que o cuidado de enfermagem às mulheres com câncer de mama deve ser realizado considerando-se a mulher como ser singular, como pessoa responsável por sua saúde e seu autocuidado, como um todo de carne e espírito, mente e corpo, ao qual se deve prestar assistência que congregue habilidade técnica, ciência e humanização.

O enfermeiro deve se colocar no lugar do outro, priorizar a autonomia da paciente e considerar a interdisciplinaridade em suas ações. Assim a ação do enfermeiro deve estar constituída de atributos técnicos e humanos, considerando a vida como valor ético fundamental em respeito à dignidade humana como alicerce da interação no cuidado. Este estudo contribui para a reflexão do enfermeiro na sua atuação, impactando positivamente a qualidade da prática de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, R.S.; BESSON, R.B.; BUETTO, L.S.; SONOBE, H.M.; LENZA, N.F.B. Cuidados de enfermagem às mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. **Ver enferm UFPE** online, v. 5, n.6, p. 1514-1521, 2011.

BITTENCOURT, J. F. V.; CADETE, M. M. M. Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. **Rev. bras. enferm**, v.55, n.4, p.420-423, 2002.

BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BUETTO, L.S. **O significado de ser enfermeiro especialista em oncologia**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2009. p.140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2021 – Incidência do câncer no Brasil**. Brasília (DF). Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 5 mar.2021.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, Oct. 2003.

COSTA, W.B.; VIEIRA, M.R.M.; NASCIMENTO, W.D.M.; PEREIRA, L.B.; LEITE, M.T.S. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Rev. Mineira de enferm** – REME, v. 16, n.1, 2011.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; CABRAL, M.L.N.; LIMA, V.M.; SOUZA, M.A. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Rev Latino Am. Enferm**.v.11,n.1,p.21-27, 2003.

FABBRO, M.R.C.; MONTRENEL, A.V.G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.532-537, 2008.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.

FONTES, C.A.S; ALVIM, N.A.T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paul. Enferm**, v.21, n.1, p.77-83, 2008.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 41a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

MAKLUF, A.S.D; DIAS, R.C; BARRA, A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras.Canc**, v. 52, n.1, p.49-58, 2006.

MALUF,M.F.M; MORI, L.J; BARROS, A.C.S.D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. Bras. Canc**,v.51, n.2, p.149-154, 2005.

MENDONÇA, F.A.C; COSTA, M.M.F.G; SAMPAIO, L.R.L; VASCONCELOS, S.M.M. Métodos diagnósticos para o câncer de mama: uma reflexão. **Rev. Tend. Enferm. Prof.**, v.1,n.1,p.53-58, 2009.

NASCIMENTO, L.K.A.S.; MEDEIROS, A.T.N.; SALDANHA, E.A.; TOURINHO, F.S.V.; SANTOS, V.E.P.; LIRA, A.L.B.C. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 33, n.1, p. 177-185, 2012.

OLIVEIRA, M.S.; VIEIRA, F.S.; LOPES, V.S.; FIGUEIREDO, L.L.; MOTA, F.A.; SONOBE, H.M. Associação da dieta com o câncer colorretal: revisão integrativa. **RevEnferm UFPE**, v. 4, p. 287-295, 2010. Disponível em: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/996/pdf\\_110](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/996/pdf_110). Acesso em: 04 maio 2019.

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Câncer de mama é a 2ª principal causa de morte entre mulheres nas Américas; diagnóstico precoce e tratamento podem salvar vidas.** 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index>. Acesso em: 04 mar 2020.

PASCALICCHIO, J.C.; FRISTACHI, C.E.; BARACAT, F.F. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. **RevBrasMastologia**. v.11,n.2,p.71-84, 2001.

PEREIRA, A.C.A.; OLIVEIRA, D.V.; ANDRADE, S.S.C. Sistematização da assistência de enfermagem e o câncer de mama entre mulheres. **Rev. Nova Esperança**, v.16, n. 1, p. 1679-1983, 2018.

PINHEIRO, S.J.; FERNANDES, M.M.J.; JUCÁ, M.M.; CARVALHO, Z.M.F.; FERNANDES, A.F.C. Enfrentamento do diagnóstico de câncer de mama pela mulher: estudo de revisão de literatura. **RevEnfermUFPEonline**, v.4, p. 91-97 2010. Disponível em: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/885/pdf\\_88](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/885/pdf_88). Acesso em: 5 mar.2021.

PRIMO, C.C. et al. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

SANTANA, C.J. M.; LOPES, G. T. O cuidado especializado do egresso da residência em enfermagem do Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 417-422, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300004>>. Acesso em: 04 jun 2017.

SECOLI, S.R; PADILHA, K.G; LEOTE, R.B.C.O. Avanços Tecnológicos em Oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Canc**, v. 51, n.4, p. 331-337, 2005.

SIQUEIRA, L.G; ALVES, A.P.O.N; BELISARIO, F.S; MEDEIROS, E.V.C; JESUS, V.F; BARBOSA, G.P. Sentimentos das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama. **Rev humanidades**, v. 3, n.2, p.70-84, 2014.

SILVA, R.M.; SANCHES, M.B.; RIBEIRO, N.L.R.; CUNHA, F.M.A.M.; RODRIGUES, M.S.P. Realização do autoexame das mamas por profissionais de enfermagem. **RevEscEnferm**, v. 43, n. 4, p. 902-908, 2009.

SMELTZER, S.;BARE, B.G. **Brunner&Suddarth – Tratado de enfermagem medic**, 2006.

## CAPÍTULO 10

### USO DO BRINQUEDO TERPÊUTICO POR ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### **Ismael do Nascimento Brum**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: ismabrum@gmail.com

#### **Matheus Henrique Naumann**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: matheusnaumann@gmail.com

#### **Thais Barbosa Barreto**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: thais.bbarreto97@gmail.com

#### **Maria Eduarda Perroni Nery**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: idudanery@gmail.com

#### **Bruna Cardozo da Silva**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: brunacardozo.aluno@unipampa.edu.br

#### **Kelly Dayane Stochero Velozo**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: kellyvelozo@unipampa.edu.br

#### **Michele Bulhosa de Souza**

Instituição: Universidade Federal do Pampa  
E-mail: michelebulhosa@unipampa.edu.br

**Resumo:** Este estudo objetivou identificar, na literatura científica, desafios para implementar a utilização do brinquedo terapêutico pela enfermagem, seus benefícios para a saúde da criança e sua família. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de artigos publicados em português nos últimos cinco anos (2013-2018) com coleta de dados realizada no período de setembro de 2018. A amostra final foi de 10 artigos, que foram analisados e divididos em duas categorias temáticas: Benefícios do uso do brinquedo terapêutico no processo de trabalho identificados pela equipe de enfermagem; Desafios para uso do Brinquedo Terapêutico. A análise demonstrou que a literatura aponta o uso do brinquedo terapêutico deixou a criança menos agitada, facilitou o trabalho, a interação e a comunicação do enfermeiro com a criança e com a família, porém desconhecimento dos benefícios do brinquedo terapêutico e a resistência de alguns profissionais ainda implica em limitações para sua implementação.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Jogos e Brinquedos; Enfermagem Pediátrica

## 1. INTRODUÇÃO

A visão da sociedade a respeito da criança modificou-se ao longo dos anos, sua identificação como "mini adulto" foi substituída pela compreensão de sujeito igualitário, dotado de direitos e com características particulares relacionadas ao seu processo de desenvolvimento e crescimento (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A identificação de crianças como sujeitos no Brasil tem sua base legal pautada na Lei 8.069 de 1990 a qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantindo que as pessoas na faixa etária de zero até 12 anos de idade incompletos (crianças) e de 12 a 18 anos (adolescentes) gozem de todos os direitos fundamentais (BRASIL, 1990b). O brincar também é preconizado pela Organização das Nações Unidas, desde 1959, como fundamental para o desenvolvimento infantil e a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1989 e promulgada no Brasil em 1990, enfatiza o direito de brincar das crianças que deve ser assegurado pela sociedade onde elas vivem (BRASIL, 1990a).

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual, de maneira clara e objetiva, sintetizou os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança (DAMASCENO *et al.*, 2016). Em 2018 foram disponibilizadas orientações que subsidiam profissionais e gestores da saúde para trabalhar nas mudanças do modelo de atenção integral à saúde da criança no Brasil baseado na PNAISC (BRASIL, 2018); além das orientações que trazem o documento, a publicação reafirma a importância de levar em consideração as peculiaridades da criança, utilizando o lúdico como parte de um processo terapêutico.

Para a criança, brincar é uma atividade essencial ao bem estar biopsicoespiritual e uma necessidade para a integralidade de seu desenvolvimento, necessidade que não cessa quando ela adoece ou é hospitalizada. Através da brincadeira as crianças assimilam o que lhes é ensinado e aprendem sobre si mesmas (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A utilização do brincar/brinquedo terapêutico (BT) pela enfermagem é uma estratégia lúdica capaz de intermediar a relação enfermagem-criança-família e proporciona um melhor enfrentamento da hospitalização, facilita a preparação da criança e da família para realização de procedimentos que causem ansiedade, melhor

compreensão da situação vivenciada, minimiza o medo e estimula a formação do vínculo enfermagem-criança-família (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Para isso, faz-se necessário que a equipe de enfermagem seja capacitada desde a graduação e reconheça peculiaridades, desafios e benefícios da utilização do brinquedo terapêutico permitindo sua incorporação de forma sistemática no cuidado diário prestado à criança hospitalizada (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006). Diante deste contexto, este estudo objetivou identificar na literatura científica desafios para implementar a utilização do BT pela enfermagem, bem como seus benefícios para a saúde da criança e sua família.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita determinar o conhecimento atual sobre uma temática específica, conduzido de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente, elaborado conforme as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010).

A primeira etapa caracterizou-se pela escolha do tema e a elaboração da questão norteadora para a pesquisa: quais os desafios vivenciados por enfermeiros na implementação do BT descritos na literatura científica? Quais os benefícios do uso de BT descritos na literatura?.

A segunda etapa se constituiu na busca ou amostragem na literatura. Fazendo uso dos descritores “Enfermagem pediátrica” AND “Ludoterapia” foram coletados artigos nas bibliotecas virtuais: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), oriundos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos artigos publicados no período de 2013 a 2018 que correspondem a questão norteadora, em língua portuguesa, disponíveis online e na íntegra; como critérios de exclusão foram considerados: teses, dissertações, relatos de experiência, livros, documentos de órgãos governamentais, reflexões e ensaios teóricos, revisões de literatura. A coleta dos estudos foi realizada em setembro de 2018.

Ao realizar a busca na BVS, utilizando os descritores definidos, foram obtidas um total de 95 publicações; 42 destas estavam disponíveis online na íntegra, mas

somente 20 haviam sido publicadas no período de 2013 a 2018. Destas 20 publicações, três não haviam sido publicadas em língua portuguesa, duas tratavam-se de revisão de literatura e cinco publicações estavam duplicadas em outras bases de dados, sendo, por esse motivo, excluídas da análise. Ao final, um total de 10 artigos compõem o corpus de análise.

Para a terceira etapa foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, para sistematizar o processo de análise foi criado um instrumento de coleta de dados reunindo informações referentes ao periódico de publicação, título do artigo, ano de publicação, local da realização do estudo, método e principais resultados. Os artigos foram identificados pela letra maiúscula “A” e um numeral ordinal conforme a ordem de sua identificação.

A análise dos dados, quarta etapa, foi detalhada, realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes nos estudos distintos, posteriormente os resultados foram discutidos e apresentados, quinta e sexta etapa.

### 3. RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 10 artigos, todos publicados no idioma português entre os anos de 2014 e 2017, sendo que os estudos concentrados na região Sudeste do Brasil (5 estudos), Nordeste (4 estudos), no Sul (1 estudo). Três foram publicados no ano de 2014 (A1, A9, A10); um em 2015 (A8); quatro em 2016 (A4, A5, A6, A7) e dois em 2017 (A2, A3) (Tabela 1).

Tabela 1: Identificação das publicações

Ident.	Periódico de Publicação	Título do Artigo	Ano de Publicação	Método	Local
A1 Soares, et al.	Revista Gaucho de Enfermagem	O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer	2014	Descritivo com abordagem qualitativa	Rio de Janeiro
A2 Fontes; Oliveira; Toso.	Revista de Enfermagem UFPE OnLine	Brinquedo terapêutico em unidade de terapia intensiva pediátrica	2017	Descritivo Exploratório de abordagem quantitativa	São Paulo
A3 Costa; Morais.	Revista de Enfermagem UFPE OnLine	A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas	2017	Descritivo de abordagem quantitativa	Salvador
A4 Lemos, et al.	Revista Cuidar	Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para	2015	Analítica exploratória de abordagem quantitativa	Ceará

		reduzir alterações comportamentais			
A5 Gomes; Silva; Capellini.	Revista de Enfermagem da UFPI	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado às crianças hospitalizadas	2016	Pesquisa quantitativa	São Paulo
A6 Martins, et al.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança	2016	Exploratório descritivo com abordagem qualitativa	Paraíba
A7 Fioreti; Manzo; Regino.	Revista Mineira de Enfermagem	A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais	2016	Descritivo de abordagem qualitativa	Belo Horizonte
A8 Lima; Santos.	Revista Gaúcha de Enfermagem	O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer	2015	Qualitativo, exploratório descritivo	Rio Grande do Norte
A9 Paladino; Carvalho; Almeida.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamental de pré-escolares no período transoperatório	2014	Descritiva exploratório de abordagem quantitativa	São Paulo
A10 Nicola, et al.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem	2014	Pesquisa exploratória de caráter qualitativa	Rio Grande do Sul

Fonte: Autores, 2018

#### 4. DISCUSSÃO

##### 4.1 BENEFÍCIOS DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO IDENTIFICADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Dentre os benefícios da utilização do BT na ótica da equipe de enfermagem destaca-se que o brincar deixou a criança menos agitada, facilitou o trabalho, interação e comunicação com a criança (LIMA MARTINS *et al.*, 2016; NICOLA *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2014). Como também beneficia a formação de vínculo entre o profissional e a criança (LIMA MARTINS *et al.*, 2016; NICOLA *et al.*, 2014). Após as sessões com BT foi percebido um melhor manejo da dor e da ansiedade na criança hospitalizada e uma melhor aceitação durante procedimentos dolorosos ou estressantes (LEMOS *et al.*, 2016; PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

Tendo em vista que a utilização do BT minimiza vários aspectos traumáticos e auxilia as relações criança/família/profissionais, mostrando, assim, ser eficaz e importante para a efetivação do vínculo terapêutico no sentido de promover o vínculo

equipe-paciente, melhorando o convívio no ambiente hospitalar (FIORETI; MANZO; REGINO, 2016; FONTES; OLIVEIRA; TOSO, 2017).

Os estudos também demonstram que o brincar possibilitou a redução da ansiedade, estresse e angústia infantis causadas por experiências atípicas, como a hospitalização e auxilia a criança hospitalizada a compreender melhor o momento específico que ela vive promovendo a continuidade do seu desenvolvimento (FIORETI; MANZO; REGINO, 2016; FONTES; OLIVEIRA; TOSO, 2017; LIMA; SANTOS, 2015).

#### 4.2 DESAFIOS PARA USO DO BRINQUEDO TERAPÉUTICO

As dificuldades para utilização do BT relacionam-se a alguns comportamentos apresentados pelos pacientes como: a desmotivação, que pode estar relacionada a fatores como: recusa em participar das atividades ou a dificuldade em aceitar a condição de saúde e a hospitalização; dificuldade de confiar e relacionar-se com desconhecido, principalmente aqueles fora do convívio familiar (COSTA; MORAIS, 2017; FIORETI; MANZO; REGINO, 2016; FONTES; OLIVEIRA; TOSO, 2017; PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

Outros achados evidenciados, foram as repercussões negativas relacionadas às limitações encontradas pela hospitalização, ao diagnóstico e à sua condição de saúde (COSTA; MORAIS, 2017). Como, por exemplo, o de crianças em cuidados paliativos que perdem o desejo de brincar (SOARES *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que para alguns profissionais a falta de preparo para uso do BT e a falta de sistematização no seu uso dificultam a aprendizagem sobre a implementação do mesmo na prática (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016; NICOLA *et al.*, 2014). Os estudos também apontam que os profissionais de enfermagem referem falta de tempo para desenvolvimento das atividades, dificultando o uso do brincar (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016; SOARES *et al.*, 2014), tendo inclusive profissionais que, mesmo reconhecendo a importância do brincar e os benefícios de utilização do brinquedo terapêutico não o utilizam em sua prática profissional (GOMES; SILVA; CAPELLINI, 2016) ou apenas referiram que as crianças foram conduzidas para salas de recreação para brincar sem incentivar a interação (FONTES; OLIVEIRA; TOSO, 2017; NICOLA *et al.*, 2014).

## 5. CONCLUSÃO

Em síntese, atividades com BT apresentam evidências dos seus benefícios para com a criança e sua família, sendo relevante para a recuperação da saúde desta durante a hospitalização. Pode-se considerar o profissional de enfermagem um protagonista na utilização e aplicação do brinquedo, tanto para benefício da criança, como também na participação dos familiares, garantindo interação, aproximação e alívio da ansiedade relacionada à internação.

A partir da análise dos resultados obtidos neste estudo entende-se que são necessárias novas pesquisas que possam investigar e apontar estratégias de utilização do BT pelos enfermeiros durante a hospitalização da criança, bem como compreender de maneira mais profunda a utilização dessa ferramenta para diminuir os efeitos traumáticos deste contexto. Como limitações do estudo podem ser destacadas a inclusão somente de publicações em português, porém a escolha do idioma justifica-se pela necessidade de conhecer as publicações relativas ao tema neste idioma.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 67, n. 6, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d99710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jul. 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CINTRA, Sílvia Maira Pereira; SILVA, Conceição Vieira da; RIBEIRO, Circéia Amália. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 59, n. 4, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400005>. Acesso em: 20 set. 2018.

COSTA, Tarsilia Salvador; MORAIS, Aisiane Cedraz. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 358–367, 2017. Disponível em: Acesso em: 12 nov. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11916>. Acesso em: 12 nov. 2018

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 14 set. 2018.

FIORETI, Fernanda Cristina C. de F.; MANZO, Bruna Figueiredo; REGINO, Alline Esther Ferreira. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160044>. Acesso em: 14 set. 2018.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello; OLIVEIRA, Ananda Stéfani Silva de; TOSO, Lis Amanda. Brinquedo terapêutico em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [s. l.], v. 11, n. Supl. 7, p. 2907–2915, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9518/19200>. Acesso em: 12 nov. 2018.

GOMES, Maria Fernanda Pereira; SILVA, Isabella Dutra; CAPELLINI, Verusca Kelly. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do brinquedo no cuidado as crianças hospitalizadas. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 23–27, 2016. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4490/pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (ed.). **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LEMOS, Izabel Cristina Santiago *et al.* Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista CUIDARTE**, [s. I.], v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>. Acesso em: 14 set. 2018.

LIMA, Kálya Yasmine Nunes de; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. I.], v. 36, n. 2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51514>. Acesso em: 14 set. 2018.

MARTINS, Álissan Karine Lima *et al.* Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. I.], v. 8, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3968-3978>. Acesso em: 14 set. 2018.

NICOLA, Glaucia *et al.* Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. I.], v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p703>. Acesso em: 20 set. 2018.

OLIVEIRA, Joseph Dimas *et al.* O brincar e a criança hospitalizada: visão de enfermeiras. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. I.], v. 30, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i4.16414>. Acesso em: 20 set. 2018.

PALADINO, Camila Moreira; CARVALHO, Rachel de; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamental de pré-escolares no período transoperatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. I.], v. 48, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300006>. Acesso em: 14 set. 2018.

SOARES, Vanessa Albuquerque *et al.* O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. I.], v. 35, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5pdcScVkjvgxty66V6CFYB/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2018.

## CAPÍTULO 11

### TRABALHO INTER SETORIAL E A PROMOÇÃO DO CUIDADO RELACIONADO AS ZOONOSES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

#### **Vanesa Nalin Vanassi**

Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

E-mail: vanesanalin@hotmail.com

#### **Lucimare Ferraz**

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

E-mail: ferraz.lucimare@gmail.com

#### **Lenita de Cassia Moura Stefani**

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

E-mail: borrucia@hotmail.com

#### **Mônica Ludwig Weber**

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

E-mail: monyludwig@hotmail.com

#### **Adriane Karal**

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

E-mail: adri.karal@hotmail.com

#### **Tavana Liege Nagel Lorenzon**

Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

E-mail: tavanaliege77@gmail.com

**Resumo:** A atividade agrícola tornou-se um setor muito produtivo nos últimos anos, de modo especial a atividade leiteira. Juntamente com este crescimento evidenciou-se a necessidade de maior observação e cuidados com as zoonoses presentes neste meio. Para que isso seja melhor avaliado e para promoção de ações tornam-se necessárias ações intersetoriais para melhoria das ações em saúde. Para expor essa necessidade este trabalho descreve a experiência de trabalho inter setorial e multiprofissional para promoção do cuidado as zoonoses Brucelose e Tuberculose e a saúde humana. Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da realização de uma capacitação promovida pela Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Chapecó-SC, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó - SC, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Chapecó - SC e Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI), sendo realizada no mês de fevereiro de 2019, participando aproximadamente 40 trabalhadores rurais. A capacitação destacou a importância da integração entre os setores e de ações voltadas ao público rural, sendo direcionada principalmente as zoonoses presentes neste meio e sua relação com a saúde. Deste modo pode-se concluir que a intersetor alidade é de extrema importância para promoção de ações que permitam melhorias ao trabalho rural e

principalmente aproximação entre o conhecimento popular e científico para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e a redução de danos.

**Palavras-chave:** Trabalho Intersetorial. Zoonoses. Saúde do trabalhador.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente a atividade agrícola vem ganhando destaque no meio econômico, gera muita renda e possibilita ao trabalhador controle de sua atividade econômica. Dentre as atividades agrícolas, destacamos a atividade leiteira (MORAES, FILHO; 2017), setor em amplo crescimento e que demanda grande cuidado por parte do trabalhador. Ao mesmo tempo, o trabalho no campo torna-se cada vez mais exaustivo demandando maiores cuidados e dedicação, além disso o mercado vem exigindo dos trabalhadores organização, manejo e regras sanitárias adequadas para comercialização dos produtos pelas empresas.

Neste mesmo contexto, as autoridades sanitárias e de saúde identificam que as doenças ocupacionais (Cangussu e Michaloski, 2015), ou seja, alterações na saúde do trabalhador relacionada diretamente a sua atividade laboral, se intensificam quando relacionadas as atividades rurais. Essas demandam maior exposição do trabalhador aos riscos, sendo eles físicos, químicos, ergonômicos, de acidentes e/ou biológicos (REIS, 2012), podendo ocasionar danos leves a até mesmo lesões permanentes e/ou irreparáveis que afetam diretamente o trabalhador e sua rotina diária.

Dentre os riscos ocupacionais presentes na atividade leiteira se pode destacar os riscos biológicos, onde o trabalhador possui contato direto com os animais, as zoonoses, especialmente por se tratar em sua maioria de propriedades pequenas e por esse fato as famílias produzirem os derivados para seu consumo próprio (NEVES, 2014).

As zoonoses de maior prevalência no campo são a Brucelose, que se trata de uma doença manifestado por quadro febril, dor de cabeça intensa, mal-estar e dor no corpo e que progride muito facilmente para quadro articulares e neurológicos graves se não identificada precocemente (SOARES, et all, 2015 & PAULA et all, 2019). É uma doença de difícil diagnóstico e que demanda exames clínicos e co-relação com histórico de trabalho (BALDO et all, 2017). Já a Tuberculose é considerada um desafio para a saúde pública por ser pouco conhecida quando relacionada a saúde animal e principalmente ao trabalho rural (ALMEIDA, 2017). Possui evolução crônica e geralmente leva a perda de peso, febre baixa, tosse, dente outros, possuindo altos índices de mortalidade (BARRETO, 2014). Ambas são transmitidas através do manejo

e por meio do consumo de derivados animais, necessitam de cuidados relacionados ao manejo correto com os animais e com alimentos (NEVES, 2014).

Deste modo, a atuação conjunta dos diversos órgãos promotores de saúde pressupõe maiores orientações e troca de conhecimentos acerca da exposição as zoonoses presentes no meio rural. Para que isso seja possível, torna-se fundamental orientar os trabalhadores rurais acerca dos riscos aos quais estão expostos diariamente em seu trabalho.

## **2. OBJETIVO**

Descrever a experiência de trabalho inter setorial e multiprofissional para promoção do cuidado as zoonoses Brucelose e TB e a saúde humana.

## **3. MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da realização de uma capacitação promovida pela Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Chapecó-SC, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó - SC, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Chapecó - SC e Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI), no mês de fevereiro de 2019. Participaram aproximadamente 40 trabalhadores rurais que atuam na atividade leiteira e buscavam conhecimento acerca do tema para melhoria do manejo de suas propriedades, que possuem vínculo com a EPAGRI. A capacitação teve duração de aproximadamente três horas.

Inicialmente foi realizado contato via e-mail e telefone entre as instituições para discussão e planejamento da capacitação.

Num segundo momento foi realizada a capacitação por meio da exposição de materiais através de recursos audiovisuais e matérias informativos impressos. Para embasamento teórico foram utilizados referenciais nacionais e internacionais, além dos Protocolos Estaduais de Saúde e Sanitários.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A capacitação teve grande relevância para o trabalho, sendo identificada a necessidade de momentos de integração Intersetorial e participação do público alvo principal, neste caso os trabalhadores rurais. Desse modo, o tema zoonoses, em

especial brucelose e tuberculose humanas tem importância por tratar-se de doenças diretamente relacionadas ao trabalho rural e necessitar de observação sanitária e de saúde.

A partir das discussões foi possível identificar a importância do trabalho conjunto entre a saúde e os órgãos sanitários, sendo necessário definir um perfil básico dos trabalhadores rurais, permitindo assim maior conhecimento da população a partir do grau de conhecimento que já possuem. Sabe-se trabalho rural demanda intenso contato com os animais e além de uma jornada intensa que exige tempo e esforço físico do trabalhador(ZAMBINI, MERA, SIQUEIRA; 2020).

Os trabalhadores rurais ressaltaram a carência de comunicação entre os órgãos sanitários, empresas compradoras de seus produtos (leite) e a saúde. Identificam a necessidade de orientações para redução de danos a sua saúde.

Figura 1: Capacitação aos trabalhadores rurais sobre Brucelose e Tuberculose



Fonte: Os autores

Figura 2: Capacitação aos trabalhadores rurais sobre Brucelose e Tuberculose



Fonte: Os autores

Atualmente o trabalho nas propriedades vem sendo realizado pelos pais, pois, os filhos em sua maioria deixam o campo para buscar novos anseios e conhecimentos fora das propriedades. Isso acarreta em sobrecarga de trabalho e consequentemente descuido a respeito da saúde ocupacional (ZAMBINI, MERA, SIQUEIRA; 2020).

Ao mesmo tempo o aumento dos casos de zoonoses, em especial a Brucelose e Tuberculose nos municípios pertencentes a região oeste de Santa Catarina, faz com que os diversos órgãos de saúde, agrícolas e sanitários unam-se para formular estratégias e planos de ação para redução dos fatores de risco (VALENTE, VALE E BRAGA; 2011).

Essas zoonoses estão relacionadas principalmente com o manejo e atividade laboral do trabalhador, a realização do processo de trabalho, a não utilização de meios de proteção e a observação da sanidade animal (SEIMENES, 2018). Ressalta-se que o modo com que as instituições monitoram e auxiliam no desenvolvimento do trabalho destes trabalhadores rurais, faz com que haja redução de danos causados pela exposição aos riscos e suas consequências. As ações de educação em saúde contribuem para a melhor compreensão das doenças e planejamento de ações dentro das propriedades que facilitem o trabalho e diminuam os riscos relacionados.

Além disso, na maioria das vezes os próprios trabalhadores desconhecem os fatores de riscos aos quais se expõe, e mais importante, não relacionam as doenças

animais a saúde humana, negligenciando sua saúde (CARDOSO et al, 2021). Estes trabalhadores em sua maioria buscam apoio da EPAGRI, por exemplo, para implementação de ações dentro de seus planteis ou que tenham fins lucrativos, deixando em segundo plano o aporte técnico relacionado as doenças. Isso só ocorre quando se identifica um problema dentro do rebanho que faça com que haja a necessidade de direcionar sua atenção para esse fato.

Do mesmo modo ocorre com sua saúde, em muitos momentos o trabalhador rural vai buscar atendimento em uma unidade de referência por alguma questão de saúde e não relaciona com seu trabalho, situação semelhante ocorre com os profissionais de saúde que desconhecem a relação saúde/doença/trabalho. Pensando nisso, é de extrema importância essa interrelação e ainda o trabalho Intersetorial entre os órgãos sanitários e de saúde integrando as ações e provendo melhorias há saúde do trabalhador rural. A utilização de tecnologias educativas como as capacitações para a promoção do autocuidado, geram maior absorção de conhecimento e facilitam sua implementação no dia-a-dia de trabalho (ALMEIDA, 2019).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto é possível identificar a necessidade de capacitações e do trabalho inter setorial e multiprofissional para promover melhorias nas ações de promoção e prevenção de saúde do trabalhador rural. Trabalhador este que muitas vezes enfrenta dificuldade de acesso e/ou conhecimento mínimo sobre os riscos aos quais está exposto, levando em consideração somente os fatores econômicos associados. Isso tornou-se evidente na capacitação, quando os profissionais observam as reações de dúvida dos participantes quando exposta a relação zoonoses e a saúde.

Torna-se evidente a necessidade da interrelação saúde/trabalho, de modo que a educação permanente destes profissionais deve ser primordial para melhor atuação nos serviços e facilitando a integração entre órgãos. Isso torna os tornará mais próximos e permitirá elaboração de projetos conjuntos que sejam viáveis para aplicação no público rural e ainda abrindo caminhos para novas pesquisas e ações diversas.

Outrossim, a realização de capacitações direcionadas aos trabalhadores rurais permite maior aproximação entre o conhecimento popular e científico para melhoria

da qualidade de vida dos trabalhadores e a redução de danos. Essa aproximação se torna um caminho para promover o autocuidado no trabalho, disseminando conhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Cangussu, L O e Michaloski, A O. Levantamento dos riscos ambientais na pecuária leiteira no Brasil Revista Espacios. Vol. 36 (nº 09). 2015. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a15v36n09/15360915.html> Acesso em: 20 de jan. De 2018.1
2. Neves B M C. Caracterização produtiva e aspectos sanitários relacionados à bovinocultura em Santa Catarina. Dissertação de Mestrado em Saúde Animal, Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Universidade de Brasília, Brasília, DF. 28p. 2014. Disponível em: <[http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/16584/1/2014\\_bidiahmariandoacostaneves.pdf](http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/16584/1/2014_bidiahmariandoacostaneves.pdf)> Acesso em: 23 de mar de 2018
3. Grissotti, M. Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes. Civitas, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 377-398, jul.-set. 2016.
4. Almeida, A. M. S. Vivendo uma nova era: a tecnologia e o homem, ambos integrantes de uma sociedade que progride rumo ao desenvolvimento, 2014. Disponível em: . Acesso em: 27 fev. 2019.
5. Rodrigues D. A; Sampaio T. B; Machado Leça A. C. M. M; Almeida M. A; Macêdo I. S. V; Mota C. A. X. Práticas educativas em saúde: o lúdico ensinando saúde para a vida. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Jun. 2015;13(1):84-89.
6. REIS, R S. **Segurança e Saúde no Trabalho:** Normas Regulamentadoras. São Caetano do Sul – SP. Editora Yendis Ltda. 2<sup>a</sup> reemissão. 10<sup>a</sup> edição, 2012.
7. SEIMENIS, A.M. **The spread of zoonoses and other infectious diseases through the international trade of animals and animal products.** Veterinaria Italiana, v.44, p.591-599, 2008. Disponível em: <[http://www.izs.it/vet\\_italiana/2008/44\\_4/591.pdf](http://www.izs.it/vet_italiana/2008/44_4/591.pdf)> Acesso em: 14 de fev de 2018.
8. Valente LCM, Vale SMLR, Braga MJ. Determinantes do uso de medidas sanitárias de controle da brucelose e tuberculose bovinas. Rev. Econ. Sociol. Rural [Internet]. 2011 [citado 2019 abr 10];49(1):215 231. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032011000100009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032011000100009) doi: 10.1590/S0103-20032011000100009
9. Soares CPOC, Teles JAA, Santos AF, Silva SOF, Cruz MVRA, Silva-Júnior FF. Prevalência da *Brucella* spp em humanos. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2015 [citado 2019 abr 12];23(5):919-926. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00919.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00919.pdf) doi: 10.1590/0104-1169.0350.2632
10. Paula CL et al. Detecção de *Brucella* spp. em leite bovino não pasteurizado através da Reação de Cadeia pela Polimerase (PCR). Arq. Inst. Biol. [Internet]. 2015 [citado 2019 abr 12];82:1-5. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-16572015000100304&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-16572015000100304&lng=en&nrm=iso&tlang=pt) doi: 10.1590/1808-1657000252013 Baldo MJ et al. Evolução da Brucelose: Estudo de 12 Anos de Internamentos num Hospital Distrital. Med. Interna. [Internet]. 2017 [citado 2019 abr 12];24(3): 191-196. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-671X2017000300005&lng=es&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000300005&lng=es&nrm=iso&tlang=pt) doi: 10.24950/rspmi/256/2017
11. Almeida IB. Tuberculose x zoonose: um risco eminente para saúde ocupacional das comunidades rurais. Revista Científica Rural. [Internet]. 2017 [citado 2019 abr 16];19(2):259-273. Disponível em: <http://revista.urcamp.tche.br/index.php/RCR/article/view/178>

12. Barreto AMW et al. Diagnóstico. In: Procópio MJ, Org. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

## CAPÍTULO 12

### SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR EM UMA LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

**Eliana Amaro de Carvalho Caldeira**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: elianaamaro23@hotmail.com

**Darcília Maria Nagen da Costa**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: darcilia.nagen@gmail.com

**Camilo Amaro de Carvalho**

Universidade Federal de Viçosa

E-mail: camilo.carvalho@ufv.br

**Rogério Baumgratz de Paula**

Universidade Federal de Juiz de Fora

E-mail: rogeriobaumgratz@gmail.com

**Resumo:** INTRODUÇÃO O objetivo deste estudofoi avaliar a satisfação ou insatisfação dos usuários com o atendimento doambulatório de uma Liga de Hipertensão Arterial.A satisfação do usuário constitui-se como uma das dimensões da qualidade e como componente da aceitabilidade social. A satisfação está relacionada às expectativas do usuário com o cuidado a ele ofertado e também expressa à aceitação do serviço de saúde pela população. MÉTODOSO estudo foi realizado no ambulatório da Liga de Hipertensão Arterialdo serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora onde são atendidos usuários hipertensos.Foram entrevistados 80 usuários, através de entrevista semiestruturada com abordagem quantitativa e qualitativa. A satisfação foi analisada através das dimensões, infraestrutura, acessibilidade, relação do usuário e equipe de saúde e resolutividade. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva. Os dados qualitativos foram avaliados, utilizando a técnica da análise de conteúdo. RESULTADOS Entre os usuários entrevistados houve predominância do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e 81% eram usuários do sistema público de saúde brasileiro. A satisfação do usuário pode ser observada principalmente na dimensão relação do usuário e equipe de saúde havendo convergência das análises quantitativa e qualitativa. A dimensão infraestrutura demonstrou uma leve insatisfação quanto às análises e a acessibilidade geográfica foi a que mais gerou insatisfação, também em ambas as análises. Quanto à acessibilidade organizacional, o núcleo tempo de espera registrou uma amostra dividida quanto à satisfação e insatisfação. Entretanto, a análise qualitativa comprovou a insatisfação do usuário com este aspecto. A dimensão resolutividade foi analisada somente através da abordagem qualitativa, com alto nível de satisfação pelos usuários. CONCLUSÃOA análise da satisfação dos usuários a partir das dimensões selecionadas permitiu identificar pontos fortes do atendimento, como à assistência humanizada, a ambiência e a resolutividade. Também foi possível identificar alguns

aspectos frágeis do atendimento como à acessibilidade geográfica e acessibilidade organizacional. Apesar de algumas dimensões apontarem uma leve insatisfação, esta não influenciou na satisfação final. Comprovou-se uma alta aceitabilidade por parte dos usuários em relação ao serviço prestado.

**Palavras-chave:** Satisfação, Aceitabilidade, Qualidade do cuidado

## 1. INTRODUÇÃO

A qualidade em serviços de saúde constitui quesito indispensável quando se trata de planejamento, gestão e avaliação da assistência [1,2]. Um aspecto relevante da qualidade dos serviços de saúde é a satisfação do usuário. Pesquisas de satisfação levam em conta a percepção subjetiva que o usuário tem sobre o serviço de saúde, ou seja, a satisfação, enquanto dimensão da qualidade da assistência está diretamente relacionada às expectativas que o usuário tem em relação ao seu estado de saúde e à assistência oferecida pelo serviço [3]. A importância de se realizar pesquisas de satisfação não se deve somente ao fato de se apontar os pontos fortes e as fragilidades, mas, em possibilitar o delineamento de soluções, permitindo aos gestores uma reorganização das atividades e dos serviços.

No tocante à assistência, a satisfação do usuário é percebida quanto à qualidade do cuidado prestado e conceituada em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, equidade e aceitabilidade [4]. Assim, ao contrário de estudos anteriores, a qualidade torna-se um objetivo e não apenas uma forma de produzir aderência ao tratamento [5].

No processo de avaliação da qualidade, a satisfação do usuário constitui um componente da aceitabilidade social e essa, expressa a aceitação de um serviço de saúde pela população [4,6]. A aceitabilidade pode ser determinada também, como um conjunto de fatores na relação profissionais de saúde e usuário, usuário e sistema de saúde e passa a ser percebida como a garantia de vários fatores: a facilidade do acesso, a relação médico usuário (aqui incluso equipe de saúde-usuário), o ambiente, a estrutura, as prioridades do paciente quanto aos efeitos e custos de tratamento e tudo que o usuário avalia ser justo e equitativo [7].

Diante destes aspectos cresce o interesse pelo conhecimento concernente às expectativas e aceitabilidade da população sobre os serviços oferecidos em unidades de assistência a condições crônicas de saúde dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS constitui importante fator de risco modificável para ocorrência de eventos potencialmente fatais como o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial coronariana (DAC), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), a doença isquêmica do coração (DIC), a retinopatia hipertensiva e a doença renal crônica (DRC) [8]. Como consequência, no ano de 2001, 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a HAS [9]. Dados oficiais do Ministério da Saúde do Brasil

(DATASUS) mostram que somente no ano de 2013 ocorreram 843.301 internações por doenças relacionadas com a HAS no Brasil [10].

Percebe-se, portanto, o impacto da morbimortalidade da HAS tanto para o usuário, quanto para o sistema de saúde. O mais preocupante é o fato da HAS muitas vezes cursar de forma assintomática e da necessidade de disciplina quanto à mudança de hábitos alimentares, ao abandono do uso de tabaco e de bebidas alcoólicas e da prática regular de atividade física e também em aderir ao tratamento medicamentoso [11].

Nesse contexto, vale destacar a importância das Ligas de Hipertensão, na conscientização do usuário sobre a HAS e suas consequências. Atuando como agentes de promoção da saúde, as ligas participam de atividades assistenciais e educativas, de programas comunitários e de campanhas de esclarecimento, promovendo dessa forma o aumento de adesão ao tratamento [12-14].

O objetivo do presente estudo foi avaliar a satisfação ou insatisfação dos usuários em relação ao atendimento na Liga de Hipertensão

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa sobre a avaliação da aceitabilidade do usuário relacionado a assistência recebida na Liga de Hipertensão realizado no ambulatório da Liga de Hipertensão Arterial. O cenário do estudo foi o ambulatório da Liga de Hipertensão Arterial do Serviço de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFJF, realizado no Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisa em Nefrologia (IMEPEN). A equipe é composta por professores e acadêmicos das áreas de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Além do acompanhamento clínico individualizado são desenvolvidas atividades educativas em sala de espera e em grupos com foco nas orientações sobre a doença, tratamento e mudança no estilo de vida, bem como participação em campanhas de prevenção da HAS junto à comunidade.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro a julho de 2011. Foram entrevistados 80 participantes em acompanhamento ambulatorial. Foram elegíveis para o estudo os usuários hipertensos ativos no ambulatório da Liga de Hipertensão Arterial, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, etnia e classe social e que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 402/2011 CAAE 2302).

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, adaptada do estudo de Gaioso [7]. A entrevista abordou questões referentes às características demográficas e socioeconômicas do usuário e também questões relacionadas à satisfação com o atendimento na perspectiva da aceitabilidade do usuário em relação ao atendimento da Liga de Hipertensão Arterial. O estudo de Gaioso [7], baseou-se em Donabedian [4], onde o autor descreve que a aceitabilidade é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de suas famílias. Neste estudo o conceito aceitabilidade foi visto como sinônimo da satisfação percebida pelos usuários do serviço. A autora [7] também se fundamentou na Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada pelo Ministério da Saúde Brasileiro [15].

Para tornar o conceito de aceitabilidade mais compreensível, foram utilizadas as seguintes dimensões analíticas: *Infra-estrutura* utilizando os indicadores de aparência física do ambulatório, qualidade e quantidade de equipamentos; *Acessibilidade desmembrada* em *Acessibilidade geográfica* onde foi avaliado a distância do ambulatório à residência do usuário e *Acessibilidade Organizacional* onde foram abordados os indicadores tempo de espera para a consulta, horário de funcionamento do ambulatório, acesso à consulta agendada, tempo gasto na consulta e acesso ao encaminhamento para consulta especializada. Na dimensão *relacionamento do usuário com o serviço e equipe de saúde* foram abordados os indicadores competência da equipe de saúde, atendimento por parte da equipe de saúde, explicações oferecidas pelos profissionais e o atendimento por parte da recepção. Essas dimensões foram avaliadas através de questões fechadas em forma de escalas variando de excelente a péssimo, inclusive com a opção de não sei.

O instrumento continha uma questão aberta sobre cada dimensão analítica, possibilitando ao participante manifestar livremente a sua opinião sobre o tema. A dimensão *resolutividade* foi abordada apenas nesse momento da entrevista. A questão aberta era formulada após cada etapa de questões fechadas referentes às dimensões analíticas propostas. Os depoimentos dos participantes sobre as questões abertas foram gravados para assegurar a fidedignidade dos dados a serem

analisados. Para a identificação dos entrevistados utilizou-se letras do alfabeto com a finalidade de garantir a identidade e o sigilo das informações.

Para a análise quantitativa os dados foram digitados no Excel, e posteriormente migrados para o programa SAEG 9.1 (Sistema para Análises Estatísticas) [16], onde foi realizada estatística descritiva com análise de frequências relativas, absolutas e múltiplas. Os dados qualitativos resultantes do discurso dos usuários a partir das entrevistas foram avaliados, utilizando a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin [17].

### 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Os participantes da pesquisa foram selecionados conforme o agendamento das consultas. Como mostra a Tabela 1, entre os participantes houve predominância de pacientes do sexo feminino, com idade entre 41 a 60 anos, estado civil casado ou união estável, nível de escolaridade até o ensino fundamental, renda de até dois salários mínimos e com residência própria.

Do total de participantes 19% declararam ter plano de saúde privado, sendo a maioria dependente do SUS. A procura pelo serviço de saúde está relacionada a queixas de dores, distúrbios digestivos, taquicardia, tontura e problemas visuais. Raramente o usuário relaciona sua queixa à HAS [18].

Ao avaliar a frequência de utilização da Liga de Hipertensão, 75% dos usuários utilizavam o serviço trimestralmente (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos usuários segundo as características sociodemográficas (n=8)

Variáveis analisadas	n (80)	%
<b>Idade</b>		
20 a 40 anos	07	09
41 a 60 anos	44	55
61 ou mais	29	36
<b>Sexo</b>		
Feminino	58	72,5
Masculino	22	27,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro/ Viúvo/ Divorciado	38	47,5
Casado/ União estável	42	52,5
<b>Escolaridade</b>		

Até o Ensino Fundamental	51	64
Ensino Médio/Superior	29	36
<b>Atividade Laborativa</b>		
Trabalho	20	25
Do lar/Desempregado	13	16
Aposentado/Afastado	47	59
<b>Renda Familiar</b>		
Nenhuma	01	01
350,00 a 1049,00	37	47
1050,00 a 1749,00	24	30
1750,00 a 3500,00 ou mais	18	22
<b>Plano de Saúde</b>		
Não	65	81,2
Sim	15	18,7
<b>Moradia</b>		
Casa própria	67	83,7
Cedida	05	6,2
Alugada	08	10
<b>Razão da procura do serviço de saúde</b>		
Prevenção	16	20
Doença	62	77,5
Qualidade	02	2,5
<b>Frequência na Liga de Hipertensão</b>		
Mensalmente	07	09
Bimestralmente	13	16
Trimestralmente	60	75

Fonte: Os autores.

### 3.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Análise quantitativa da satisfação ou insatisfação do usuário com as dimensões analíticas propostas.

#### 3.2.1 INFRAESTRUTURA

Avaliada sob a ótica da aparência física do ambulatório, 98% apontaram a como entre excelente ou bom. Do mesmo modo 89% dos usuários classificaram a qualidade e quantidade dos equipamentos existentes entre excelente e bom.

#### 3.2.2 ACESSIBILIDADE

A acessibilidade geográfica recebeu avaliações entre regular a péssimo e foram identificados 58% de insatisfação com a localização do ambulatório.

Quanto à *acessibilidade organizacional*, dois indicadores apontaram insatisfação dos usuários sendo eles, o tempo de espera para as consultas e o horário de funcionamento do ambulatório. No entanto, identificou-se um alto índice de usuários satisfeitos com o acesso à consulta agendada e com o tempo gasto na mesma. Em relação aos encaminhamentos mais da metade dos participantes demonstraram-se satisfeitos com a possibilidade de encaminhamento à consulta especializada. Contudo, 24% responderam “não sei”, pois, não haviam necessitado de encaminhamentos.

### 3.2.3 RELAÇÃO DO USUÁRIO COM SERVIÇO E COM A EQUIPE DE SAÚDE

Na análise dessa dimensão todos indicadores evidenciaram satisfação por parte dos entrevistados. Foram constatados 100% de aceitabilidade do serviço pelos usuários com classificações entre excelente e bom (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação da satisfação dos usuários assistidos no ambulatório da Liga de Hipertensão segundo as dimensões analisadas. Juiz de Fora/MG, 2011 (n=80)

<b>Infraestrutura</b>		
<b>Aparência física do ambulatório</b>		%
Excelente e Bom	78	98
Regular a Péssimo	02	02
Não sei	00	00
<b>Qualidade e Quantidade de equipamentos</b>		
Excelente e Bom	71	89
Regular a Péssimo	09	11
Não sei	00	00
<b>Acessibilidade Geográfica</b>		
<b>Distância do ambulatório à sua residência</b>		
Excelente e Bom	32	40
Regular a Péssimo	46	58
Não sei	02	02
<b>Acessibilidade Organizacional</b>		
<b>Tempo de espera para a consulta</b>		
Excelente e Bom	40	50
Regular a Péssimo	40	50
Não sei	00	00
<b>Horário de funcionamento da Liga de Hipertensão</b>		
Excelente e Bom	51	64

Regular a Péssimo	28	35
Não sei	01	01
<b>Acesso à consulta agendada</b>		
Excelente e Bom	72	90
Regular a Péssimo	08	10
Não sei	00	00
<b>Tempo gasto na consulta</b>		
Excelente e Bom	72	90
Regular a Péssimo	07	09
Não sei	01	01
<b>Acesso a encaminhamento para consulta especializada</b>		
Excelente e Bom	52	65
Regular a Péssimo	09	11
Não sei	19	24
<b>Relação Usuário com serviço e com Equipe de Saúde</b>		
<b>Competência da equipe de saúde</b>		
Excelente e Bom	71	89
Regular a Péssimo	08	10
Não sei	01	01
<b>Atendimento por parte da equipe de saúde</b>		
Excelente e Bom	73	91
Regular a Péssimo	03	04
Não sei	04	05
<b>Explicações oferecidas pelos profissionais</b>		
Excelente e Bom	76	95
Regular a Péssimo	04	05
Não sei	00	00
<b>Atendimento por parte da recepção</b>		
Excelente e Bom	75	94
Regular a Péssimo	05	06
Não sei	00	00

Fonte: Os autores

### 3.3 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DISCURSOS

#### 3.3.1 INFRA-ESTRUTURA DA LIGA DE HIPERTENSÃO

Aparência física do ambulatório e a circulação interna foram destacadas como unidades de registro.

O nível de satisfação com a infraestrutura obteve um nível de satisfação alto, em relação às respostas fechadas. Entretanto, ao analisar os discursos quanto a ambientes, alguns usuários relataram dificuldade na localização do elevador por este

se encontrar em local mais reservado. Houve ainda a solicitação de mais revistas para entretenimento na sala de espera, com os seguintes relatos:

*“Eu não sei dizer, mas eu acho que tem elevador.”*

*“Eu só queria que houvesse umas revistas diferentes.”*

*“O ambiente é bom e favorável, tudo muito limpo.”*

As narrativas demonstraram uma leve divergência entre os dados quantitativos e qualitativos, no que se refere ao nível de satisfação do usuário. Entretanto, ainda assim foi possível perceber uma boa aceitação do usuário em relação à ambência do ambulatório.

### 3.3.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE AO AMBULATÓRIO

As unidades de registro compreendidas foram: Acessibilidade geográfica sendo caracterizada pela distância do ambulatório à residência do usuário e a acessibilidade organizacional compreendida pela média de tempo de espera, horário de funcionamento da Liga de Hipertensão.

Ao avaliarmos o núcleo acessibilidade geográfica houve um consenso. Mais da metade dos participantes relataram a distância como longe e a de difícil acessibilidade. Porém, apesar da dificuldade de acessibilidade, os usuários se esforçam para comparecer às consultas em função da qualidade do atendimento.

*“Eu acho longe... o horário de ônibus também não facilita... em relação ao tratamento eu acho muito bom. Já pensei até em desistir...mas os médicos examinam bem.”*

*“Acho ruim à distância. Se eu vier de carro é uma hora, mas de ônibus eu gasto 2 horas. É a única opção de tratamento, pois aqui sou bem tratada e tenho mais liberdade.”*

Quanto ao núcleo tempo de espera, as respostas dos participantes foram muito semelhantes quanto a avaliação de excelente e bom e regular a péssimo (Tabela 2). Entretanto, na análise qualitativa dos depoimentos fica explícito a insatisfação dos usuários com o tempo de espera das consultas, sendo considerado o tempo limite de tolerância para espera no máximo trinta minutos.

*“Tem dia que demora muito pra ser atendido, hoje, por exemplo, eu estou aqui há muitas horas.”*

*“Meia hora...estaria ótimo.”*

*“Pra mim seria ótimo esperar pela consulta por até uns trinta minutos.”*

Quanto ao dia e horário de funcionamento, foi possível avaliar através da análise dos discursos que os usuários gostariam que existissem mais dias e horários de atendimento.

*“Eu acho que deveria que ter um horário na parte da tarde.”*

*“É restrito só um dia na semana.”*

### 3.3.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE HUMANIZADA

As unidades de registro identificadas foram à competência da equipe, o atendimento da recepção, o atendimento da equipe saúde e as explicações dadas pelos profissionais.

Quanto à competência e a qualidade técnica da equipe de saúde, quase todos os usuários classificaram entre excelente e bom e todos indicariam o serviço a um parente ou amigo.

*“Claro que indicaria, porque estou indicando o meu parente ou amigo para um serviço seguro... sei que ele vai ser bem atendido.”*

*“Com certeza, eu indico... eu falo do atendimento e da atenção que a equipe tem com as pessoas e com o problema de saúde... tem mais carinho... orientam melhor... na verdade o serviço é de graça, mas é como se fosse particular é o único que eu já fui.”*

Os entrevistados manifestaram-se positivamente em relação ao comportamento dos profissionais desde o atendimento na recepção à consulta com os profissionais de saúde, no que refere ao acolhimento, à comunicação, à assistência prestada sendo possível identificar um bom nível de aceitabilidade dos usuários em relação ao serviço, conforme verificado nos relatos dos pacientes:

*“Comunicam com a gente, tratam a gente bem, as próprias, acadêmicas, os médicos, todos tratam bem.”*

*“Muito legal, me sinto melhor nesse tempo que eu estou aqui...me cumprimentam...estou aqui a pouco tempo aqui mas já vejo que cada um que passa já me vê sempre aqui... já cumprimenta... já lembra de mim isso é bom... num lugar assim a gente sente satisfação de ver a pessoa lembrando de você como se você fosse importante.”*

*“Sim me ajudam e me aconselham nos problemas.”*

Percebe-se, portanto que as narrativas apontam para a confiança no serviço e credibilidade na equipe de saúde da Liga de Hipertensão e que o bom atendimento à população pode gerar maior satisfação por parte do usuário, reduzindo o absenteísmo às consultas e a possibilidade de aderência ao tratamento torna-se maior.

### 3.3.4 A CAPACIDADE DE RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO

Quanto à capacidade resolutiva do serviço prestado pelo ambulatório da Liga de Hipertensão foi possível confirmar através das narrativas que o serviço orienta e dá explicações que auxiliam o usuário na resolução dos seus problemas e encaminha quando necessário.

Ao questionar sobre o acesso a encaminhamento para consulta especializada, apesar de o serviço ser específico para o tratamento da hipertensão, o indivíduo é visto de uma forma holística e quando necessário são realizados encaminhamentos. Uma parte dos usuários relatou que são encaminhados, mas há uma dificuldade em conseguir as consultas quando referenciados as unidades básicas.

*“Eles explicam como fazer o exame, como colher, aonde a gente vai levar... explicam como tomar o remédio.”*

*“Sim... já me encaminharam para o psiquiatra, para a psicóloga.”*

*“Antigamente era melhor... pegávamos o encaminhamento e íamos direto ao Hospital Universitário. Hoje não, temos que levar o encaminhamento na unidade de saúde... por exemplo, tem quatro meses que estou esperando uma consulta com o ortopedista e até hoje não me chamaram.”*

## 4. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o nível de satisfação de usuários hipertensos atendidos em uma Liga de Hipertensão. Das dimensões avaliadas, a infraestrutura e a relação do usuário com a equipe de saúde obtiveram classificações entre excelente e boa por meio da análise das narrativas dos usuários. Do mesmo modo a resolutividade do serviço obteve um bom nível de satisfação. Por outro lado, a satisfação com as acessibilidades geográfica e organizacional, nos núcleos tempo de espera para consulta e horário de funcionamento do ambulatório, obtiveram classificações entre regular a péssimo.

A satisfação observada com a infraestrutura do serviço se deveu especialmente à limpeza, ao conforto das salas, à existência de elevador, à quantidade e qualidade dos equipamentos existentes. Estes dados corroboram com os dados encontrados em um estudo de satisfação realizado com usuários de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que mais da metade da amostra demonstrou-se satisfeita com a aparência física do ambulatório e com a qualidade e quantidade de equipamentos existentes [19]. Um aspecto também relevante foi encontrado em outros dois estudos, onde “usuários do serviço de saúde da rede pública ao se depararem com uma estrutura adequada e bem equipada tendem a se sentirem mais satisfeitos” [20,21]. Esses dados concordam com a afirmação Ministério de Saúde define que a estrutura física de unidades de saúde como a ambiência que deverá proporcionar uma atenção acolhedora e humana, para os usuários, trabalhadores e profissionais de saúde [22].

Entretanto, este não é o cenário habitualmente encontrado na rede pública de atendimento a hipertensos, conforme apontam alguns estudos brasileiros sobre a existência de insatisfação por parte dos usuários quando se refere à infraestrutura das unidades de saúde [23-25].

O bom relacionamento do usuário com a equipe, observado neste estudo, parece ter decorrido de alguns fatores específicos que o usuário julgou ser importante para sua satisfação. Destaca-se o acolhimento, a liberdade, a segurança e a competência da equipe. Concernente à competência da equipe, torna-se importante destacar que para o usuário a competência médica se refere predominantemente à forma afetiva de como a informação é transmitida, do que à habilidade técnica propriamente dita [26]. Os resultados deste estudo corroboraram com os dados encontrados em um estudo com hipertensos, onde a maioria dos entrevistados fizeram avaliações positivas em relação ao atendimento realizado pelos profissionais. De acordo com a autora na visão do usuário o fato de ser bem-tratado prevalece a despeito da qualidade técnica do cuidado [27]. Este estudo também confirma os resultados encontrados em uma pesquisa feita em um ambulatório de um Hospital Universitário, onde foi avaliada a percepção de mães de crianças atendidas por alunos sob supervisão, dentre os aspectos considerados mais importantes foram o acolhimento e a atenção dispensada [28].

Outro fator envolvido na boa relação usuário com a equipe foi à existência da longitudinalidade do cuidado, devido às consultas serem previamente agendadas com a equipe multidisciplinar. Esta longitudinalidade ocorre quando há “uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde”, o que permite uma melhor prevenção e maior satisfação [29]. Nesse estudo a maioria dos usuários é atendida pela equipe há muito tempo, o que permitiu o desenvolvimento de um vínculo afetivo e a formação de laços de confiança com o serviço prestado.

Neste contexto deve-se fazer uma ressalva quanto à possibilidade de existência do *gratitude bias*, ou seja, o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito, a eventual impossibilidade de acesso ao outro serviço e o vínculo estabelecido com os profissionais [5,30,31].

O alto grau de satisfação observado na amostra avaliada se deveu também em grande parte à dimensão resolutividade. Na literatura a resolutividade dentro do próprio serviço se refere à sua capacidade em atender a sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado [32]. Neste estudo a resolutividade esteve associada ao trabalho realizado dentro da Liga de Hipertensão que é o controle da pressão arterial na tentativa de prevenir a morbimortalidade por complicações cardiovasculares e renais. Na amostra avaliada a população declarou-se satisfeita com esse aspecto em especial devido ao fato de serem vistos de forma holística e sempre que necessário serem prontamente encaminhados à assistência especializada disponível na rede. Os dados deste estudo são concordantes com o estudo realizado sobre a resolutividade da assistência e a satisfação dos usuários, em que a maioria da amostra avaliada relatou que a unidade de saúde encaminhava os casos quando não era totalmente resolutiva [33].

O presente estudo apresentou alguns aspectos que requerem atenção, como a insatisfação com a acessibilidade geográfica e organizacional do ambulatório. Em relação ao primeiro aspecto o usuário necessitava percorrer uma longa distância do seu domicílio até o local do atendimento, bem como ao excesso de tráfego no trajeto até o ambulatório. Neste estudo, apesar de considerarem a distância longa e para muitos não ser possível percorrê-la a pé, todos os usuários tinham como se locomover de ônibus caso não houvesse carro próprio e a única barreira descrita, foi relacionada à rua próxima ao ambulatório ser muito movimentada.

Diferentemente, os autores de pesquisa sobre a acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde observaram que para o usuário chegar à unidade de saúde demandava um tempo de deslocamento em torno de trinta a quarenta minutos a pé e com presença de barreiras como: encostas, escadarias, valas de esgoto [34].

No presente estudo a dimensão acessibilidade organizacional mostrou que metade dos usuários entrevistados considerou como barreira o tempo de espera para consulta. Contudo, esta variável não influenciou na satisfação final do usuário com o serviço. Paradoxalmente, no nosso modelo de atendimento que se caracteriza pela presença de estudantes e médicos-residentes assessorados por professor e outros profissionais necessariamente o tempo de espera será maior, situação a qual os usuários não estavam habituados [35]. Entretanto, para o usuário a facilidade em conseguir a consulta, o tratamento dos profissionais, a forma como a consulta foi conduzida superou as expectativas destes usuários, não se levando mais em consideração o tempo de espera como foi destacada através das narrativas.

Semelhantemente, em um estudo sobre satisfação ambulatorial em uma população também de baixa renda, 80% dos usuários classificaram o tempo de espera em torno de trinta minutos à uma hora e destes 77% declararam considerar excessivo este tempo. Ao confrontarmos estes resultados, com os resultados relacionados à facilidade em conseguir a consulta e a qualidade do atendimento, 90% relataram ser bem tratados. Os autores também declararam que, o fato de serem bem atendidos se sobreponha em relação ao tempo de espera, ou seja, o tempo de espera não interferiu negativamente na satisfação final [20].

Observa-se que a acessibilidade geográfica e organizacional, fatores geradores de insatisfação no presente estudo, não são passíveis de modificações devido à estrutura na qual o ambulatório se insere. Não obstante, essas fragilidades avaliadas negativamente pelo usuário não interferiram na satisfação final, que foi uma avaliação altamente positiva do ambulatório.

Outro ponto forte encontrado nos estudos de satisfação, também foi confirmado neste estudo, que se refere às características sócio demográficas dos participantes da pesquisa. Foi encontrado um baixo grau de instrução na população entrevistada em que mais da metade dos usuários tinham somente até o ensino fundamental. Este fato pode estar diretamente relacionado à baixa renda dos participantes. Em geral populações mais carentes tendem a ter menos escolaridade [36,37].

No Brasil estudos de satisfação tem mostrado a influência da escolaridade em relação ao atendimento, em que usuários com menor grau de instrução tendem a emitir menor juízo de valor em relação aos serviços de saúde que lhes são ofertados, portanto demonstram-se mais satisfeitos. Contudo, neste estudo não foi realizado uma correlação entre a escolaridade e a satisfação [36-38].

A amostra foi predominantemente feminina e segundo dados de diversos estudos as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde a nível primário com intuito de buscar ações preventivas e para realização de exames de rotina, do que os homens [39,40]. O presente estudo não comprovou diferença na satisfação para com a utilização do serviço entre homens e mulheres, assim como em outros estudos de satisfação. Porém alguns autores sugerem que as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços de saúde por consultarem com maior frequência [6,20].

A população do estudo em sua maioria foi composta por usuários acima dos 40 anos, sendo encontrado nessa mesma faixa etária um alto índice de satisfação. A partir desta faixa etária as expectativas são menores, bem como a capacidade de compreensão e aceitação são maiores o que pode explicar os altos níveis de satisfação [20,6].

## 5. CONCLUSÃO

A análise da satisfação a partir de dimensões e indicadores de aceitabilidade, através da análise quantitativa e qualitativa permitiu uma análise mais profunda da satisfação dos usuários. Ficou clara a satisfação quanto à dimensão relação usuário e equipe de saúde, devido às altas taxas de satisfação encontradas neste trabalho. Apesar de uma leve divergência entre as análises quantitativa e qualitativa em relação à dimensão infraestrutura, mesmo assim, foi possível perceber a aceitabilidade do serviço quanto à estrutura física.

Entretanto, apesar destas altas taxas de satisfação, também foram identificados alguns aspectos deficientes pelos usuários como a acessibilidade organizacional (referente ao tempo de espera para a consulta, considerado longo e o horário de funcionamento do ambulatório limitado a um dia da semana) e acessibilidade geográfica difícil sendo distante da residência de grande parte dos usuários.

Apesar disso, observou-se que os usuários do serviço se esforçam para comparecer às consultas devido o atendimento especializado. A dimensão resolutividade do serviço foi considerada positiva pelos usuários. Entretanto, nota-se uma necessidade maior de integralidade entre os serviços de saúde em decorrência da insatisfação demonstrada quando encaminhados a outros serviços.

O estudo demonstrou que apesar de algumas fragilidades apontadas pelos usuários da Liga de Hipertensão, na visão destes, o ambiente humanizado e o atendimento de suas expectativas se sobrepõe a essas fragilidades.

### **5.1 LIMITAÇÕES**

Algumas limitações do presente estudo foram o tamanho da amostra (80 usuários hipertensos) que não permitiu a realização de uma avaliação quantitativa expressiva; o fato de a pesquisa ter sido conduzida em usuários que utilizam o serviço por longa data e a realização das entrevistas no local do atendimento, o que pode ter gerado um possível viés de gratidão destes usuários para com a equipe de saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Questões éticas (incluindo plágio, consentimento informado, má conduta, fabricação e / ou falsificação de dados, dupla publicação e / ou submissão, redundância, etc.) foram totalmente observadas pelos autores. Este estudo é extremamente útil para os formuladores de políticas e planejadores.

## **7. CONFLITOS DE INTERESSES**

Os autores declaram não ter interesses conflitantes.

## REFERÊNCIAS

1. Polizer R, Innocenzo M D: Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *RevBrasEnferm* 2006, 59(4): 548-51, jul-ago. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400014>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. 2<sup>a</sup> ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
3. Coimbra V C C, Kantorski, L P, Oliveira, M M, Pereira, D B, Nunes, C K, Eslabão, AD: Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Brasil, *RevEscEnferm USP* 2011, 45(5):1150 6 [www.ee.usp.br/reeusp/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500017](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500017)
4. Donabedian, A. The Seven Pillars of quality. *Archives of Patholoses Laboratory Medicine* - v.114. 1990.
5. Vaitsman J A, Borges, G. R: Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Brasil, Ciênc. saúde coletiva 2005, 10(3), July/Sept. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>
6. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Brasil, *Cad. Saude Publica* 2006, 22(6):1267-1276. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016>
7. Gaioso V P, Mishima S M: Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. Brasil, *Texto contexto - enferm.* 2007, 16(4), out/dez <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400005>
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2010. <http://www.sbh.org.br.php>
9. WILLIAMS, B. The year in hypertension. *JACC*, 2010, 55(1): 66–73. <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1140309>
10. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde Assistência à saúde – Internações hospitalares; 2013 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>
11. Moura A A, Nogueira, MS: Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *J Manag Prim Health Care* 2013; 4(1):36-41. <http://www.jmphpc.com/ojs/index.php/01/article/view/69/79>
12. Torres A R, Oliveira G M, Yamamoto, F M, Lima M C P: Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *COM SAÚDE EDUC* 2008; 12 (27), 713-20, out./dez. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400003>
13. Azevedo RP, DiniPS: Guia para Construção de Ligas Acadêmicas [Internet]. Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. 2006 [citado 2012 mai 25]. <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=157>

14. Mafra S: Ligas acadêmicas. Diretórios Acadêmicos 2006, 2(7),[http://revista.cremepe.org.br/07/diretorios\\_academicos.php](http://revista.cremepe.org.br/07/diretorios_academicos.php).

15. Ministério da Saúde (BR). DATAUnb.- Pesquisas Sociais Aplicadas Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS**. Brasília:2006b. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo/\\_do\\_projeto\\_satisfacao\\_usuariossus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo/_do_projeto_satisfacao_usuariossus.pdf)

16. SAEG. **SAEG**: sistema para análises estatísticas, versão 9.1. Brasil, Viçosa: UFV, 2007.<http://www.ufv.br/saeg/>

17. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Ed.70, 225p.2009.

18. Lelli M R, Oliveira C M, Shuhama R: Percepção de pacientes diabéticos e hipertensos usuários de um Núcleo de Saúde da Família. Brasil, Saude. & Transf. Soc., 4(4), 63-68, 2013 ISSN 2178-7085.

19. Silveira Y M S C, Ramires J C L, Silva T P: Estratégia de Saúde da Família: cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. Rev. Geog. América Central, Número Especial EGAL, 2011.ISSN-2115-2563

20. Bastos GAN, Fasolo LR: Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional Rev. bras. epidemiol. Brasil, São Paulo, 2013, 16(1), 114-124.<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100011>

21. Bleich S N, Ozaltin E, Murray C J L. 'How does satisfaction with the health care system relate to patient experience?' Bull World Health Organ 2009; 87: 271-8.<http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862009000400012>

22. Ministério da Saúde (BR). Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília, 52 p, 2008.ISBN 978-85-334-1487-7

23. Villa TCS, Andrade, RLP, Arakawa T, Magnabosco G T, Beraldo A A, Monroe A A, Ponce M AZ, Brunello, M E F, Scatena, LM, Palha, PF, Netto A: Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. Cad. Saúde Colet. 2012, Brasil, Rio de Janeiro, 20 (2): 234-43.ISSN 1414-462X

24. Santiago R F, Mendes ACG, Miranda G M D, Duarte PO, Furtado BMAS M, Souza W V: Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. 2013, Ciênc& Saúde Col, 18(1):35-44.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>

25. Moimaz S A S, Marques J A M, Saliba O, Garbin C A S, Zina L G, Nemre A S: Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Brasil, Rio de Janeiro, Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010, 20(4), 1419-1440.<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>

26. Jung H. P, Horne FV, Wensing M, Hearshaw H, Grol, R: Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluation of care? SocSci Med. 1998; 47 (8): 1077-1087.doi: 10.1016 / S0277-9536 (98) 00138-5

27. Scuchi, M J: Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. *Acta Scientiarum. Brasil*, Maringá, 2001, 23(3), 739-744. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v23i0.3006>

28. PERICO, G. V.; GROSSEMAN, S. ROBLES, A. C. C; STOLL, C. Percepção de mães sobre à assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: Estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 2, p.49-55, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000200007>

29. Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 726p,2002.ISBN: 85-87853-72-4

30. Traverso-YépezM, Morais N A:Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *cad saúde pública* 2004; 20(1),80-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100022>

31. LIMA A C S, CABRAL E D, VASCONCELOS MM V B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010, 26(5):991-1002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500021>

32. Turrini, R N T, Lebrão, M L, Cesar C LG:Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Brasil, Rio de Janeiro, 2008, 24(3):663-674. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>

33. Rosa R B, Pelegrini A H W, Lima M A D S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Brasil, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>

34. Silva Júnior, Souza E, Medina, M G, Aquino, R, Fonseca A C F, Vilasbôas A L Q: Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Brasileira, Recife, 2010, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>

35. Hamamoto filho, P T; Villas-Bôas P J F, Corrêa, F G, Muñoz G O C, Zaba M, Venditti V C, Schellini S A, I Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu *RevBras Edu Méd*, 2010, 34 (1), 160 – 167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100019>

36. Hollanda E, SiqueiraS A V, Andrade G R B, Molinaro, VAITSMAN, A J: Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *RevCiên& Saúde Col.* Brasil, 2012, 17(12),3343-3352. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200019>

37. Brandão A L R BS, Giovanella L, Campos CEA: Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: Adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros *Ciên& Saúde Col*, 2013,18(1):103-114. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>

38. Gouveia G C, Souza W V, Luna C F, Souza-Júnior P R B, Szwarcwald C L: Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *RevBrasEpidemiol*, 2009; 12(3): 281-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>

39. Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C, Brito A S: Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):687-707, 2002.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

40. Burille A, Gerhardt T E: Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. Saúde Soc. Brasil, São Paulo, 23(2),664-676, 2014. DOI 10.1590/S0104-12902014000200025

## CAPÍTULO 13

### MUDANÇAS DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS NA ONCOLOGIA: UM OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

#### **Kelly Cristina MellerSangoi**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: kellysangoi@gmail.com

#### **Dara Brunner Borchartt**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: darabb@hotmail.com

#### **Cristiane Lippert Tumelero**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: cristumelero@hotmail.com

#### **Daiana Reuse**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: daianareuse@hotmail.com

#### **Deisi Raquel Volz**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: deisivolz@yahoo.com.br

#### **Alana Santos de Mendonça**

Clinica de Oncologia e Hematologia das Missões- COHM

E-mail: alanamendonca@outlook.com

**Resumo:** Objetivo: relatar a experiência de uma equipe multidisciplinar na prestação de cuidados e mudança dos processos assistenciais e de comunicação interna às pessoas em cuidados oncológicos. Métodos: estudo descritivo, do tipo relato de experiência vivenciada por uma equipe multidisciplinar de um ambulatório de quimioterapia. As vivências aconteceram entre os meses de março a outubro de 2020, num serviço privado de oncologia na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Resultados: Ainda no mês de março, iniciamos os estudos e capacitações para o enfrentamento do coronavírus. Ocorreram algumas mudanças na prática assistencial, desde o agendamento de consulta até a infusão de quimioterápicos no ambulatório. A equipe participou de reuniões online para atualização no cuidado e houve a criação de um novo canal de comunicação com pacientes e familiares, via telefone móvel disponível 24 horas por dia. Considerações Finais: Foi apresentado o esforço de uma equipe multiprofissional que está alinhada com as estratégias da instituição no combate ao novo corona vírus. O sucesso e as conquistas obtidas neste percurso se dão pela união e o alinhamento da equipe multidisciplinar, a sistematização dos processos assistenciais e a busca dos conceitos guiados pela segurança do paciente e dos profissionais.

**Palavras-chave:** Infecções por coronavírus. Planejamento de assistência ao paciente. Impacto psicossocial.

## 1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, no dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu informações de que estava acontecendo um surto de doença de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de frutos do mar localizado na cidade de Wuhan, China<sup>1</sup>. Tratava-se de um Vírus RNA da família coronaviridade SARS-CoV de manifestação respiratória<sup>1</sup>. Os pacientes infectados apresentavam sintomas respiratórios semelhantes a outras doenças, no entanto, durante a investigação, foi atestada a presença de um vírus nunca antes visto em humanos, o qual foi denominado pela OMS de coronavírus, SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19<sup>2</sup>.

Após o surto na China, ocorreu a repercussão mundial do Covid-19 e a disseminação pandêmica entre as pessoas com transmissão sustentada, atingindo os demais países, com milhares de casos confirmados bem como óbitos. A partir de então, com a disseminação da doença nos continentes, em 11 de março de 2020, a OMS determinou situação de pandemia mundial<sup>3</sup>. O Brasil apresentou os primeiros casos suspeitos no início de fevereiro, na cidade São Paulo e posteriormente, mais casos confirmados e óbitos começaram a surgir pelo País todo.

No Brasil foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional com o objetivo de implementar ações para o enfrentamento e redução de casos, buscando conscientizar a população e difundir medidas de prevenção<sup>4</sup>. Atualmente, temos 5.545.705 milhões de casos confirmados e 160.074 mil óbitos decorrentes da Covid-19<sup>5</sup>.

A transmissão ocorre pelo contato com a pessoa infectada, através de gotículas ou aerossóis gerados ao tossir, falar, espirrar, na saliva ou secreção nasal<sup>6</sup>. Sinais e sintomas como febre, mal-estar, tosse, cansaço, dores musculares, cefaleia, perda de paladar ou olfato são apresentados pelos pacientes<sup>7</sup>. Os fatores de risco para evolução com quadro clínico grave e morte por infecção por Covid-19 incluem idade avançada e presença de comorbidades, características comuns em pacientes com câncer<sup>8-9</sup>.

Além disso, o próprio câncer e tratamento realizado tornam os pacientes mais suscetíveis a pneumonias, em razão da resposta imunológica enfraquecida e pode comprometer a saúde geral do indivíduo oncológico e, assim, levar a complicações mais severas da doença<sup>10</sup>. Existem complicações mais graves de infecção e

agravamento do quadro de Covid-19 no paciente com câncer, o que aumenta o risco de necessidade de ventilação mecânica e de unidade de terapia intensiva (UTI), ou morte em comparação a pacientes sem câncer<sup>11</sup>.

Dessa forma, a Covid-19 traz muitos desafios para a prática clínica na oncologia, visto que, ainda, os pacientes estão susceptíveis devido a pandemia e isolamento social, a sentimentos como estresse, medo, angústia e solidão que causam prejuízo psicossocial, afetando diretamente a qualidade de vida dos mesmos<sup>8</sup>. Além disso, os profissionais da saúde também estão sendo afetados no que tange as necessidades e exigências do trabalho, pois a atuação em saúde frente à Covid-19 demanda fatores potencialmente estressores, como exposição a risco de infecção pelo vírus, fadiga física e mental, necessidade do uso contínuo de EPIs e afastamento da família.

Sendo assim, o objetivo do estudo consiste em relatar a experiência de uma equipe multidisciplinar na prestação e mudança dos processos assistenciais e de comunicação interna às pessoas em cuidados oncológicos não infectadas pelo coronavírus em tempos de pandemia.

## 2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência vivenciada por uma equipe multidisciplinar de um ambulatório de quimioterapia. As vivências aconteceram entre os meses de março a outubro de 2020, num serviço privado de oncologia na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O presente relato baseia-se no cenário atual ocasionado pela pandemia, e se apoia nas experiências e vivências da equipe de enfermagem do ambulatório de quimioterapia em questão, na intenção de relatar todas as ações realizadas no propósito de proporcionar segurança aos pacientes e aos trabalhadores, revisar e criar processos que se adequem ao novo contexto com a presença do coronavírus, visando o atendimento de qualidade aos pacientes. Os dados surgiram a partir de vivências e relatos das autoras, bem como discussões e troca de experiências no cotidiano de trabalho do ambulatório. O estudo não envolveu pesquisa com seres humanos.

### 3. RESULTADOS

Os pacientes oncológicos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de infecções respiratórias, entre elas aquelas oriundas da COVID-19 devido a imunossupressão ocasionada pelo tratamento do câncer<sup>9</sup>. Além disso, os mesmos apresentam chances maiores de contrair a forma mais grave da doença<sup>10</sup>.

Devido a este fato, com surgimento da pandemia, ainda no mês de março, iniciamos os estudos e capacitações para o enfrentamento do novo coronavírus. Foram elencados os principais pontos relacionados ao tema para serem estudados como: conceito teórico, técnico e científico acerca da Covid-19; as mudanças no processo assistencial e o impacto na prática, levando em considerações os ajustes necessários para as implantações de forma segura e sustentável preconizadas nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica<sup>11</sup>.

As mudanças ocorreram desde o agendamento de consulta, com maior intervalo de tempo entre as mesmas. Além disso, a equipe multidisciplinar foi fundamental no processo: a secretaria, por exemplo, passou a questionar já no agendamento de consulta, se o paciente ou acompanhante apresentaram sinais ou sintomas gripais, ou se teve contato com alguém infectado.

Também se fez obrigatório o uso de máscara tanto para os profissionais de saúde, como para os pacientes e acompanhantes, mantendo a distância mínima de 1 metro entre os pacientes na sala de espera, bem como a desinfecção de superfícies, objetos e corrimãos com álcool 70 % e janelas abertas para o fluxo de ar. Outras ações implementadas, foram a verificação da temperatura corporal dos pacientes que chegam ao ambulatório de quimioterapia para infusão e a restrição de acompanhantes no ambulatório.

O novo coronavírus tornou-se uma ameaça mundial e entre os grupos de risco, os pacientes oncológicos são muito suscetíveis a complicações. Um estudo que explicitou a relação entre a Covid-19 e pacientes com câncer demonstrou que estes pacientes podem apresentar maior risco de pior prognóstico e morte por Covid-19, uma vez que, enquanto os eventos graves em pacientes não oncológicos foi de 8%, o número em pacientes com câncer foi de 39%<sup>10</sup>.

O bem-estar psicológico da população é fundamental para o enfrentamento da Covid-19, pois é necessário que as pessoas se sintam seguras para enfrentar as situações adversas que possam surgir, ou que estejam instaladas. Um aliado neste

processo de enfrentamento da situação da pandemia a nós impõe são as mídias sociais que têm revolucionado não apenas o cotidiano das pessoas, mas também as relações entre profissionais e pacientes, proporcionando a comunicação instantânea, a educação em saúde, o apoio social, a tomada de decisão, o autocuidado, bem como o suporte à mudança de comportamento<sup>11-12</sup>. O aplicativo Whatsapp® é utilizado para troca de mensagens instantâneas trocadas via Internet que possibilita a comunicação a partir do compartilhamento de mensagens de texto/voz, imagens, músicas e vídeos<sup>13</sup>.

Na pandemia, a ferramenta tem servido como um aliado no combate ao novo coronavírus. Cerca de 41% dos profissionais de saúde acompanham os pacientes pelo aplicativo, principalmente por meio de mensagens de textos enviadas a cada um ou dois dias. O uso do Whatsapp® só fica atrás das ligações telefônicas, utilizadas em 78% dos monitoramentos de suspeitos ou doentes de covid-19<sup>14</sup>. A utilização desse aplicativo na assistência em saúde tem demonstrado resultados satisfatórios na integração entre teoria e prática, auxiliando na adoção de medidas informativas e de prevenção.

Neste contexto, através do aplicativo supracitado, realizou-se também a criação de um novo canal de comunicação via telefone móvel, pois tanto a equipe multidisciplinar quanto os pacientes em tratamento estavam permeados por dúvidas, medos e insegurança. De forma disponível 24 horas por dia, sete dias por semana um membro da equipe fica responsável semanalmente para responder aos pacientes referentes a dúvidas sobre a Covid-19. Conforme novas rotinas iam se estabelecendo frente às modificações de cenário contínuas, fomos alterando nossos processos assistenciais e repassando essas informações e alterações aos pacientes, sempre visando a qualidade do cuidado e assistência segura.

Sobre a educação em saúde e centralização dos protocolos, foram criados conteúdos de fácil visualização e compreensão e postados/disponibilizados nas páginas virtuais da instituição, onde os profissionais e pacientes poderiam acessar informações e recomendações de forma rápida e em qualquer lugar que eles estivessem. Alguns dos assuntos abordados foram: a importância do uso da máscara e higienização das mãos; sinais e sintomas da covid-19; importância do isolamento social, informações sobre a fabricação e testes para a vacina, entre outros, todas voltadas para o público oncológico em questão.

A educação em saúde, neste caso, caracteriza-se como o processo educativo de construção de conhecimentos para a apropriação das medidas necessárias ao enfrentamento do coronavírus. O foco são as estratégias de promoção de saúde, prevenção da doença, sinais e sintomas e orientação quanto à rede de atenção à saúde, centrada na prática do isolamento social<sup>15</sup>.

Outra ação desenvolvida foi a participação em reuniões e seminários online para atualização dos profissionais envolvidos no cuidado sobre o impacto da pandemia no mundo, essas reuniões foram abertas aos pacientes e familiares, transmitidas de forma síncrona na plataforma digital do *google meet*. Estudo internacional nos mostra que desenvolver treinamentos clínicos com as equipes, principalmente com métodos de ensino ativos e inovadores, é eficaz para aumentar a segurança das equipes, ao mesmo tempo em que diminui a ansiedade dos profissionais em lidar com algo novo<sup>16</sup>.

Diante do panorama da pandemia do coronavírus, o medo aumenta os níveis de estresse<sup>17</sup>. Além disso, a rápida produção e compartilhamento de informações, aliados ao isolamento social, estão promovendo maiores níveis de ansiedade e depressão na população<sup>18</sup>. O estresse por si só pode levar a alterações imunológicas e no padrão de sono, fatores que causam impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes<sup>19</sup>.

A Covid-19 exigiu mudança rápida e desafiadora, como novas estratégias no processo de comunicação. Todas essas modificações num curto período refletiram em estresse e estado psicológico delicado da equipe e dos pacientes. Já pela imunodepressão ocasionada pela quimioterapia, os pacientes oncológicos possuem ainda mais medos e inseguranças quanto a infecção pelo Covid-19. Dessa forma, o estado psicológico dos indivíduos não deve ser ignorado, já que podem se manifestar de maneira fisiológica e prejudicar o processo terapêutico.

Estudos têm sugerido que o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, acaba por afetar o bem-estar psicológico de muitas pessoas<sup>19</sup>. Além disso, as medidas para contenção da pandemia também podem consistir em fatores de risco à saúde mental. Em revisão de literatura sobre a quarentena, os efeitos negativos dessa medida incluem sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva<sup>20</sup>.

O bem-estar psicológico da população é fundamental para o enfrentamento da Covid-19, pois é necessário que as pessoas se sintam seguras para enfrentar as situações adversas que possam surgir, ou que estejam instaladas, nas quais se destacam os pacientes oncológicos e os profissionais que trabalham nos serviços de oncologia, já que também passam a vivenciar situações de medo, esgotamento e estresse relacionados a pandemia<sup>19</sup>.

Neste sentido, o ambulatório procurou proporcionar segurança e alívio do estresse tanto aos profissionais de saúde, como com os pacientes. Enfatiza-se ações como a entrega de máscaras, panfletos explicativos com linguagem de fácil acesso relacionados à prevenção da COVID-19, entrega de álcool em gel, ações voltadas ao outubro rosa, o novembro azul, com entrega de folders e mimos aos pacientes, dentre outras.

Os profissionais de saúde receberam capacitações online contínuas, e com isso estavam mais bem capacitados para esclarecer as dúvidas dos pacientes e acompanhantes. A psicóloga da clínica também ampliou os trabalhos, atendendo tanto os pacientes como os profissionais de saúde, auxiliando no processo de enfrentamento destes medos e angústias, acolhendo e realizando a escuta ativa.

A rápida disseminação do coronavírus por todo o mundo, as incertezas sobre o controle da doença e sobre sua gravidade, além da imprevisibilidade sobre o tempo de duração da pandemia e dos seus desdobramentos, se constituem em fatores de risco à saúde mental da população<sup>20</sup>. Essa situação se agrava também pela difusão de mitos e informações equivocadas sobre a infecção e as medidas de prevenção, assim como pela dificuldade da população geral em compreender as orientações das autoridades sanitárias<sup>21</sup>.

Um estudo, realizado durante o início da pandemia com 1.210 indivíduos de 194 cidades da China, evidenciou que 53,8 % classificaram o impacto psicológico da doença como moderado ou grave, dos quais 28,8 %, 16,5 % e 8,1 % referiram sintomas moderados ou graves de ansiedade, depressão e estresse, respectivamente<sup>22</sup>. Ademais, as transformações no dia-dia familiar, tais como fechamento de escolas, empresas e locais públicos e a limitação da prática de atividades físicas e de lazer, as mudanças nas rotinas e no trabalho, como por exemplo “home office”, e o distanciamento levam a população a sentimentos de

desamparo, abandono e insegurança devido às repercussões econômicas e sociais ocasionadas pela pandemia<sup>22</sup>.

Além disso, os profissionais da saúde apresentam outros estressores no contexto de pandemias como o risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas e afastamento da família e amigos<sup>23</sup>.

Durante a pandemia da Covid-19, os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde podem ser um gatilho para o desencadeamento ou a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse<sup>21</sup>, especialmente dos profissionais que tem contato direto com pessoas infectadas pelo vírus.

Um estudo com 1.257 médicos e enfermeiros revelou que 50,4 % apresentou depressão, 44,6 % ansiedade, 34 % insônia e 71,5 % angústia. As enfermeiras da linha de frente relataram graus mais severos desses sintomas<sup>23</sup>. Diante desses achados, surge a necessidade da promoção de ações para promoção do bem-estar psicológico, em serviços em que haja atuação de profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem.

Diante disso, é aconselhado o atendimento psicológico como um modo de ajudar no enfrentamento da pandemia corretamente, e assim manter a saúde física e mental de todos, o que também vem sendo realizado no ambulatório. Os pacientes e profissionais da saúde devem ser encorajados a pensar positivamente e seguir em frente, buscando alternativas para minimizar os efeitos psicossociais ocasionados. Os grupos de estudo realizados durante a pandemia com palestrantes on-line, congressos e troca de conhecimento entre os próprios profissionais também auxiliaram a esclarecer dúvidas e proporcionar maior segurança e bem-estar a equipe.

Algumas estratégias para promoção do bem-estar psicológico e que podem auxiliar no enfrentamento dessa pandemia são o cuidado com o sono, a prática de atividades físicas e técnicas de relaxamento, fortalecimento das conexões com a rede de apoio social, ainda que os contatos não ocorram pessoalmente, cuidado com a exposição excessiva a informações, incluindo noticiários na televisão e em outras mídias e importância da checagem da veracidade das informações<sup>21</sup>. Enfatiza-se que é fundamental o desenvolvimento de ainda mais pesquisas relacionadas ao COVID-

19 visando enfatizar ações de prevenção, controle e também tratamento das complicações<sup>24</sup>, auxiliando assim no enfrentamento dessa pandemia.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Já passamos por diversas pandemias, e todas deixaram um legado histórico, grande número de óbitos e de pessoas gravemente doentes. Dessa forma, aos grupos de vulnerabilidade, deve-se redobrar a atenção e cuidados, procurando fortalecê-los com medidas preventivas, a fim de reduzir os efeitos da pandemia sobre doenças e morbimortalidade.

Aos profissionais da saúde que acompanham esses pacientes, cabe orientá-los sobre medidas preventivas, realizar troca de experiências, e sempre que possível lhes trazer um conhecimento científico e tecnológico, aliado ao conhecimento prévio que o indivíduo já possui. Diante ao que foi exposto até aqui, foi apresentado o esforço de uma equipe multiprofissional que está alinhada com as estratégias da instituição no combate ao novo coronavírus. São estratégias descritas pela literatura como sendo uma boa prática de criação, divulgação e atualização dos cuidados em saúde.

O sucesso e as conquistas obtidas neste percurso se dão pela união e o alinhamento da equipe multidisciplinar, a sistematização dos processos assistenciais e a busca dos conceitos guiados pela segurança do paciente e dos profissionais, acesso e qualidade da informação, através da comunicação efetiva, com discussão e mudança ocasionada pelo impacto psicossocial, fundamentados na melhor prática baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues WP. Coronavírus: um problema de saúde pública? *ScireSalutis*, v.10, n.2, p.18-25, 2020.[Acesso em: 28 de outubro de 2020]. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2020.002.0003>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus e o novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção [Internet]. 2020 [Acesso em: 10 novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>.
3. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health [Internet]. [Acesso em: 19 de novembro de 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2020. [Acesso em: 02 novembro de 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020: dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) [Internet]. Brasília, DF(BR): MS; 2020 [Acesso em: 12 novembro de 2020]. Disponível: <http://www.in.gov.br/en/web/dou-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346> .
6. Sáfadi MAP et. al. Novocoronavírus (COVID-19). Departamento Científico de Infectologia Sociedade Brasileira de Pediatria, fevereiro de 2020. Acesso em: 28 de outubro de 2020]. Disponível em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22340d-DocCientifico\\_-Novo\\_coronavirus.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22340d-DocCientifico_-Novo_coronavirus.pdf).
7. Huang C, Wang Y, Li X; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.[Acesso em: 30 de outubro de 2020]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
8. Thuler LCS, Melo AC. Sars-CoV-2/Covid-19 em Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(2): e-00970. [Acesso em: 02 de novembro de 2020]. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.970>.
9. Lucas F., Bergmann A. Bello M., Tonellotto F., Neto BC. Reconstrução Mamária em Pacientes Oncológicos durante a Pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(TemaAtual):e-1004.[Acesso em: 10 de janeiro de 2021]DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1004>.
10. Liang W. et al. Cancerpatients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21(3):335-7.[ Acesso em: 01 novembro de 2020]. Disponível em: doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6).
11. Marchon RM, Modesto FC, Rodrigues CCL; et al. Cuidados da fisioterapia no paciente oncológico com Covid-19. *RevBrasCancerol*. 2020;66(TemaAtual):e-1031.[Acesso em: 01 de novembro de 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745>.

12. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Coronavírus (Covid-19) - Informação ao Paciente, 2020. [Acesso em: 02 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/posicionamentos/item/1796-coronavirus-covid-19>.
13. Lima IV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Cunha GH, Costa AKB. Uso do aplicativo Whatsapp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. Esc Anna Nery, 2018; 22(3). [Acesso em: 10 de novembro de 2020]. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0429.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0429.pdf).
14. WhatsApp Inc. Sobre o WhatsApp. Nossa App. [Internet]. 2017 [Acesso em: 12 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.WhatsApp.com/about/>.
15. Bertoni E. Como o SUS usa o Whatsapp para monitorar a covid-19 no Brasil. Nexo Jornal, 2020. [Acesso em: 20 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/08/16/Como-o-SUS-usa-o-WhatsApp-para-monitorar-a-covid-19-no-Brasil>.
16. Ceccon RF, Schneider IJC. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. 2020. [Acesso em: 14 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/136/160/146>.
17. Fregene TE, Nadarajah P, Buckley JF, Bigham S, Nangalia V. Use of in situ simulation to evaluate the operational readiness of a high-consequence infectious disease intensive care unit. *Anaesthesia* [Internet] 2020. [Acesso em: 30 de outubro de 2020];75(6):733-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/anae.15048>.
18. Shigemura J. et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *PsychiatryClinNeurosci*. 2020. [Acesso em: 30 de outubro de 2020]. Disponível em: doi: 10.1111/pcn.12988.
19. Nascimento CC, Silva PHS, Cirilo SSV, Silva FBF. Desafios e recomendações á Atenção Oncológica durante a pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(TemaAtual):e-1241. [Acesso em: 29 de outubro de 2020]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1241>.
20. Brooks SK., Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessel S, Greenberg N, & Rubin, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 2020, 912-920. [Acesso em: 13 de novembro de 2020] Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
21. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *AsianJournalofPsychiatry*, 51, 101990; 2020. [Acesso em: 15 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>.
22. Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. [Acesso em: 20 de novembro de 2020]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3).
23. Taylor S. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*; 2019. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. [Acesso em: 10 de janeiro de 2020] Disponível em: <https://www.cambridgescholars.com/product/978-1-5275-3959-4>.

24. Baratieri T, Lentsck MH, Peres CK, Pitilin EB. Modelagem de tópicos de pesquisas sobre o novo coronavírus: aplicação do Latent Dirichlet Allocation / Modeling of research topics on the new coronavirus: application of Latent Dirichlet Allocation. (2021). *Ciência, Cuidado E Saúde*, 20. [ Acesso em: 13 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.56403>.

Agência Brasileira ISBN  
ISBN: 978-65-995551-0-7