

EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM



André Ribeiro da Silva
Suely Lopes de Azevedo
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza
(Organizadores)


Ano 2023

EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM



André Ribeiro da Silva
Suely Lopes de Azevedo
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremona

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



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

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

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

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
 Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
 Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

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

Experiências em gestão em saúde na enfermagem

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: André Ribeiro da Silva
Suely Lopes de Azevedo,
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E96 Experiências em gestão em saúde na enfermagem /
Organizadores André Ribeiro da Silva, Suely Lopes de
Azevedo, Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1396-7
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.967232706>

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Silva, André Ribeiro da
(Organizador). II. Azevedo, Suely Lopes de (Organizadora). III.
Souza, Sílvia Emanoella Silva Martins de (Organizadora). IV.
Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A coletânea intitulada “**Experiências em Gestão em Saúde**”, traz ao longo de dez capítulos a oportunidade de divulgação de diferentes tipos de estudos, como estudos de casos, estudos de revisão e de trabalhos de conclusão de curso. Oportuniza a abordagem de temas relevantes, questões e fenômenos relacionados à prestação de cuidados nos diferentes contextos, no que se refere à serviços em saúde, promoção à saúde e temas relacionados à gestão em saúde na Enfermagem.

O primeiro e segundo capítulos, estudos de conclusão de curso, abordam os cuidados voltados para os usuários em estado crítico sem perspectivas de cura, submetidos aos cuidados paliativos. Os autores destacam a importância da assistência de enfermagem para usuários com neoplasia e vítimas de trauma crânio encefálico submetidos aos cuidados paliativos e o impacto na vida dos indivíduos e de seus familiares, descrevendo a compreensão da equipe de enfermagem sobre os cuidados prestados.

O terceiro capítulo versa sobre a importância da atuação rápida do enfermeiro e os entraves vividos por esses profissionais no atendimento pré-hospitalar móvel. Evidencia os benefícios da atuação rápida e qualificada do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel e elenca a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel em urgência, pautadas pelas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem sobre suas competências legais para prestar atendimentos assistenciais, administrativos e operacionais durante o atendimento pré-hospitalar.

No quarto capítulo os autores fazem um estudo de revisão bibliográfica, contendo uma abordagem crítica-reflexiva, qualitativa sobre as repercussões do abuso psicológico na violência obstétrica realizadas pelas equipes assistenciais, onde visam identificar as consequências psicológicas da violência obstétrica, elencar a atuação de enfermagem na promoção de uma assistência humanizada e destacar os principais tipos de violência sofridas pelas gestantes, parturientes e puérperas.

O quinto capítulo versa sobre a saúde da população, destacando a prevenção da raiva humana, e o papel do enfermeiro na prevenção e controle da doença, sua importância de sua atuação durante o acompanhamento dos pacientes nos esquemas de pré e pós exposição e nas ações de prevenção e controle da raiva humana.

O sexto capítulo contribui para a compreensão da vivência das famílias frente ao cuidado da criança com fissura lábio palatal; os autores identificam suas necessidades e demandas de orientação e acompanhamento com vistas ao aperfeiçoamento do cuidado prestado pelos profissionais de saúde; verificam as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da enfermagem, descrevendo

como a atuação da equipe de enfermagem contribui no processo de reabilitação destes portadores, apoiando os genitores e/ou responsáveis legal.

O sétimo e oitavo capítulos discorrem sobre as estratégias e desafios na gestão em saúde. Destacam-se aspectos sobre o processo de trabalho e de liderança em enfermagem, temas que tem se tornado cada vez mais relevantes nos dias atuais. A partir da reflexão sobre a importância da liderança do profissional de enfermagem como um instrumento de melhoria do serviço para proporcionar um cuidado de qualidade e de segurança ao paciente

O nono, descreve-se uma pesquisa qualitativa realizada a partir de uma revisão literária, de caráter exploratório sobre o Capital Humano, reconhecido nos dias de hoje como uma das principais fontes inovadoras organizacionais. Frente às considerações expostas os autores apontam o grande desafio das organizações, a formação de um capital humano diversificado que interaja de maneira positiva na missão e valores da empresa, prestando serviços de qualidade baseado em seus conhecimentos e especializações.

No último capítulo da obra em tela, décimo, verifica as vulnerabilidades em mulheres que as tornam mais expostas às Infecções Sexualmente Transmissíveis, descritas na literatura nos últimos cinco anos.

Dessa forma, agradecemos aos autores por todo esforço e dedicação que contribuíram para a construção dessa obra, e esperamos que este livro possa colaborar para a discussão e entendimento sobre os temas aqui abordados.

André Ribeiro da Silva


Suely Lopes de Azevedo

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza

CAPÍTULO 1 1

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daniela Dos Santos Arampo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327061>

CAPÍTULO 2 10

CUIDADOS PALIATIVOS: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Kallyla Santiago De Jesus

Carlos Oliveira dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327062>


CAPÍTULO 322

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO RÁPIDA DO ENFERMEIRO E OS ENTRAVES VIVIDOS POR ESSES PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR MÓVEL

Beatriz Nunes Calixto da Silva

Denis Albuquerque Silva Dias

Robson Vidal de Andrade


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327063>

CAPÍTULO 432

AS REPERCUSSÕES DO ABUSO PSICOLÓGICO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Tamiles Santos Teixeira

Andrea Dickie de Almeida Nogueira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327064>

CAPÍTULO 542

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA RAIVA HUMANA

Matheus Gonçalves De Araújo

Kátia Chagas Marques Diaz


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327065>

CAPÍTULO 658

DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FISSURA LÁBIO-PALATAL E SEUS FAMILIARES

Daniela Santos da Conceição

Carlos Oliveira



 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327066>

CAPÍTULO 769

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: UMA PAUSA PARA A REFLEXÃO

Bruna Rodrigues Braga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327067>

CAPÍTULO 8	75
DESAFIOS E ESTRATÉGIAS VIVENCIADAS PELO ENFERMEIRO NAS ATIVIDADES GERENCIAIS EM UNIDADES HOSPITALARES	
Patricia Kelly Frutuoso Teixeira da Silva Sousa	
Karla Pereira Tome Terceiro	
Natália de Lima Feijão	
Francimara Silva Sousa	
Francisco Ariclene Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327068	
CAPÍTULO 9	90
IMPORTÂNCIA DO CAPITAL HUMANO DENTRO DA GESTÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR	
Gercilene Cristiane Silveira	
Anelvira de Oliveira Florentino	
Adriane Lopes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9672327069	
CAPÍTULO 10.....	108
MULHERES EM VULNERABILIDADE: EXPOSIÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	
Kassiara Ferreira Felix de Lima	
Amuzza Aylla Pereira dos Santos	
Marianny Medeiros de Moraes	
Núbia Vanessa da Silva Tavares	
Kariane Omena Ramos Cavalcante	
João Paulo Malta da Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.96723270610	
SOBRE OS ORGANIZADORES	116
ÍNDICE REMISSIVO	118

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 02/06/2023

Daniela Dos Santos Arampo

Trabalho de Pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em enfermagem, pelo Curso de enfermagem da Faculdade de Ilhéus. Orientador: Prof. Carlos Oliveira dos Santos

RESUMO: A assistência de enfermagem no cuidado paliativo tem como objetivo aliviar o sofrimento do paciente e sua família, proporcionando um cuidado humanizado e individualizado. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipe multidisciplinar, através da avaliação e manejo de sintomas, suporte emocional, orientações sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e cuidados no final de vida. **Objetivo:** abordar a importância da enfermagem nos cuidados paliativos aos pacientes oncológicos e o impacto na vida dos familiares, descrevendo a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos de indivíduos com neoplasia, identificando a compreensão da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo.

A coleta de dados foi realizada a partir de materiais já elaborados e obtidos por meio de páginas da internet, como: Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO). Das publicações vistas, foram selecionados 10 artigos, 1 caderno da CREMESP, 3 sites do ministério da saúde, 2 manuais e 2 legislações correspondentes à temática abordada que contribuíram para o desenvolvimento e culminância do estudo. **Resultados e discussão:** O enfermeiro é o profissional que está ligado diretamente ao usuário e tem como compromisso: Ouvir, compreender e atender as suas necessidades, porém, há um entendimento fragilizado e um déficit na formação dos profissionais acerca dos Cuidados Paliativos ocasionando uma dificuldade na assistência e na comunicação tanto entre os trabalhadores quanto com as respectivas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: “Câncer”, “Assistência de enfermagem”, “pacientes oncológicos”, “cuidados paliativos”, “enfermagem nos cuidados paliativos”.

ABSTRACT: Nursing care in palliative

care aims to alleviate the suffering of patients and their families, providing humanized and individualized care. The nurse plays a key role in the multidisciplinary team, through the evaluation and management of symptoms, emotional support, guidance on Advance Directives of Will (DAV) and end-of-life care. **Objective:** to address the importance of nursing in palliative care for cancer patients and the impact on the lives of family members, describing nursing care in the palliative care of individuals with neoplasia, identifying the nursing team's understanding of palliative care. **Methodology:** This is a bibliographic review, with explanatory property and qualitative nature. Data collection was performed from materials already elaborated and obtained through internet pages, such as: Ministry of Health (MS), Pan American Health Organization (PAHO) and Federal Nursing Council (COFEN) and the database: Scientific Electronic Library Online (SciELO). From the publications seen, 10 articles were selected, 1 notebook of CREMESP, 3 websites of the Ministry of Health, 2 manuals and 2 legislations corresponding to the theme addressed that contributed to the development and culmination of the study. **Results and discussion:** The nurse is the professional who is directly linked to the user and has as commitment: Listen, understand and meet their needs, however, there is a weakened understanding and a deficit in the training of professionals about Palliative Care causing a difficulty in care and communication both among workers and with their families. **KEYWORDS:** "Cancer", "Nursing care", "cancer patients", "palliative care", "nursing in palliative care".

1 | INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade as doenças neoplásicas são tidas como o problema de saúde pública mais prevalente em todo o mundo, estando entre as 4 principais causas de mortes em indivíduos menores de 70 anos. O número de novos casos e de mortes por esta patologia vem crescendo consideravelmente não só pelo crescimento vegetativo, mas também pelos hábitos de vida desenvolvidos pelas novas gerações. Estimativas do ano de 2018 mostram que houve "18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma)" em todo o globo (BRASIL, 2019).

Tendo em vista os dados epidemiológicos do câncer e de outras doenças crônicas, os pacientes que já esgotaram todas as suas chances de cura são direcionados aos hospitais ou permanecem em suas residências tendo cuidados inadequados focados apenas na cura da doença e o biopsicossocioespíritual é deixado de lado (CARVALHO; PARSONS, 2012), nessa perspectiva os cuidados paliativos (CP) -práticas assistenciais promovidas a uma pessoa com doença que ameaça a continuidade da vida- tem como interesse garantir controle dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais desagradáveis, promovendo qualidade, dignidade e redução do sofrimento ao paciente e a seus familiares, associando ou não a tradicional assistência, tratamento curativo, que lhe são dadas (BRASIL, 2020).

A enfermagem atua junto a uma equipe multidisciplinar dentro dos cuidados paliativos visando promover uma maior qualidade de vida a pessoa e também a família,

considerada um elemento fundamental deste trabalho. No desenvolvimento do processo de enfermagem é indispensável que o enfermeiro leve ao paciente: Alívio do sofrimento, conforto e dignidade (ANCP, 2022).

Considerando os aspectos já mencionados, o estudo apresenta o seguinte questionamento: Qual a importância da assistência de enfermagem para os usuários oncológicos que estão em cuidados paliativos? Acredita-se que os cuidados paliativos desenvolvidos pela equipe de enfermagem ao paciente oncológico que adere ao tratamento, proporcionam qualidade de vida e diminuição do sofrimento ao usuário e sua família, tendo em vista que o cuidado paliativo ajuda também aos familiares na vivência diária ao usuário oncológico.

Sendo assim, objetivou-se abordar sobre a importância da assistência de enfermagem nos cuidados paliativos aos pacientes oncológicos e o impacto na vida dos familiares, descrevendo a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos de indivíduos com neoplasia, identificando a compreensão da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos. Esse estudo se justifica pela alta incidência de indivíduos acometidos com neoplasias em estágios avançados e sem perspectiva de melhora na população mundial, pela importância da implementação das medidas paliativas para esse público a fim de promover qualidade e dignidade de vida e pela necessidade da produção de pesquisas científicas para esclarecer e incentivar a estudantes e profissionais da enfermagem sobre a importância da atuação desta classe nos cuidados de pacientes em cuidados paliativos.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer

A palavra câncer, como é genericamente conhecida, tem como definição “um conjunto de neoplasias malignas” (SANTOS; LIRA; COSTA, 2018), tornou-se um problema de saúde pública no Brasil em razão da sua abrangência e complexidade. Essa doença causa uma multiplicação desordenada de células no corpo e invadem tecidos e órgãos do ser humano. Esse crescimento se dar a partir do envelhecimento e da interação dos genes de uma pessoa com agentes extrínsecos, como: Cancerígenos físicos, químicos e biológicos (OPAS, 2020).

Materiais atuais que abordam o desenvolvimento do câncer apontam que durante tempos a patologia era desconhecida e ao ser descoberta não tinham perspectiva de tratamento até o século passado. Os sinais e sintomas da doença são de acordo com o seu local de acometimento (KERSUL, 2014) tendo como os tipos mais comuns: CA de pele, pulmão, estômago, colorretal, mama e colo de útero (em mulheres) e próstata (em homens) (OPAS, 2020) e como principais métodos de tratamentos a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia, a intervenção é direcionada de acordo com cada caso.

O diagnóstico gera um grande impacto nos pacientes e familiares por ser uma

condição crônica que ocasiona grandes sofrimentos físicos e psicológicos. Cada ser responde de forma individual e quando um paciente chega em uma fase terminal, a assistência passa a ter foco no conforto e na qualidade de vida e não mais na cura e preservação da vida (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

2.2 Cuidados paliativos

O cuidado a enfermos na antiguidade era promovido por organizações religiosas em ambientes semelhantes a abrigos, denominados como hospice que com o decorrer dos séculos passaram a ter características de hospitais. Cicely Saunders, é o nome mais conhecido quando se referem a cuidados paliativos por ter sido a precursora deste tipo de assistência no mundo. Em 1947 a inglesa formada em enfermagem, assistência social e medicina conheceu um homem hospitalizado chamado David Tasma que a inspirou na implantação de uma nova forma de cuidar, permitindo o desenvolvimento de pesquisas acerca do que no futuro seria conhecido com cuidados paliativos (ANCP, 2012).

Cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2022).

Fundamentada por uma perspectiva de assistência holística tem-se como ideologia a valorização da vida e naturalização da morte, entendendo que não há meios de postergá-la, mas existem formas de promover a redução da dor dando suporte no psicológico e espiritual a esses indivíduos permitindo-os viver de forma ativa e auxiliando familiares no processo de luto (FERNANDES *et al*, 2013).

O cuidado paliativo busca por um atendimento que possa ser ofertado nas três esferas de complexidade do atendimento, além de ser realizado em hospitais e ambulatórios pode ser também desenvolvido em domicílio e não deve ser vista como internamento domiciliar, mas como forma de promover ao usuário um cuidado integral, incluindo o controle da dor, de forma oportuna e permitindo a continuidade do cuidado, sendo articulado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) como definido na Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (Portaria nº 874/2013).

Neste modelo terapêutico há a integração de vários profissionais, incluindo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, teólogos que o centro do cuidado visa alívio das manifestações que comprometem a qualidade de vida, identificando a necessidade de cada paciente de forma individual. Para o desenvolvimento de um trabalho com excelência, é indispensável que os profissionais envolvidos nesse processo mantenham sempre a sua saúde mental, uma vez que a sua função na maioria das vezes é desempenhada em um

ambiente de sofrimento (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

2.3 Atuação e Compreensão de enfermagem sobre/nos cuidados paliativos

A enfermagem atua juntamente a uma equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos ao oncológico visando a redução do sofrimento, a promoção do conforto e dignidade. Segundo a resolução COFEN 564 de 2017:

Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2017).

Dentre os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, cabe a sua responsabilidade realizar ou auxiliar na higienização, alimentação, curativos, e analgesia de pacientes que estejam hospitalizados ou sob cuidados domiciliares, além de realizar escuta ativa, explicar ao paciente sobre a importância da aceitação ao tratamento, impulsioná-lo a ter comportamentos positivos e esclarecer eventuais dúvidas que venham a surgir sobre CP (FERNANDES *et al*, 2013).

Ainda sob referência do autor mencionado acima, durante o desempenho das atividades vê-se a necessidade da ênfase na boa comunicação com o usuário, que é considerada uma ferramenta para o cuidado qualificado por ser um dos principais meios de identificar as fragilidades daquele indivíduo. Os enfermeiros compreendem a sua atuação no CP de forma objetiva e empática, visando a promoção de uma assistência humanizada, com respeito e dignidade para o paciente e sua família.

Para a equipe que fornece os cuidados paliativos, existem diversos desafios diante do preparo do paciente para viver bem o processo de morte e o morrer, entretanto, diante do seu prognóstico, é importante a discussão de questões a respeito do fim da vida e das suas vontades para este momento, neste quesito, surge um instrumento legal e ético, Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), que permite a indicação de intervenções que podem beneficiar pacientes em cuidados paliativos, mesmo quando essas intervenções ainda não são necessárias para o controle de sintomas ou para a manutenção da vida (CLAYTON *et al*, 2005).

O enfermeiro tem um papel importante na aplicação da DAV em cuidados paliativos, atuando através de uma comunicação empática e acolhedora, o enfermeiro auxilia o paciente desempenhando como um agente facilitador na comunicação entre o paciente, a família e a equipe multidisciplinar, deixando clara as suas preferências de tratamento e a realizando a elaboração da DAV. No entanto há a necessidade de capacitação do profissional nessa área, para que possam desempenhar esse papel de forma efetiva (CAVALCANTE, FERNANDES E VIEIRA, 2018).

3 | METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo utilizando-se artigos científicos, legislações, manuais e sites.

A coleta de dados foi realizada a partir de materiais já elaborados e obtidos por meio de páginas da internet, como: Ministério da Saúde (MS), Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), através do cruzamento das seguintes palavras-chave: “Câncer”, “Assistência de enfermagem a pacientes oncológicos”, “cuidados paliativos”, “enfermagem nos cuidados paliativos”.

Foram encontrados materiais desde o ano 2005 até o ano anterior (2022), de forma a trazer o maior número de referências e de forma mais atualizadas possível a respeito dos cuidados paliativos prestados pela enfermagem a pacientes oncológicos.

Das publicações vistas, foram selecionados 10 artigos, 1 caderno da CREMESP, 3 sites do ministério da saúde, 2 manuais e 2 legislações correspondentes à temática abordada que contribuiram para o desenvolvimento e culminância do estudo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o estudo em questão utilizou-se 10 artigos e 1 caderno da CREMESP que contemplavam os objetivos e serão utilizados como resultados e para a discussão deste trabalho.

O Cuidado Paliativo (CP) é altamente indicado à pacientes com doenças terminais sem perspectiva de melhora por proporcionar alívio do sofrimento e conseqüentemente um maior conforto ao indivíduo diante da sua condição de doença, nesse contexto, Silva, Araújo e Firmino, 2008, trazem o CP como inerente a prática cotidiana da enfermagem e o profissional enfermeiro como otimizador desse processo, ofertando um cuidado holístico, qualificado e competente.

Por ter contato direto com o paciente, o enfermeiro auxilia na identificação de sintomas de natureza física e psicológica, além de assistir ao indivíduo em suas funções físicas como: nutrição, hidratação, controle de náuseas e vômitos, etc, deve-se também treinar a pessoa a exercer o autocuidado e preservação da autonomia (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

Nessa esfera, Santos, Lattaro e Almeida (2011) concordam e afirmam que o enfermeiro é o profissional que está ligado diretamente ao paciente e tem como compromisso: Ouvir, compreender e atender as suas necessidades.

Cardoso, Et al (2013) trazem em seu estudo a importância da equipe multiprofissional no estabelecimento de vínculo interpessoal e afirmam que não só os pacientes, mas também as famílias buscam por apoio e conforto, necessitando da equipe nestes momentos preparo

para uma assistência integral e humanizada.

Quanto a compreensão da equipe de enfermagem sobre os cuidados paliativos, Almeida; Et al (2020) e Gomes (2021) concordam e trazem nos seus devidos trabalhos que os enfermeiros necessitam de mais preparo e segurança para a prestação de um serviço de qualidade. Ressaltam a necessidade de treinamento e desenvolvimento por meio de educação continuada, mesmo para aqueles que já atuam por um longo período nesta área.

Da mesma forma Santos; Et Al (2017) abordam sobre o tema e concluem que há um entendimento fragilizado e um déficit na formação dos profissionais acerca dos Cuidados Paliativos ocasionando uma dificuldade na assistência e na comunicação tanto entre os trabalhadores quanto com as respectivas famílias.

Em contrapartida Fernandes e Colaboradores (2013) concluíram que os enfermeiros se referem ao CP com objetividade, reconhecem a importância do cuidado humanizado em concomitância com uma equipe multidisciplinar e respeitam a opinião do paciente para a promoção de conforto a este, destacam também a relevância do diálogo no processo do cuidado.

Relacionado a comunicação Andrade; Costa; Lopes (2013) corroboram com este pensamento e afirmam que esse fator, gera uma criação de vínculo e permite o desenvolvimento da habilidade de compreender mensagens implícitas e explícitas dos pacientes, facilitando o fornecimento de um suporte essencial para o indivíduo e sua família.

Sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), Clayton et al (2005) constataram que no Reino Unido esses documentos foram frequentemente usados para garantir que pacientes recebessem cuidados mais individualizados e personalizados. Além disso, as DAV foram consideradas úteis para ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões difíceis em momentos de incerteza. Os autores concluem que a utilização das DAV pode ajudar a promover uma abordagem mais centrada no paciente em cuidados paliativos.

Já no estudo realizado por Cavalcante, Fernandes e Vieira (2018), confirmou-se a importância dos enfermeiros na discussão e aplicação das DAV, e que a maioria dos pacientes que recebem CP expressam interesse em discutir suas preferências de tratamento e em elaborar DAV. No entanto, os autores também destacam a falta de preparo dos enfermeiros para lidar com esse tema e que esse fator pode dificultar a comunicação com os pacientes e suas famílias. Desta forma há necessidade de capacitar estes profissionais para que eles possam desempenhar um papel mais efetivo na promoção da autonomia dos pacientes em cuidados paliativos.

5 | CONCLUSÃO

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental nos cuidados paliativos para pacientes oncológicos. No entanto, é relevante observar que muitos profissionais ainda se sentem despreparados para lidar com as demandas específicas dessa área. Dessa forma,

é essencial que a equipe receba capacitação atualizada e constante sobre os cuidados paliativos e suas especificidades, para que possam proporcionar um atendimento de qualidade e humanizado aos pacientes oncológicos e suas famílias.

A respeito das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) percebeu-se que é uma ferramenta importante para garantir que as preferências do paciente sejam respeitadas, mesmo em situações de incapacidade.

Desta forma, é importante que os enfermeiros também estejam familiarizados com a DAV e sejam capazes de orientar e apoiar o paciente na elaboração desse documento através de uma abordagem voltada aos seus valores e em momento oportuno. Desta forma os enfermeiros podem ajudar a garantir que o cuidado paliativo seja uma experiência menos dolorosa e mais digna para todos os envolvidos proporcionando uma qualidade de morte digna, na finitude de vida dos usuários elegíveis.

REFERÊNCIAS

Almeida, P.F; Barbosa, M.G.A; Santos, S.M; Silva, E.I; Lins, S.R.O; A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos; **Brazilian Journal Of Health Review**; 2020.

Andrade, C.G; Costa, S.F.G; Lopes, M.E.L; Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal; **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2523-2530, 2013.

A enfermagem em cuidados paliativos; ANCP; Disponível em: <<https://paliativo.org.br/a-enfermagem-em-cuidados-paliativos>>; Acessado em: 07/10/2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. INCA**. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2019.

BRASIL. Manual de Cuidados Paliativos; **Ministério da Saúde**; São Paulo: Hospital Sírio Libanês; 2020.

Câncer; **OPAS**; 2020; Disponível em: <encurtador.com.br/acknr>; Acessado em: 07/10/2022;

CARDOSO, D.H; MUNIZ, R.M; SCHWARTZ, E; ARRIEIRA, I,C,O; Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional; **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis; 2013.

Carvalho, R.T; Parsons, H. A; Academia Nacional de Cuidados Paliativos; **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**; 2ª Ed; 2012.

Clayton, J.M; Butow, P.N; Arnold, R.M, Tattersall, M.H.N; Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. **Cancer**. 2005.

Cavalcante, R. A., Fernandes, M. R. C., & Vieira, M. A; Enfermeiros e as diretivas antecipadas de vontade em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, 12(11), 3116-3125; 2018.

Fernandes, M.A, Evangelista, C.B; Platel, I.C.S; Agra,G; Lopes, M.S; Rodrigues, F.A; Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal; **Ciência & Saúde Coletiva**, Pg:2589- 2596, 2013.

KERSUL, A.P; **Enfrentamento do câncer: riscos e agravos**; Campos Gerais- MG; 2014.

PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013- Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resolução COFEN 564; Artigo 48- Parágrafo único; 2017.

SANTOS, D.B.A; LATTARO, R.C.C; ALMEIDA, D.A; Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura; **Revista de Iniciação Científica da Libertas**; V.1; PG: 72-84, 2011.

SILVA, M. J.P; ARAÚJO, M.T; FIRMINO, F; CUIDADO PALIATIVO; **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo- Cremesp**, Pg: 61- 63; 2008.

SILVEIRA, M.H; CIAMPONE, M.H.T; GUTIERREZ, B.A.O; Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos; **Rev. bras. geriatr. Gerontol**; 2014.

Stumm, F. E. M; Leite; M. E; Maschio, G; vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**; Pg: 75-82; 2008.

CUIDADOS PALIATIVOS: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Data de aceite: 02/06/2023

Kallyla Santiago De Jesus

Carlos Oliveira dos Santos

Trabalho de Pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em enfermagem, pelo Curso de enfermagem da Faculdade de Ilhéus. Orientador: Prof. Carlos Oliveira dos Santos

RESUMO: O Trauma cranioencefálico tem responsabilidade em aproximadamente 50% das mortes de traumas em geral, pacientes que apresentam sequelas significativas e permanentes optam por fazer uso dos cuidados paliativos, ou em alguns casos quando necessário, de sedações paliativas. **Objetivo:** Identificar a importância dos cuidados paliativos à pacientes vítimas de traumatismo crânioencefálico e os cuidados de enfermagem nesta terapia, descrevendo as suas possíveis complicações e diferenciando os cuidados paliativos, ortotanásia, sedação paliativa e eutanásia. **Materiais e Métodos:** O estudo se define como revisão bibliográfica explicativa exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisas online

nos endereços eletrônicos de bibliotecas digitais de periódicos, pubmed e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foi estabelecido um recorte temporal de 20 anos por não encontrar uma grande quantidade de artigos abordando sobre TCE, principalmente quando associados a cuidados paliativos. **Resultados:** pacientes com TCE com piores prognósticos são os com idade superior a 64 anos, Glasgow menor que 9 e achados em exames de imagem. No estudo foi identificado que os indivíduos que foram encaminhados para os cuidados paliativos, 90% evoluíram para óbito. **Conclusão:** a enfermagem é uma peça fundamental no cuidado paliativo de pacientes com Traumatismo Cranioencefálico, os ajudando a enfrentar os desafios que surgem ao longo do processo de cuidado, no enfrentamento do controle da dor, cuidados básicos, suporte emocional aos pacientes e seus familiares, amparando-os a lidar com as mudanças que a lesão pode causar em suas vidas.

PALAVRAS-CHAVE: “Traumatismo craniano”, “traumatismo crânio encefálico”, “condições neurológicas agudas”, “cuidados paliativos”, “sedação paliativa”, “eutanásia”, “ortotanásia” “complicações”.

ABSTRACT: Traumatic brain injury is responsible for approximately 50% of deaths from trauma in general, patients who have significant and permanent sequelae choose to make use of palliative care, or in some cases when necessary, palliative sedations. **Objective:** To identify the importance of palliative care for patients victims of traumatic brain injury and nursing care in this therapy, describing its possible complications and differentiating palliative care, orthothanasia, palliative sedation and euthanasia. **Materials and Methods:** The study is defined as an exploratory explanatory literature review. Data collection was performed through online searches in the electronic addresses of digital libraries of journals, pubmed and Scientific Electronic Library Online (SciELO). A time frame of 20 years was established because we did not find a large number of articles addressing TBI, especially when associated with palliative care. **Results:** TBI patients with worse prognoses are those older than 64 years, Glasgow less than 9 and imaging findings. In the study, it was identified that the individuals who were referred to palliative care, 90% died. **Conclusion:** nursing is a fundamental piece in the palliative care of patients with Traumatic Brain Injury, helping them to face the challenges that arise throughout the care process, in coping with pain control, basic care, emotional support to patients and their families, supporting them to deal with the changes that the injury can cause in their lives.

KEYWORDS: “Head trauma”, “traumatic brain injury”, “acute neurological conditions”, “palliative care”, “palliative sedation”, “euthanasia”, “orthothanasia”, “complications”.

1 | INTRODUÇÃO

O Trauma cranioencefálico tem responsabilidade em aproximadamente 50% das mortes de traumas em geral, e o público-alvo deste evento são jovens com idade entre 15 e 24 anos, de sexo masculino, sendo causados principalmente por acidentes automobilísticos, agressões físicas e quedas (TEIXEIRA, 2011).

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é diagnosticado quando um indivíduo é atingido por uma força externa em sua cabeça gerando uma lesão cerebral. O trauma pode gerar lesões em diversos níveis, causando alterações temporárias no nível de consciência ou comprometendo definitivamente as suas funções físicas, comportamentais e cognitivas (FEITOZA; FREITAS; SILVEIRA, 2004).

Parte dos pacientes que apresentam sequelas significativas e permanentes optam por fazer uso dos cuidados paliativos, ou em alguns casos quando necessário, de sedações paliativas, que tem como definição, respectivamente, assistência que visa promoção da qualidade de vida de um paciente e familiares com doença que ameaça a vida através de alívio de dores físicas, sociais, psicológicas e espirituais, realizada por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2022) e administração controlada de medicamentos permitidos pela pessoa e família, com intuito de reduzir o nível de consciência para aliviar o sofrimento de doenças que não são passíveis de cura (ARAÚJO, 2021).

Levando em consideração esse tipo de assistência, levanta-se o dado questionamento: Qual a importância dos cuidados de enfermagem, nos cuidados no cuidados paliativos a um paciente vítima de traumatismo cranioencefálico? Acredita-se que o cuidado paliativo tem grande importância na assistência a vítima de traumatismo craniano por promover uma melhor qualidade de vida, respeitar os direitos e vontades do indivíduo e da família e implementar práticas que promovam a ele um maior conforto.

O presente estudo tem como objetivo identificar a importância dos cuidados paliativos à pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico e os cuidados de enfermagem nesta terapia, descrevendo as suas possíveis complicações e diferenciando os cuidados paliativos, ortotanásia, sedação paliativa e eutanásia.

O desenvolvimento desta pesquisa se justifica devido à grande incidência de traumatismo cranioencefálico no mundo e ao fato desta lesão ocasionar morte e incapacidade em um grande número de pessoas, levando-as em muitos casos a necessidade de recorrer aos cuidados paliativos e sedação paliativa. Além disso, diante de um cenário de grandes debates éticos e bioéticos acerca do cuidado paliativo e da sedação paliativa e ao fato destas se confundirem com ortotanásia e eutanásia, respectivamente, traz a necessidade de conceituar essas práticas e fornecer mais uma pesquisa sobre o tema à comunidade científica, trazendo em um só estudo a perspectiva de vários autores sobre o assunto.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Traumatismo cranioencefálico

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido como um acometimento traumático que gera uma lesão ou comprometimento do crânio, encéfalo e vasos sanguíneos. A lesão que se forma no encéfalo após o trauma altera os mecanismos fisiológicos do indivíduo no momento do acontecimento, conhecida como lesão primária e prossegue por dias,

conhecida como lesão secundária e se dar em resposta da interatividade dos meios intracerebrais e extra cerebrais, podendo ser classificada através da escala de coma de Glasgow e como lesão traumática aberta ou fechada, focada ou difusa (NETO; *Et al*, 2016).

O TCE é um importante problema de saúde pública no mundo por causar um grande número de mortes, principalmente na faixa etária entre 5 e 44 anos. Este evento tomou proporções maiores após o desenvolvimento tecnológico, em especial, o automobilístico (NETO; *Et al*, 2016).

Nos Estados Unidos da América (EUA) é estimado a presença de 538 casos a cada 100.000 habitantes, na Europa 235 e na Austrália 322 novos casos a cada 100.000 habitantes. No Brasil e na América Latina há uma carência de pesquisas relacionados a dados epidemiológicos do TCE, porém dois estudos brasileiros realizaram pesquisas no DATASUS, embasado em registro de hospitais e mostram uma média de 68.200 admissões entre os anos de 2001 e 2007, trazendo uma incidência de 37 a cada 100.000 habitantes, nas idades entre 14 e 69 anos. Já dados dos anos de 2008 a 2012 mostram 125.500 internações e 9.715 mortes por traumatismo craniano e estima-se que mais de 1.000.000 de pessoas vivem com sequelas neurológicas irreversíveis (MAGALHÃES, 2017).

Os fatores determinantes para um prognóstico ruim posterior a um traumatismo craniano grave são: Glasgow abaixo de 9 após o acontecido, achados em exames neurológicos, como tomografia, e idade superior a 64 anos, deste último caso, a taxa de mortalidade é alta. Em situações de lesões cerebrais irreversíveis a equipe multidisciplinar junto a família do paciente deve discutir os próximos passos para a continuidade da assistência partindo desde cuidados paliativos até sedação paliativa (SCAVASINE, 2016).

2.2 Cuidados paliativos e ortotanásia, sedação paliativa e eutanásia

Com o avanço da medicina diversas medidas podem ser tomadas para manter a saúde de um indivíduo, tratá-lo ou até mesmo estender a sua vida. Ao tratar desses assuntos surgem diversos debates referente a ética e bioética médica por temer-se que com o uso de algumas práticas de cuidado haja o encurtamento ou prolongamento da vida humana ferindo e desrespeitando assim a dignidade no momento da morte (LIMA, 2015).

O cuidado paliativo foi conceituado e introduzido na medicina em meados de 1960 na Inglaterra por Cecily Saunders, que identificou em pacientes terminais dores físicas, psicológicas, sociais e espirituais, sendo assim, o cuidado para eles deveria ser promovido em todas essas esferas, confortando não só o indivíduo acometido por tal patologia, mas também a sua família (MARTA; HANNA; SILVA, 2010). No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como sendo cuidados paliativos:

abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (BRASIL, 2022).

A ortotanásia quer dizer morte pelo processo natural, quando um paciente entra no processo natural de morte e tem auxílios médicos para a redução do seu sofrimento, sendo assim, é realizada por meio de cuidados paliativos como uma forma que busca promover qualidade de vida a pessoa com doenças terminais, esses métodos são permitidos pela lei, como consta no artigo 41 do código de ética médica resolução CFM nº 1931/09:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Este processo ainda gera especulações e é rodeado de preconceitos pela sociedade e pelas equipes de saúde por se entender erroneamente que a ortotanásia é um meio de remover do paciente chances de cura da doença, porém ela só é admitida em indivíduos com diagnósticos definitivos de doenças incuráveis (NASCIMENTO, 2021).

Quando há um quadro neurológico grave, com um grande rebaixamento de consciência, é relevante que se identifique quando o paciente tem consciência mesmo que mínima, por haver possibilidade de ele sentir dor, e quando há um estado vegetativo, que não existem percepções neurológicas. No primeiro caso existe dificuldade de se mensurar a dor de um paciente e em alguns cenários são iniciados processos de analgesia ou sedação paliativa (SCAVASINE, 2016).

A dor é conceituada como uma experiência sensorial e psicológica desagradável podendo ser gerada por um dano real ou possível dos tecidos (TEIXEIRA, 2018) e pode ser mitigada através de tratamentos farmacológicos. A analgesia é o alívio da dor que não afeta o nível de consciência do paciente através de analgésicos narcóticos e não narcóticos (PAEZ, 2019). Os critérios para iniciar analgesia paliativa são: “Elevação de PA, Taquicardia, Taquipneia, Respostas motoras a estímulos não-nocivos, EEG evidenciando resposta a estímulos nocivos” (SCAVASINE, 2016).

Já sedação paliativa (SP), que é o rebaixamento intencional do nível de consciência através do uso de fármacos sedativos para proporcionar conforto ao paciente, é indicada quando há sintomas refratários a uma doença, ou seja, mesmo com todos os tratamentos oferecidos, eles não foram capazes de promover o alívio do sofrimento (CASTRO; PEREIRA, 2020). Este processo é muito debatido pois há autores que tratam desta prática como forma de eutanásia ao paciente, que é um meio abreviar a vida dele, para estes a sedação é diretamente associada a questões éticas.

A eutanásia é uma prática para abreviar a vida, para aliviar ou evitar o sofrimento do paciente, no Brasil, esta, diferente dos outros conceitos mencionados acima é uma técnica ilegal (FÉLIX et al, 2013). Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, a SP se distingue da eutanásia pelos seus objetivos serem distintos e a sedação respeitar o limiar de dor do indivíduo e ser uma prática reversível (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

2.3 Cuidados paliativos em pacientes com traumatismo cranioencefálico e a assistência de enfermagem

O elemento indispensável do cuidado paliativo é atenuação dos sintomas, além de apoio no contexto psicossocial e espiritual do paciente e a sua família inclusive após a morte auxiliando-a no período do luto. Esta assistência é caracterizada como multidisciplinar. Os CP não são protocolados e seguem princípios, dentro deles são ofertados para os indivíduos elegíveis:

- Apoio psicológico, afirmando a vida e a morte como processo natural do ser humano e auxiliando na aceitação da doença;
- Garantia da qualidade de vida do paciente contribuindo no controle da dor ou outros sintomas da doença;
- Incentivo ao paciente a criar independência e viver de forma ativa até a sua morte;
- Manejo de traqueostomias, cuidados com sondas, prevenção de úlceras de pressão;
- Respeito a autonomia paciente e identificar atividades que possam valorizar a sua pessoa;
- Promoção de uma morte digna, com pouco estresse e no ambiente de escolha do paciente;
- Auxílio a família no processo do luto e trabalhar esse aspecto desde o início do CP (CPPAS, 2018).

A enfermagem atua em diversas áreas e em diversas linhas de cuidado ligada ao paciente e a sua família, principalmente quando se fala em controle da dor, possibilitando uma assistência humanizada e lhes transmitindo conforto. Durante o progresso do cuidado, implementa processos de enfermagem preconizados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) promovendo uma atenção individualizada, focada na necessidade de cada um, aumentando a qualidade do atendimento, diminuindo as possibilidades de sequelas decorrente do TCE e de complicações referentes ao tempo de internação do paciente (FEITOSA; FREITAS; SILVEIRA, 2004).

Além do controle da dor e outros sintomas, a equipe de enfermagem age na administração adequada de medicamentos, na higiene e conforto do paciente, na prevenção e tratamento de feridas, no suporte emocional e espiritual para o paciente fornecendo-o informações claras e precisas sobre o processo em que está vivenciando e os cuidados que devem ser realizados. Neste momento, é extremamente relevante a comunicação e a relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente/família, que deve ser pautada na empatia, compaixão e respeito, visando à construção de um ambiente de confiança e acolhimento (MARINATO et al, 2014).

Desta forma, as ações da equipe de enfermagem vão além do tratamento de sintomas físicos, o enfermeiro viabiliza também suporte emocional, promoção de dignidade e autonomia do paciente. Sendo assim, a enfermagem é fundamental como membro da equipe multiprofissional na prestação de assistência de cuidados paliativos (MONTEIRO, OLIVEIRA, VALL, 2010).

2.4 Complicações decorrentes do Traumatismo Cranioencefálico

As complicações decorrentes do TCE podem ser agudas, decorrentes de intubação orotraqueal, ao imobilismo (limitações articulares, lesões por pressão, trombose venosa profunda) e a cirurgias, como: tendinite, atrofia muscular e lesões em nervos (VIRUEL; ROSA, 2020). E podem ser crônicas, como: dor crônica e alterações em diversos sistemas do corpo, como no sistema sensório-motor, tratos urinários e intestinais, respiratório, endócrino, cardiovascular e musculoesquelético além de complicações decorrentes de desordens secundárias, como: infecções, hidrocefalia e ossificações (TORQUATO; *et al*, 2018).

Preconiza-se que os cuidados paliativos sejam iniciados a partir dos diagnósticos de uma doença que ameaça a vida para que haja benefícios desse tratamento e que piores complicações sejam evitadas. Há uma Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale*) -PPS que é o meio de eleger um paciente aos cuidados paliativos, nela se houver uma pontuação menor ou igual a 50% o indivíduo é considerado com uma doença terminal e inicia-se a assistência. O Cuidado é indicado de acordo com a evolução da doença e são utilizados recursos de forma hierarquizada por um plano integral de cuidados (CPPAS, 2018).

3 | METODOLOGIA

O presente estudo se define como revisão bibliográfica explicativa exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisas online nos endereços eletrônicos de bibliotecas digitais de periódicos, pubmed e Scientific Electronic Library Online (SciELO) em busca de artigos de diversos idiomas e as palavras-chave foram utilizadas em diferentes combinações, sendo elas: “Traumatismo craniano”, “traumatismo crânio encefálico”, “condições neurológicas agudas”, “cuidados paliativos”, “sedação paliativa”, “eutanásia”, “ortotanásia” “complicações”.

Para a escolha dos artigos respeitou-se a seguinte ordem: triagem dos títulos, onde os que indicavam ter ligação com o tema avançaram para a pré-seleção. Sequencialmente foram analisados os seus resumos e os que abordavam superficialmente os objetivos deste trabalho foram lidos na íntegra.

Após todas as filtragens mencionadas, foram incluídos artigos em todos os idiomas encontrados, resoluções e sites de instituições de referência sobre o tema central da

pesquisa: cuidados paliativos em pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico, e excluídos materiais incompletos, artigos que não abordaram a ideia central deste trabalho ou que solicitavam pagamento para liberação da sua leitura na íntegra.

Foi estabelecido um recorte temporal de 20 anos por não encontrar uma grande quantidade de artigos abordando sobre TCE, principalmente quando associados a cuidados paliativos, mesmo sendo sabido que pacientes nessa condição são eleitos a CP e por um dos objetivos do trabalho tratar de uma temática sensível, sobre a definição de termos relacionados ao adiantamento da morte e prolongamento da vidas, temas esses que são muito debatidos nos meios éticos e bioéticos da saúde.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma lesão grave que pode ter consequências permanentes na vida de um paciente. De acordo com a gravidade do trauma, esses indivíduos podem desenvolver diversas complicações, dentre elas: neurológicas, motoras, cognitivas e emocionais.

À vista disso, é de grande importância a introdução cuidados paliativos adequados, visando a melhoria da qualidade de vida, o controle dos sintomas e o suporte emocional. A enfermagem trabalha com cuidados paliativos junto a equipe multidisciplinar, atendendo às necessidades específicas de cada paciente com TCE, diante das limitações causadas pela lesão. Os enfermeiros são responsáveis pelo monitoramento da dor, dos níveis de consciência, cuidados básicos e das funções vitais.

De acordo com Williamson et al (2022), as taxas de consultas para cuidado paliativo em pacientes com TCE, aumentou entre os anos de 2001 a 2015, neste estudo realizado nos Estados Unidos da América, foi constatado que pacientes negros sofrem mais traumatismos cranianos com desfechos ruins e esse mesmo tem menos experiências com CP. Da mesma forma, hispânicos são menos propensos a buscarem por cuidados paliativos.

Segundo Scavasine (2016) pacientes com TCE com piores prognósticos são os com idade superior a 64 anos, Glasgow menor que 9 e achados em exames de imagem. No estudo foi identificado que dos indivíduos que foram encaminhados para os cuidados paliativos, 90% evoluíram para óbito.

Da mesma forma, Sousa et al (2023) corroboram com a autora acima e incluem que nesses casos, quando há elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia e resposta motora a estímulos não nocivo a indicação é de analgesia ou sedação paliativa.

No ano de 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução 1.805/2006 que permite ao médico “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.” Porém, na perspectiva de muitos, a ortotanásia é vista de forma equivocada como uma forma de eutanásia passiva, e

neste mesmo ano, a Justiça Federal, a pedido do Ministério Público revogou a resolução do CFM abordando que o conselho não teria direito de regulamentar a vida de um indivíduo, posteriormente a sentença foi derrubada e a resolução mantida no país.

Desse modo, a respeito dos debates sobre cuidados paliativos e ortotanásia, Marta, Hanna e Silva (2010), apontam que o cuidado paliativo objetiva atingir o máximo de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares onde a sua prática permite dignidade ao doente, reconhecendo que a morte é um processo natural da vida. Já a ortotanásia é a promoção da boa morte ao indivíduo, trazendo a ele e a sua família a possibilidade de cuidar sem prolongar o sofrimento e permitir que a pessoa morra quando a sua hora chegar, excluindo a interferência médica e sem a realização da distanásia -manutenção da vida de forma artificial-, nesse caso, a ortotanásia não antecipa ou provoca a morte, apenas não prolonga a vida de forma antinatural, portanto o cuidado paliativo se projeta na perspectiva da ortotanásia por buscar a promoção da dignidade sem alterar o curso natural da vida.

Da mesma forma, Lima (2015), concorda com os conceitos postos pelos autores acima e afirma que quando a situação do paciente é irreversível, não se tem justificativa para prosseguir com intervenções médica para manutenção da vida, e quando mantida, preservam a quantidade e não a qualidade da vida humana, porém, nessa situação, a qualidade de vida deverá ser o parâmetro para decisões éticas e médicas.

Em suma, a ortotanásia é realizada por meio do cuidado paliativo, ambos objetivando que o indivíduo não venha a sofrer no fim da sua vida e procurando assegurar a qualidade de vida a ele e a sua família no caso de doenças incuráveis.

Já a sedação paliativa é um método utilizado por meio da administração de medicamentos sedativos, no âmbito dos cuidados paliativos afim de reduzir o nível de consciência do indivíduo oferecendo-o conforto e reduzindo o sofrimento causado por sintomas refratários ao problema de base, mas para muitos autores ela é vista como um meio de realização de eutanásia lenta.

Segundo Nogueira e Sakata (2012) a sedação paliativa tem-se como objetivo a diminuição do sofrimento, utilizando-se um fármaco na sua dosagem e via adequada, após indicação médica, já a eutanásia a intenção é tirar a vida do paciente administrando um fármaco letal. Dessa forma a sedação paliativa não pode ser considerada eutanásia pela sua intenção de alívio dos sintomas, não sendo a morte uma medida de sucesso.

Busch, Andres e Jehser (2003) concluem no seu estudo que a sedação paliativa ainda desenvolve problemas éticos por depender da intenção médica, mas deve-se além disso, levar em consideração o objetivo do tratamento e por isso é necessário o estabelecimento de critérios e diretrizes éticas para poder introduzir esta prática com segurança, a fim de reduzir sintomas refratários, atender as necessidades dos pacientes e fornecer transparência ao indivíduo e família sobre a indicação do procedimento.

Tratando sobre a importância da enfermagem ao paciente em cuidados paliativos, Marinato et al (2014), argumenta que a enfermagem é parte fundamental para a equipe

de cuidados paliativos e ressalta a importância deste profissional para fornecer suporte emocional ao paciente e sua família e garantir o cuidado humanizado, com qualidade para o fornecimento de uma morte digna e com qualidade de vida. CONFERIR REFERÊNCIAS

Da mesma forma, Monteiro, Oliveira e Vall (2010) corroboram com o autor acima e destacam a importância do enfermeiro na coordenação dos cuidados paliativos e a necessidade da implementação da educação continuada para garantir o bem estar do paciente e para que a equipe tenha estrutura psíquica e emocional para este cuidado.

5 | CONCLUSÃO

Em síntese a enfermagem é uma peça fundamental no cuidado paliativo de pacientes com Traumatismo Cranioencefálico, os ajudando a enfrentar os desafios que surgem ao longo do processo de cuidado, no enfrentamento do controle da dor, cuidados básicos, suporte emocional aos pacientes e seus familiares, ajudando-os a lidar com as mudanças que a lesão pode causar em suas vidas.

Percebeu-se a escassez de artigos que abordassem sobre os cuidados paliativos em pacientes vítimas de TCE, fazendo-se necessário estudos acerca do tema e verificando se há cuidados paliativos específicos para os pacientes terminais vítimas de traumatismo cranioencefálico. Interpreta-se que o cuidado paliativo é de acordo com a patologia de cada indivíduo, sempre com a intenção de reduzir suas dores e os dar conforto.

Em geral, as complicações decorrentes do traumatismo são de ordens cognitivas, emocionais, comportamentais, físicas, neurológicas, respiratórias e gastrointestinais, variando de acordo com a gravidade da lesão e da região do cérebro afetada.

No que tange a eutanásia, ortotanásia, sedação paliativa e cuidados paliativos, todos devem ser regulamentados por leis e de acordo com a ética médica. Essas questões envolvem decisões delicadas sobre a vida e a morte, e é essencial que sejam abordadas de maneira justa e transparente. A eutanásia e a sedação paliativa são temas controversos e exigem discussões profundas para definir suas práticas. Já a ortotanásia e os cuidados paliativos são considerados medidas aceitáveis para aliviar o sofrimento do paciente terminal. É importante que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre essas questões e atuem com responsabilidade e ética diante delas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.Z.S.; Sobrevida dos pacientes com câncer, submetidos à sedação paliativa, atendidos numa unidade de cuidados paliativos; São Paulo; 2021.

BRASIL; Atendimento em Cuidados Paliativos; **Secretaria de Saúde do Distrito federal**; Disponível em: <encurtador.com.br/msEPQ>; Acessado em: 03/11/2022.

BRASIL; Cuidados paliativos; **Instituto Nacional de Câncer- INCA**; Disponível em: [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,a%20vida%2C%20por%20meio%20da](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,a%20vida%2C%20por%20meio%20da;); acessado em: 21/04/2023.

CASTRO, A.C.P; PEREIRA, F.M; Fluxograma Sedação Paliativa; **ANCP**; 2020.

Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS; Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI; **Distrito Federal**; 2018.

FEITOZA, D. S.; FREITAS, M. C.; SILVEIRA; R. E. - Traumatismo crânio- encefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004.

FELIX, Z.C; COSTA, S.F.G; ALVES, A.M.P.M; ANDRADE, C.G; DUARTE,

M.C.S; BRITO, F.M; Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura; **Ciênc. saúde coletiva**; 18 (9); 2013.

LIMA, C.A.S; Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos; **Rev Soc Bras Clin Med**. 2015;13(1):14-7.

MAGALHÃES, A.L.G; SOUZA, L.C; FALEIRO, R.M; TEIXEIRA, A.L; MIRANDA, A.S; Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no brasil; **Rev Bras Neurol**. 53(2):15-22, 2017

MARTA, G. N; HANNA, S.A; SILVA, J.L.F; Cuidados paliativos e ortotanásia; **Diagn Tratamento**; 2010.

MARINATO, C.B; MARINATO B.D; ALVES, I.C; RODRIGUES, L. S; PIRES, W.G. A; SANTOS, R. S; A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal; **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**; vol. 6; núm. 3; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Cuidados paliativos; **Instituto Nacional de Câncer – INCA**; Disponível em: < encurtador.com.br/fnN46>; Acessado em: 20/10/2022.

MONTEIRO, F.F; OLIVEIRA, M; VALL, J; A importância dos cuidados paliativos na enfermagem; **Rev Dor. São Paulo**; 2010.

NASCIMENTO, D.B; Desmistificando a ortotanásia e os cuidados paliativos; **Capital jurídico**; Disponível em: < encurtador.com.br/fBTU0>; Acessado em: 03/11/2022.

NOGUEIRA, F.L; SAKATA, RIOKO KIMIKO; Sedação paliativa do paciente terminal; **Rev. Bras. Anesthesiol**; 62 (4); 2012.

PAEZ, R; Entenda as diferenças entre Anestesia, Analgesia e Sedação; **Dr. Rodrigo Paez cardiovascular**; Disponível em: < encurtador.com.br/hpGW8>; Acessado em: 04/11/2022.

PAIVA, C.F; SANTOS, T.C.F; COSTA, L.M.C; FILHO, A.J.A; Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no brasil; Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: **Editora ABen**; 2022. p. 41 a 49

Resolução CFM nº 1931/09; Código de Ética Médica; Art-41; Parágrafo único.

SCAVASINE, V; Cuidados paliativos em condições neurológicas agudas; **Rev. Med. UFPR** 3(1): 32-37; 2016.

Sousa, E.M. M; Tavares, M. C. C; Silva, M. C. S. M; Barreto, S. L. S; Marques, M. S; Cuidados paliativos em pacientes neurológicos: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 44, p. e12791, 20 abr. 2023.

TEIXEIRA, J.C.G; Unidade de Emergência – Conduas em Medicina de Urgência; ED: 2ª; São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte; **Editora atheneu**; 2011; Pg: 496.

TEIXEIRA, M. J; O que é dor?; Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor; Disponível em: < <https://sbed.org.br/o-que-e-dor/>>; Acessado em: 04/11/2022.

Prognóstico e reabilitação dos pacientes com traumatismo craniocerebral: uma revisão integrativa da literatura; **Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras**, 5 (6): 1543-1554, out./dez. 2018.

Williamson, T.L, Adil, S.M, Shalita, C. et al. Palliative Care Consultations in Patients with Severe Traumatic Brain Injury: Who Receives Palliative Care Consultations and What Does that Mean for Utilization?; **Neurocrit Care** 36, 781– 790; 2022.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO RÁPIDA DO ENFERMEIRO E OS ENTRAVES VIVIDOS POR ESSES PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR MÓVEL

Data de aceite: 02/06/2023

Beatriz Nunes Calixto da Silva

Denis Albuquerque Silva Dias

Orientador: Prof. Me.

Robson Vidal de Andrade

Co-orientador: Prof. Me.

RESUMO: Diante do risco iminente de morte, a assistência fornecida no APH móvel demanda uma agilidade e rapidez dos profissionais atuantes, além disso, estes, precisam de uma alta técnica e cautela afim de garantirem a sua proteção individual estabelecendo segurança nos atendimentos e podendo assim atender mais vítimas em um menor espaço de tempo. O profissional de Enfermagem tem que estar habilitado para a realização dos serviços, devendo prestar atendimentos assistenciais, administrativos e operacionais de APH além de supervisionar toda a equipe de enfermagem **Objetivo:** evidenciar os benefícios da atuação rápida e qualificada do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel e elencar a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel em urgência, citar as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de

enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel que atrapalham no desenvolvimento das suas atividades com agilidade e rapidez. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo. A coleta de dados foi realizada a partir de materiais já elaborados do ano de 1999 à 2022, sendo as informações levantadas por meio de base de dados, tais como: PubMed, Revista Mineira de Enfermagem (REME), Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Resultados e discussão:** A importância da atuação do enfermeiro desde a gestão do APH no planejamento, gerenciamento de estoque e organização dos serviços até a assistência ao paciente no APH, por meio de reanimação cardiopulmonar, estabilização, avaliação de necessidades da vítima e estabelecimento de prioridades. **PALAVRAS-CHAVE:** “Atendimento pré-hospitalar móvel”, “atendimento pré-hospitalar móvel and enfermagem”, “atendimento de urgência rápida”.

THE IMPORTANCE OF THE NURSE'S RAPID ACTION AND THE OBSTACLES EXPERIENCED BY THESE PROFESSIONALS IN MOBILE PRE-HOSPITAL CARE

ABSTRACT: Faced with the imminent risk of death, the assistance provided in the mobile PHC demands an agility and speed of the working professionals, in addition, they need a high technique and caution in order to guarantee their individual protection establishing security in the care and thus being able to attend more victims in a shorter period of time. The nursing professional must be qualified to perform the services, and should provide care, administrative and operational PHC in addition to supervising the entire nursing team **Objective:** to evidence the benefits of the fast and qualified action of the nurse in mobile pre-hospital care and to list the performance of the nurse in mobile pre-hospital care in urgency, to mention the main difficulties faced by the nursing team in mobile pre-hospital care that hinder the development of their activities with agility and speed. **Methodology:** This is a bibliographic review, with explanatory property and qualitative nature. Data collection was performed from materials already prepared from 1999 to 2022, and the information was collected through databases, such as: PubMed, Revista Mineira de Enfermagem (REME), Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Results and discussion:** The importance of nurses' performance from PHC management in the planning, inventory management and organization of services to patient care in PHC, through cardiopulmonary resuscitation, stabilization, assessment of the victim's needs and establishment of priorities.

KEYWORDS: "Mobile pre-hospital care", "mobile pre-hospital care and nursing", "rapid urgent care".

1 | INTRODUÇÃO

O serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil existe desde 1893 e partiu da influência dos modelos de atendimento que já aconteciam na França e nos Estados Unidos da América (EUA). Na França há o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) a qual é constituído por: Médicos, enfermeiros e técnicos em ambulância e nos EUA há uma união de serviços entre o "First responder" (primeiro respondedor) e Serviço de Emergência Médica. Nos anos de 1899 o Corpo de Bombeiros (CB) já servia a população em emergências e a partir da década de 80 passou a ter uma evolução nesses atendimentos e uma estruturação dos serviços (MARTINS; PRADO,2003).

Com o passar dos anos os conselhos de medicina do país passaram a inquirir as práticas que até então eram ainda realizadas pelo CB por não haver fundamentação teórica nessa atuação, essas circunstâncias levaram ao Ministério da Saúde (MS) em 1997 introduzir normas para a realização dos serviços de APH no Brasil nos moldes dos SAMU e gradativamente as atuações de emergência passaram a ser com equipes multiprofissionais, envolvendo profissionais não só da saúde mas também da segurança (MARTINS; PRADO,2003).

No atendimento pré-hospitalar o enfermeiro está respaldado pelas resoluções do

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 655/2020 que “normatiza atuação dos profissionais de Enfermagem, no âmbito de suas competências legais, no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel” e Nº 689/2022 que “normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos”. O profissional de Enfermagem tem que estar habilitado para a realização dos serviços, devendo prestar atendimentos assistenciais, administrativos e operacionais de APH além de supervisionar toda a equipe de enfermagem (BRASIL, 2003).

Diante do risco iminente de morte, a assistência fornecida no APH móvel demanda uma agilidade e rapidez dos profissionais atuantes, além disso, estes, precisam de uma alta técnica e cautela afim de garantirem a sua proteção individual estabelecendo segurança nos atendimentos e podendo assim atender mais vítimas em um menor espaço de tempo, ademais, existem alguns obstáculos para o fornecimento de uma intervenção de qualidade. Sendo assim, surgem as seguintes questões: Quais os benefícios da atuação rápida e qualificada do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e quais as principais dificuldades enfrentadas por esses profissionais para a realização dessa assistência? Acredita-se que a agilidade e qualificação do profissional enfermeiro (a) favorece a não ocorrência de complicações no atendimento pré-hospitalar móvel assim como aumenta a possibilidade de sobrevida do paciente, e que dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano do APH móvel fragiliza-os e reduz a eficiência da assistência prestada.

O presente estudo tem como objetivo evidenciar os benefícios da atuação rápida e qualificada do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel e elencar a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel em urgência, citar as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel que atrapalham no desenvolvimento das suas atividades com agilidade e rapidez.

A revisão se justifica pela recorrência de solicitações do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e da importância da atuação rápida e qualificada da equipe do enfermeiro atuante nesse sistema. Além disso, há também a necessidade de pesquisas científicas para destacar os pontos de dificuldades enfrentadas diariamente pelos profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e assim subsidiar a melhora destas questões e da assistência do enfermeiro diante das necessidades mais recorrentes ligadas ao alto índice de violência e complicações metabólicas, cardiovasculares e respiratórias dos cidadãos.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

Segundo a portaria 824 de 1999 do ministério da saúde, considera-se atendimento

pré-hospitalar como:

aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999).

Este serviço é desempenhado por um profissional da saúde a vítimas acometidas por urgências ou emergências clínicas e acidentadas, sendo dividido em APH fixo, uma assistência executada em um estabelecimento básico de saúde, em unidades de nível primário da assistência, com menor complexidade, podendo ser ambulatórios, unidades básicas de saúde (UBS), programa de saúde da família (PSF), etc. E APH móvel, que é o atendimento que vai até a vítima, sendo ele primário quando a solicitação foi feita de um indivíduo comum ou secundária quando o pedido partiu de um serviço de saúde em que a vítima já foi estabilizada anteriormente (BRASIL, 2003).

Existe no APH móvel as modalidades de Suporte Básico à Vida (SBV) onde tem como característica a não realização de procedimentos invasivos, são munidos por ambulâncias do tipo B que são destinadas a locomoção de pacientes “não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino” (BRASIL, 2002) e Suporte Avançado à Vida (SAV) que viabiliza a execução de manobras invasivas para suporte ventilatório e circulatório, estas são providas com ambulâncias do tipo D para o transporte de indivíduos com “alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte Inter hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos” (BRASIL, 2002 & MALVESTIO; SOUZA 2002).

O APH móvel está conectado à um sistema central de regulação que são estruturadas em níveis municipais, regionais e estaduais. O acesso ao serviço deve ser por meios telefônicos, ligando para o número “192” ou pelo aplicativo “chamar 192” que após o contato e o fornecimento de dados os reguladores (orientados pelo médico regulador) enviarão a ambulância mais adequada as necessidades da vítima (BRASIL, 2022). Em caso de indivíduos que entrem em contato com um outro sistema de emergência em busca de socorro médico, o pedido deve ser transmitido imediatamente a central de regulação (MARTINS; PRADO, 2003).

O modelo de Atendimento Pré-Hospitalar dos EUA, que havia associação entre “*First responder*” e o Serviço de Emergência Médica, era o mais prevacente no país, no ano de 1997 após o conselho de medicina questionar-se sobre a atuação de indivíduos do corpo de bombeiros como socorristas, profissionais que não tinham necessariamente embasamento teórico suficiente para assumir essa função, foram elaboradas resoluções pelo Conselho de Medicina e pelo Ministério da Saúde que trouxeram para o APH brasileiro maiores influências do modelo de APH Francês, desde então o SAMU (sistema de atendimento elaborado na França) passou a ser mais utilizado no Brasil e com a Portaria

1864 de setembro de 2003, o SAMU foi instituído como componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências e posteriormente passa a ser implantado de forma gradativa em todos os estados e municípios do país sob instituição também do Decreto 5.055 de abril de 2004.

2.2 Atuação do enfermeiro no APH e a importância do atendimento ágil de enfermagem

A classe da enfermagem é tida como novata no APH levando em consideração que só se começou a exercer a profissão nesse atendimento no Brasil na década de 90, desde o aparecimento dos Serviços Avançados de Vida (SAV), por nessas ambulâncias necessitarem de atendimentos com maior complexidade e essa responsabilidade usualmente ser de médicos e enfermeiros (ADÃO; SANTOS, 2012).

O enfermeiro participa do APH das mais diversas formas possíveis, desde a estabilização de pacientes até serviços administrativos. Na Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde em 2003, consta com competência/atribuições do enfermeiro pré-hospitalar: prestar assistência a pacientes graves e gestantes, parturientes e recém nascidos, com conhecimentos científicos adequados, a supervisão e avaliação da equipe de enfermagem, está presente em programas de educação continuada e treinamentos promovidos pela organização, realizar controle de qualidade do serviço além de obedecer as Leis do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem.

Levando em consideração que não há especificidade o suficiente na graduação de enfermagem na área de urgências e emergências para que um profissional recém- formado atue nesse serviço compreende-se que para esses atuarem no Atendimento Pré-hospitalar devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2003).

Já foi comprovado em diversos estudos que uma assistência rápida e eficiente no atendimento pré-hospitalar pode ser definitiva na vida de um indivíduo. No paciente vítima de trauma, por exemplo, existe um conceito denominado como hora de ouro ou “golden hour” que é iniciada no momento que acontece o acidente e vai até a admissão do paciente em um hospital. A morte por traumatismos segue uma distribuição em três picos: O primeiro, intitulado como morte imediata, que acontece até 30 minutos do acidente, antes mesmo do primeiro atendimento, o segundo como morte precoce, ocorrendo em até duas horas do acontecido e o terceiro é a morte tardia, que o indivíduo pode vir a óbito em até uma semana do trauma (GOMES, 2018). Neste contexto pode-se constatar que o emprego de procedimentos realizados com agilidade e qualificação são fundamentais para a chance de sobrevivência do paciente.

2.3 Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no APH

Um dos requisitos gerais da Política Nacional de Atenção às Urgências publicada no ano de 2003 são: “disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade condicionamento físico para trabalhar em

unidades móveis”, porém os profissionais deste serviço sofrem diariamente com uma grande sobrecarga física e emocional o que com o passar dos anos provoca uma condição conhecida como estresse crônico.

Os enfermeiros atuantes no APH convivem cotidianamente com situações de violência, morte e ansiedade de familiares, assim o excesso desses agentes geram uma sobrecarga psíquica no ambiente de trabalho e acaba causando um desgaste nos funcionários que pode ser expresso através de estresse e ansiedade, sendo uma das principais causas de síndrome de burnout (MARTINS *et al*; 2012).

Conjuntamente, há a situação relacionada ao piso salarial da enfermagem, que ainda hoje está sendo debatida no congresso e por anos o fator relacionado ao baixo salário é responsável pelas jornadas de trabalho dupla ou tripla dessa classe gerando grande desgaste e excesso de empenho físico o que desencadeiam acidentes e doenças ocupacionais (MARTINS *et al*; 2012).

Além das condições ligadas a remuneração, o trabalhador tem que lidar com possibilidades de acidentes durante o percurso da ambulância, com as chances de incidentes com material biológico se o profissional não estiver adequadamente paramentado e com materiais perfuro cortantes. Em um estudo denominado: “Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde” de TIPPLE *et al*, do ano de 2013, trouxe algumas taxas de acidentes nos enfermeiros de APH, em uma quantidade global, foram registrados 73 acidentes numa equipe de 177 profissionais da área da saúde e não saúde onde, 21 foram em enfermeiros e 19 em técnicos de enfermagem.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo intencionando agrupar estudos semelhantes, analisá-los criticamente e promover uma meta-análise distinguindo as razões que contribuem para a ocorrência de determinados fenômenos (GIL, 2008).

A coleta de dados foi realizada a partir de materiais já elaborados do ano de 1999 à 2022, sendo as informações levantadas por meio de base de dados, tais como: PubMed, Revista Mineira de Enfermagem (REME), Scientific Electronic Library Online (SciELO), através dos seguintes descritores: “Atendimento pré hospitalar móvel”, “atendimento pré hospitalar móvel and enfermagem”, “atendimento de urgência rápida”.

Foram encontradas 14 artigos, 3 portarias, 1 resolução do Conselho Federal de Enfermagem e 1 Política Nacional de Atenção as Urgências e um livro que correspondiam ao tema central da pesquisa. Esses materiais foram utilizados para o embasamento científico deste artigo. Os dados foram filtrados através da análise de título e resumo, onde os que abordavam dados relacionados aos objetivos do trabalho foram selecionados e

posteriormente lidos na íntegra para maior detalhamento.

Empregou-se como critério de inclusão: artigos, monografias, teses de mestrado, dissertação, livros, protocolos, portarias e revistas científicas, completas e disponíveis na língua portuguesa, espanhola e/ou inglesa.

E por critérios de exclusão: Estudos incompletos, indisponíveis online ou pagos e publicações científicas sem relação direta com o tema da pesquisa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os diversos contextos que o enfermeiro pode atuar, o APH é uma das áreas que mais expõe o profissional a riscos, entre eles, o risco ocupacional - possibilidade do profissional sofrer um acidente ou desenvolver doença e agravo decorrente do seu serviço - é um fator visto por muitos profissionais como um agente dificultoso à sua atividade laboral.

A atuação externa ao hospital exige muita resiliência do profissional enfermeiro devido ao ritmo de trabalho acelerado e a situações imprevisíveis que aumentam os riscos aos quais estes profissionais são expostos.

Nesse contexto, Silva et al (2014) aponta que o enfermeiro está inserido em um ambiente cercado por riscos ocupacionais, desde o estresse pela carga horária de trabalho, pegando plantões de 12 horas consecutivas, até acidentes automobilísticos, agressões físicas e verbais, falta de EPI's, perfuração com matérias cortantes e ruídos em excesso.

Zapparoli e Marziale (2006) corroboram com os autores acima no que se refere à toque de sirenes, risco de acidentes no deslocamento, abuso físico e psicológico, extensas horas de trabalho e acrescentam como estressores: o elevado número de ocorrências, obrigação de serem ágeis e insatisfação no trabalho. Todavia quanto a questão dos EPI's, constatou que são disponibilizados pelo serviço, mas 1/3 dos trabalhadores referem não utilizar por opção, ficando assim expostos a infecções por contato com fluídos e secreções de materiais cortantes contaminados.

Schmoeller et al (2011), assim, concluem que os contextos de trabalho e as cargas de trabalho são responsáveis pelo desgaste dos profissionais e os gera riscos para a saúde física e emocional destes, destacam também como um motivador para a manutenção desse cenário, mesmo na exaustão a baixa remuneração dos trabalhadores.

Sendo assim, identificar e reduzir estes riscos é de extrema importância para o desenvolvimento seguro das suas atribuições e promover a população um atendimento rápido e de qualidade.

Outro ponto caracterizado como uma dificuldade no desenvolvimento de uma assistência com mais agilidade e qualidade, destacado por Cunha et al (2019) é a comunicação falha entre os profissionais de atendimento pré-hospitalar, este fator é essencial para a efetividade do serviço. Para que o recebimento da chamada e a atuação da equipe seja resolutivo, precisa haver uma comunicação padronizada prevenindo assim

perdas e eventos adversos.

Cunha et al (2019) destacam também o estresse e a falta de infraestrutura nos ambientes de trabalho como circunstâncias que impactam diretamente na qualidade da assistência prestada e na saúde dos trabalhadores.

Traumas determinam importantes consequências, levando em consideração que o grau das lesões pode gerar incapacidade ou até mesmo morte as vítimas. Um dos fatores decisivos no prognóstico do paciente é o tempo até a instituição de um tratamento efetivo. Elementos como: contato com o APH, distância, acesso ao local do acidente e necessidade da retirada de ferragens, podem interferir diretamente no resgate e conseqüentemente na sobrevivência ou não do indivíduo. Para isso há necessidade de atendimentos ágeis e equipes qualificadas para a redução do consumo dos minutos relevantes.

Dessa forma, Malvestio e Sousa em (2002) já afirmavam que quanto menor a deterioração do indivíduo, maior a sua possibilidade de sobreviver, mesmo que no atendimento pré-hospitalar não tenha possibilidade de reversão de um quadro grave, a chegada com rapidez e as intervenções corretas podem evitar o agravamento do quadro, novas lesões e o atraso de resultados fatais, oportunizando a vítima de chegar ao hospital e ter um tratamento definitivo.

Em um estudo mais recente, os mesmos autores, Malvestio e Sousa (2008) trazem manobras importantes realizadas no suporte básico e avançado de vida e que estão ligadas a sobrevida dos pacientes resgatados, entre elas, procedimentos circulatórios, respiratórios, reposição volêmica, administração de medicações, compressões torácicas, intubação orotraqueal, ventilação percutânea traqueal e aplicação de escalas RTS (Revised Trauma Score), ISS (Injury Severity Score) e MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale). Foi constatado que vítimas com alterações fisiológicas acentuadas tiveram menores probabilidades de sobrevida.

Segundo Thomaz e Lima (2000), o enfermeiro atua no APH desde a década de 90 de forma ativa em conjunto com a equipe multiprofissional, tomando decisões imediatas, sanando as necessidades da vítima, definindo prioridades, estabilizando, reavaliando o estado geral e transportando a vítima até o tratamento definitivo, para isso é importante o estabelecimento de protocolos especiais para cada situação específica e a formação de uma equipe treinada para cada cenário.

Do mesmo modo, Sousa, Silva e Barbosa (2020) destaca a importância da atuação do enfermeiro desde a gestão do APH no planejamento, gerenciamento de estoque e organização dos serviços até a assistência ao paciente no APH, por meio de reanimação cardiopulmonar, estabilização, avaliação de necessidades da vítima e estabelecimento de prioridades.

Desta forma é inegável que a agilidade, a triagem, os procedimentos exercidos pelo enfermeiro e o tempo de chegada ao hospital reduzem as complicações no quadro da vítima e promovem a estabilidade em grande parte dos pacientes.

5 | CONCLUSÃO

Em conclusão, a atuação rápida e qualificada do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar é essencial para garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes. O enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação inicial do paciente, no gerenciamento dos recursos disponíveis e na coordenação do transporte para o hospital mais próximo. No entanto, estes profissionais enfrentam diversas dificuldades, incluindo riscos ocupacionais, riscos de acidente, riscos físicos e psicológicos, que podem afetar diretamente a saúde e o bem-estar do profissional.

Para garantir a segurança desta categoria e de todas as outras atuantes no APH, é fundamental que sejam adotadas medidas de segurança adequadas no ambiente de trabalho, como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual, treinamentos regulares para enfrentamento de situações de emergência, e políticas institucionais que priorizem a saúde e segurança dos trabalhadores.

Além disso, é importante que haja investimento em políticas públicas que valorizem o trabalho da enfermagem, reconhecendo a importância da profissão para a saúde da população, oferecendo condições de trabalho adequadas e remuneração justa, condizente com a importância da função desempenhada.

Os pontos de dificuldades abordados nos artigos encontrados, em sua maioria não são exclusivos dos profissionais enfermeiros, mas esses pontos incluem, principalmente, estes profissionais.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R.S; SANTOS, M.R; Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel; **Revista Mineira de Enfermeira**; Pg: 601-608; 2012.

BRASIL. **Ministério da saúde**; Política Nacional de Atenção às Urgências; Brasília – DF; 2003.

BRASIL. **Ministério da saúde**; Portaria 824, de 24 de junho de 1999. BRASIL. **Ministério da saúde**; Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. BRASIL. **Ministério da saúde**; Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003.

Chamar 192 – Samu; rs.gov.br; Disponível em: <<https://www.rs.gov.br/carta-de-servicos/servicos?servico=1057>>; Acessado em: 05/10/2022.

CUNHA, V.P; ERDMANN, A.L; SANTOS, J.L.G; MENEGON, F.H.A; NASCIMENTO, K.C; Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência; **Enfermería Actual de Costa Rica**; n.37; San José; 2019.

GIL, A.C; **Métodos e técnicas de pesquisa social. 1. ed.** -- São Paulo: Editora Atlas S.A; 2008

GOMES, V.R; Atendimento pré-hospitalar no trauma: a importância da hora de ouro na recuperação e sobrevivência da vítima; **18º congresso nacional de iniciação científica**; 2018.

MALVESTIO, M.A.A; SOUSA, R.M.C; Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito; **Rev. Saúde Pública** 36 (5); 2002.

MALVESTIO, M.A.A; SOUSA, R.M.C; Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares; **Rev. Saúde Pública**; 2008

Martins, P.P.S; Prado, M.L; ENFERMAGEM E SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR: descaminhos e perspectivas; **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003; 56(1): 71-75.

Martins, C.C.F; Pontes, A.G.V; Vieira, A.N; Santos, V.E.P; Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros; **Rev Enferm UFSM**; Pg:282-289; 2012.

SCHMOELLER, R; TRINDADE, L.L; NEIS, M.B; GELBCKE, F.L; PIRES, D.E.P; Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa; **Rev. Gaúcha Enferm**; 2011.

SILVA, O.M; ASCARI, R.A; SCHIAVINATO, D; RIBEIRO, M. C; Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do samu: uma revisão integrativa; **Rev. Saúde Públ.**; Santa Cat., Florianópolis; v. 7; n. 1; p. 107-121; 2014.

SOUZA,B.P.S; SILVA, A.P.M; BARBOSA, E.F; ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA; **Revista Multidebates**; v.4; n.6; 2020.

Taveira RPC, Silva JLL, Souza RD, Rego VTSM, Lima VF, Soares RS. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência. **Glob Acad Nurs**. 2021;2(3):e156.

THOMAZ, R.R; LIMA, F.V; Atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar na cidade de São Paulo; **Acta Paul Enf**; v13; 2000.

ZAPPAROLI, A.S; MARZIALE, M.H.P; Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências **Rev. Bras. Enferm**; 2006.

AS REPERCUSSÕES DO ABUSO PSICOLÓGICO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Data de aceite: 02/06/2023

Tamiles Santos Teixeira

Andrea Dickie de Almeida Nogueira

RESUMO: A violência obstétrica fundamenta-se no apoderamento de profissionais da saúde no corpo e no processo reprodutivo de uma mulher, através de excesso de medicação, tornando patológico um processo natural e por tratamentos violentos, tirando da pessoa a autonomia e o poder de escolha sobre seu corpo **Objetivo:** identificar as consequências psicológicas da violência obstétrica, elencar a atuação de enfermagem na promoção de uma assistência humanizada e destacar os principais tipos de violência sofridas pelas gestantes, parturientes e puérperas. **Metodologia:** trata-se de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo. Para a pesquisa e coleta dos materiais, consultou-se as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS, Pubmed e google acadêmico com materiais já produzidos e publicados. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de acordo com o objetivo do trabalho, incluindo artigos publicados a

partir do ano de 2015, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa disponíveis na íntegra de forma digital. Artigos que não estavam dentro dos parâmetros citados acima foram excluídos. **Resultados e discussão:** Realizando uma análise crítica nos artigos selecionados, pode-se observar que as principais violências obstétricas realizadas pelas equipes assistenciais são: Violências verbais, físicas e psicológicas; despreparo e a desatualização da equipe de enfermagem e médica colaboram com a ocorrência das violências obstétricas; o desconhecimento acerca dos seus direitos e do que se trata a violência obstétrica tornam muitas mulheres reféns dos agressores frente as ameaças e violências; estratégias para prevenção e enfrentamento da VO podem ser discutidas e colocadas em prática.

PALAVRAS-CHAVE: “Violência Obstétrica” “Violência Obstétrica e Enfermagem” “Repercussões da Violência Obstétrica”.

THE REPERCUSSIONS OF PSYCHOLOGICAL ABUSE ON OBSTETRIC VIOLENCE

ABSTRACT: Obstetric violence is based on the seizure of health professionals in the body and reproductive process of a woman,

through excess medication, making pathological a natural process and by violent treatments, taking away from the person the autonomy and power of choice over their body Objective: to identify the psychological consequences of obstetric violence, to list the nursing performance in the promotion of humanized care and to highlight the main types of violence suffered by pregnant women, parturients and puerperal women. Methodology: this is a bibliographic review, with explanatory property and qualitative nature. For the research and collection of materials, we consulted the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS, Pubmed and google scholar with materials already produced and published. The inclusion criteria were established according to the objective of the study, including articles published from the year 2015, in Portuguese, Spanish or English available in full digitally. Articles that were not within the parameters cited above were deleted. Results and discussion: Performing a critical analysis in the selected articles, it can be observed that the main obstetric violence performed by the care teams are: Verbal, physical and psychological violence; unpreparedness and outdated nursing and medical staff contribute to the occurrence of obstetric violence; the lack of knowledge about their rights and what obstetric violence is about makes many women hostages of the aggressors in the face of threats and violence; strategies for prevention and coping with VO can be discussed and put into practice.

KEYWORDS: “Obstetric Violence” “Obstetric Violence and Nursing” “Repercussions of Obstetric Violence”.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um acontecimento único, de grande importância na vida de uma mulher e a violência obstétrica descaracteriza esse momento gerando traumas por meio de violência física, psicológica e sexual. A violência obstétrica fundamenta-se no apoderamento de profissionais da saúde no corpo e no processo reprodutivo de uma mulher, através de excesso de medicação, tornando patológico um processo natural e por tratamentos violentos, tirando da pessoa a autonomia e o poder de escolha sobre seu corpo (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

No Brasil foram criados programas como: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e rede cegonha para o estabelecimento de uma assistência humanizada, qualificada e livre de violências. O primeiro visando garantir o “acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.” (BRASIL, 2002). E o segundo desejando a redução dos índices de mortalidade materna e infantil garantindo a mulher o direito de planejar o futuro da sua família e ter uma gestação segura.

É regulamentado o exercício da enfermagem na área obstétrica através da lei 7.498 de 25 junho de 1986, considerado enfermeiro obstetra aquele possuidor de certificado ou diploma de obstetriz por um curso reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e tem como competência, segundo a RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016: o acolhimento a mulher, familiares e acompanhantes, garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido, promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, etc.

Neste contexto, surge a seguinte problematização: Quais tipos de violências obstétricas mais são sofridas pelas mulheres e quais ações de enfermagem podem preveni-las? Acredita-se que a assistência qualificada e humanizada de enfermagem favorece a não ocorrência de violências obstétricas tendo em vista que os profissionais irão respeitar os direitos da paciente e promover uma assistência focada no seu biopsicosocioespiritual.

Este estudo objetiva identificar as consequências psicológicas da violência obstétrica, elencar a atuação de enfermagem na promoção de uma assistência humanizada e destacar os principais tipos de violência sofridas pelas gestantes, parturientes e puérperas. Justificando-se devido à alta taxa de violência obstétrica ainda existente na contemporaneidade. Ademais tem-se a necessidade de identificar as principais violências sofridas pelas mulheres e os meios de prevenção destas, trazendo para o meio acadêmico esses dados e incentivando que os profissionais que estão sendo formados, entendam a importância de uma assistência humanizada.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência obstétrica

No século 20, os partos em sua pluralidade eram realizados dentro de casa por parteiras, esse procedimento era realizado de forma empírica, sem nenhum conhecimento científico. Nos dias que se seguem, com o avanço da medicina, os hospitais que no passado eram tidos como ambientes inseguros para a mulher e para o recém-nascido, passaram a ser o principal ambiente de realização de partos e foram descobertas diversas formas de alterar esse processo fisiológico, dentro dessas práticas, muitas são consideradas violências obstétricas. (LIMA, 2016).

A Violência obstétrica (VO) tem como definição:

qualquer conduta realizada por profissionais da saúde que desrespeite o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, sendo exercida a partir de medicalização, assistência insensibilizada, abusiva e com ações intervencionistas, assim como a transformação patológica dos processos fisiológicos da parturição (TEIXEIRA; Et al, 2020).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, foi constatado “que uma em cada quatro mulheres no país sofreu de violência obstétrica, e metade das que passaram por aborto, tinham relato parecido” (BRASIL, 2022), havendo também uma prevalência nas “negras, de menor escolaridade e atendidas no setor público” (LIMA, 2016).

Em uma simples definição, a violência contra a mulher é um ato ou conduta fundamentada pelo gênero que cause danos, sofrimento ou morte, a violência obstétrica é uma delas. No Brasil, existem leis como: a 11.340 de 2006 que “Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher” e a lei 13.104 de 2015, “onde prever

o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio”, que protegem as mulheres dessas agressões, mas até o presente momento não existe em vigor uma lei que criminalize a violência obstétrica.

Apesar disso, por este tema ser atualmente considerado um problema de saúde pública e está com frequência sendo motivos de debates nacionais e internacionais, no ano de 2018 no Distrito Federal, foi sancionada a lei Nº 6.144, DE 07 DE Junho de 2018 para gerar proteção e informação as grávidas e paridas onde trás condutas que são consideradas ofensas verbais e físicas e trazendo como obrigação aos estabelecimentos a exposição de informativos mostrando os tipos de violências e os meios de denuncia para elas, assim como portarias que: instituem o Programa de humanização no Pré-Natal e nascimento (Portaria 569/2000), coloca como dever do profissional da saúde acolher com dignidade a mulher e recém-nascido (Portaria 1.067/2005), assegura o contato pele a pele de mãe e bebê após o parto (Portaria 371/2014).

Em 2022 há um Projeto de Lei (PL) tramitando no senado para ser acusado de crime aquele que realizar violência obstétrica. O PL 2.082/ 2022 está no plenário do Senado Federal aguardando despacho e tem como objetivo além de prevenir essas práticas nas instituições de saúde e penalizar o infrator com pena de 3 meses a 1 ano de prisão, podendo agravar a pena se a vítima tiver idade inferior a 18 anos ou superior a 40 anos, chegando até 2 anos de detenção. Sendo aprovada, a lei trará como violência obstétrica:

qualquer conduta que seja direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, praticada sem consentimento, desrespeitando sua autonomia ou feita em desacordo com procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário (Agência Senado, 2022).

2.2 Tipos de violências obstétricas mais comuns e as suas consequências

O ato da violência obstétrica pode acontecer na gestação, parto e nascimento do bebê, do pré-natal ao puerpério. Em um estudo feito por Nery, V.P e Lucena, G.P no ano de 2019, foram constatados tipos de violência obstétrica sofridos pelas parturientes, sendo eles: realização de toques excessivos, manobra de kristeller, uso de ocitocina, episiotomia, indicação desnecessária de cesárias, privação do banho de conforto, analgesia, restrição do posicionamento no pré-parto, restrição de acompanhante na hora do parto e peregrinação em busca da maternidade, amniotomia, tricotomia, lavagem entérica a demora de atendimento e recusa de muitas maternidades em acolher a mulher.

Dentre todas as formas de violências os danos físicos, psicológicos e morais levam complicações para as mães e para os bebês, favorecendo ao aumento da dor e automaticamente o sofrimento no período do parto. Esses traumas podem favorecer no desenvolvimento de depressão pós-parto, temor por passar por outra gestação e alteração na imagem corporal o que ocasiona problemas de sexualidade, gerando possivelmente

contratempos matrimoniais (ROCHA; GRISI, 2017).

2.3 Ações de enfermagem na humanização da assistência a gestantes

Consta como diretriz no artigo 198 da constituição federal, a respeito dos serviços de saúde “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;” estabelecendo ao estado obrigação de promover a sua população condições de uma vida digna. Neste contexto, a humanização e o respeito durante a gestação e o parto estão sendo estimulados pelos órgãos de saúde por meio de decretos, portarias e tentativas de implementação de leis para a redução da violência obstétrica, aumentando a qualidade da assistência.

A humanização visa uma promoção integral da assistência, isto é, atendendo a dimensão biopsicosocioespíritual da gestante, fazendo com que o profissional tenha um olhar holístico para aquela indivíduo e reduzindo as intervenções sem necessidade de que muitas vezes são realizadas (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

Segundo o PHPN em 2002, as unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, o recém-nascido e a família, tendo atitudes solidárias e éticas, promovendo um ambiente acolhedor, além disso, a fim de estruturar de forma gradativa a assistência materno-infantil no Brasil, a rede cegonha vem sendo implementada como uma estratégia do Ministério da Saúde de garantir direitos às mulheres e as crianças.

Assim a humanização do parto passa a ser compreendida como “um conjunto de práticas e acolhimento; o fornecimento de orientações; a valorização da singularidade da parturiente; a realização de procedimentos comprovadamente benéficos à saúde materno-infantil e atualização profissional” (POSSATI *et al*, 2017).

Há um papel essencial da equipe multidisciplinar na assistência humanizada, podendo o enfermeiro participar de pré-natais de baixo risco até a realização do parto com respaldo da lei do exercício profissional da enfermagem (nº 7.498 de 1986) e do decreto 94.406 de 1987.

A enfermagem atua na realização de consultas de enfermagem no pré-natal, com avaliação integral da mulher, prescrevendo medicamentos protocolados, solicitando exames, tirando dúvidas, colhendo citopatologia (quando necessário), promovendo orientações para a promoção do autocuidado e do cuidado com o bebê e identificando riscos e vulnerabilidades da gestante (REIS; RACHED, 2017). Já na assistência hospitalar, há a atuação através do auxílio na realização de métodos não farmacológicos e não invasivos, com a utilização de bolas, barras, banho de aspersão, estímulo a deambulação e realização do parto sem distorcia (GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, 2020). Além da prática assistencial, os enfermeiros (as), tem função administrativa de provimento de recursos para o desenvolvimento das atividades nos setores de atuação e supervisão do pessoal de enfermagem (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

3 | METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, com propriedade explicativa e cunho qualitativo. Produzido no espaço de tempo de 10 meses, julho de 2022 a maio de 2023. Para a pesquisa e coleta dos materiais, consultou-se as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILICAS, Pubmed e google acadêmico com materiais já produzidos e publicados com os descritores de busca: “violência obstétrica” “violência obstétrica e enfermagem” “repercussões da violência obstétrica”. Além de legislações, resoluções e portarias já vigentes no país e projetos de leis. Os critérios de inclusão foram estabelecidos de acordo com o objetivo do trabalho, incluindo artigos publicados a partir do ano de 2015, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa disponíveis na íntegra de forma digital. Artigos que não estavam dentro dos parâmetros citados acima foram excluídos.

Para filtragem dos artigos nas plataformas acima citadas, utilizou-se a análise de títulos e leitura dos resumos. Após a seleção inicial, foram eleitos os materiais que abordaram: as consequências psicológicas da violência obstétrica, elencaram a atuação de enfermagem na promoção de uma assistência humanizada ou destacaram os principais tipos de violência sofridas pelas gestantes, parturientes e puérperas como descritos nos objetivos para serem lidos em sua integralidade e posteriormente formulação do presente trabalho.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento dos materiais a serem utilizados, foram selecionados 25 artigos acerca do tema. Segundo os critérios de inclusão e exclusão, 18 pesquisas foram analisadas com maior profundidade e utilizadas para o embasamento científico deste trabalho, 9 delas serão analisadas e discutidas nos parágrafos abaixo.

A Violência Obstétrica infelizmente ainda é muito recorrente no Brasil, estudos realizados nos anos de 2011 e 2015 no país, constatou que houve uma prevalência de 44,3% e 18,3% de casos de VO, respectivamente (BRASIL, 2022).

Realizando uma análise crítica nos artigos selecionados, pode-se observar que as principais violências obstétricas realizadas pelas equipes assistenciais são: Violências verbais, através de discursos desrespeitosos, em tom de ironia e proferindo frases do tipo “Quando você fez sexo você não reclamou, então por que você está reclamando agora?”, “Vamos logo! Vocês ficam grávidas e não querem sentir dor!”, físicas, com a realização de manobras de *Kristeller*, utilização de ocitocina, realização de episiotomia, indicação desnecessária de cesárea e psicológicas com a banalização da dor, toques realizados sem consentimento.

Nesse contexto Paiva, et al 2022 abordam sobre a realização de partos abdominais sem risco materno ou fetal, mas pela comodidade das pacientes e seus respectivos médicos. Muitas vezes os profissionais realizam pressões psicológicas a respeito de complicações

no parto vaginal pelo tamanho do bebê, da pelve materna e da possibilidade de circular de cordão, indicando aos pais que o ideal e mais seguro seria que a mulher realizasse uma cesariana. Trazem também sobre o medo que as gestantes têm de não conseguir retomar a vida sexual e de sofrer maus tratos durante a internação para a realização do parto vaginal.

Quanto a situações de maus tratos, Ribeiro e colaboradores 2020, trazem como resultados de pesquisa a banalização da dor, a discriminação a mulheres multíparas, a realização de procedimentos desnecessários, como: tricotomia, forçar a gestante a deambular na última fase do parto e uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.

Menezes, et al 2020 corroboram sobre a existência de violências verbais, físicas e psicológicas além de complementarem que há ainda, quebra do sigilo, invasão de privacidade e recusa assistencial a mulheres durante o parto e em casos de aborto.

No estudo realizado por De Paula, et al 2020 com gestores de instituições de saúde, confirma-se o conhecimento e reconhecimento da parte deles sobre a importância da Lei 11.108/2005, conhecida como “lei do acompanhante”, mas grande parte das parturientes não tem esse direito acolhido sendo alegada falta de estrutura hospitalar para o acolhimento dos acompanhantes. Nos depoimentos, também evidenciou que é de conhecimento desses agentes que a equipe não fornece informação às gestantes a respeito do parto, como: procedimentos que serão realizados, liberdade de movimento durante o trabalho de parto, técnicas de relaxamento para alívio da dor e a possibilidade do contato mãe-bebê imediatamente após o nascimento.

No mesmo estudo também foram destacadas dificuldades em promover treinamento de profissionais de saúde com maior tempo de serviço e formação, visto que reagem negativamente às mudanças implementadas e que alguns profissionais demonstram desconhecimento em relação às boas práticas intervencionistas utilizadas durante o parto.

Com essas constatações pode-se compreender que o despreparo e a desatualização da equipe de enfermagem e médica colaboram com a ocorrência das violências obstétricas e esses eventos geram diversas repercussões psicológicas negativas a estas mulheres.

Neste contexto, Maia et al, 2018 afirmam que o desconhecimento acerca dos seus direitos e do que se trata a violência obstétrica tornam muitas mulheres reféns dos agressores frente as ameaças e violências, não realizando denúncias e se calando diante da angústia, insegurança e constrangimento. Esses fatores impactam na taxa de mortalidade materna, tendo em vista que a violência durante a gestação gera risco no desenvolvimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade, fobias, compulsão alimentar, distúrbio do sono e outros sintomas psicossomáticos.

No estudo de Rocha e Grisi, 2017 é concluído que muitas mulheres não entendem sobre violência obstétrica -como destacado por Maia et al, 2018- e acreditam que muitas atitudes realizadas pelos profissionais são naturais e comuns. Além disso, destacam que 60% das mulheres que tiveram algum evento traumático no parto apresentam nas primeiras semanas do pós-parto sinais de depressão, problema este que está diretamente associado

a violências obstétricas e falta de humanização dos profissionais.

A gestação causar alterações hormonais, fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo assim, a mulher tem o direito de receber uma assistência de qualidade com respeito e empatia dos profissionais de saúde, livre de julgamento e qualquer tipo de violência.

Para isso faz-se necessário a realização de eventos para educação e atualização dos profissionais obstetras, estimular partos naturais com o mínimo de intervenções possíveis, além de determinar punições severas aqueles que não estiverem agindo de acordo com as leis e protocolos acerca da humanização na assistência as gestantes.

Assim, Nery e Lucena 2019 apontam que os profissionais podem minimizar a dor das pacientes, confortá-las, esclarecer dúvidas e orientá-las da melhor forma possível para que o parto seja um momento agradável e marcante para a mulher. Santos e Pereira referem no seu estudo a valorização das puérperas à escuta qualificada e ao cuidado com pelo menos os atendimentos as necessidades mínimas que lhes foram oferecidas.

Jardim e Modena, 2018 afirmam que a colocação de estratégias para prevenção e enfrentamento da VO podem ser discutidas e colocadas em prática. Para isso as mudanças deveriam começar nos cursos de graduação e especialização dos enfermeiros obstetras, trazendo dentre os diversos temas expostos, a abordagem de forma incisiva sobre a humanização da assistência, fazendo-os refletir sobre os atuais problemas enfrentados pelas gestantes e construindo assistências respeitadas, humanas e integrais podendo assim reduzir iatrogenias e cesarianas desnecessárias.

Além disso, segundo Zanchetta e Escobar, 2021 há necessidade de empoderamento da população promovendo debates sobre os direitos obstétricos, educar as mulheres nos seus períodos de pré-natal a respeito da existência desse tipo de violência e implementar políticas internacionais que reforcem o direito das mulheres e das crianças.

5 | CONCLUSÃO

Por tanto, a violência obstétrica é uma forma de abuso que ocorre durante o parto, na qual a gestante é submetida a procedimentos desnecessários ou humilhantes e as consequências podem ser graves, incluindo problemas físicos e emocionais. Mulheres que passam por essa experiência podem experimentar dor, trauma, depressão, ansiedade e baixa autoestima.

Dessa forma, a prevenção da violência obstétrica começa com a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância de respeitar os direitos das mulheres. Isso inclui o direito à informação clara e completa sobre o parto e o consentimento para intervenções que forem ser realizadas. Além disso, cabe aos enfermeiros, implementarem práticas de cuidado centradas na mulher, como, encorajá-las a escolher a posição e método de alívio da dor, oferecer apoio emocional e físico durante todo o parto respeitando as suas necessidades e desejos.

É importante lembrar que a prevenção da violência obstétrica é de responsabilidades de gestores e profissionais de saúde, pacientes e comunidade, para assim, promover um parto respeitoso e acolhedor para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.S.C; GAMA, E.R; BAHIANA, P.M; Humanização do parto A atuação dos enfermeiros; **Revista Enfermagem Contemporânea**; 2015.

BRASIL; Fiocruz; Maus tratos e violência obstétrica como desafio para a epidemiologia e a saúde pública; Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/maus-tratos-e-violencia-obstetrica-como-desafio-para-epidemiologia-e-saude-publica>>; Acessado em: 07/04/2023.

DE MENEZES, F.R; DOS REIS, G.M; SALES, A.A.S; JARDIM, D.M.B; LOPES, T.C; O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições; **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**; 2020.

DE PAULA, E; ALVES, V.H; RODRIGUES, D.P; FELICIO, F.C; ARAÚJO, R.C.B; CHAMILCO, R.A.S.I; ALMEIDA, V.L.M; Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers; **Texto e Contexto- Enfermagem**; 2020.

GOMES, C.M; OLIVEIRA, M.P.S; LUCENA, G.P; O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado; São Paulo: **Revista Recien.**; 2020; 10(29):180-188.

JARDIM, D.M.B; MODENA, C.M; Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 2018.

LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

LEI Nº 6.144, DE 07 DE JUNHO DE 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal.

LIMA, K.D; RAÇA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL; **Fundação Oswaldo Cruz**; Recife; 2016.

MAIA, J.S; SANT'ANNA, G. S; MENEGOSSE, F.S; ZANNINI, J.S; a mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais; **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, Ed. 11, Vol. 07, pp. 54-68 Novembro de 2018.

NERY, V.P; LUCENA, G.P; Principais Tipos de Violências Obstétricas Sofridas pelas Parturientes; **UNICEPLAC**; 2019.

Oliveira; L.G.S.M; Albuquerque, A; VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES; **Revista CEJ**; p. 36-50; Brasília; 2018.

PAIVA, A.M.G; PEREIRA, A.M.M; DANTAS, S.L.C; RODRIGUES, A.R.M; SILVA, F.W.O; RODRIGUES, D.P; Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise de correspondência; **Cogitare Enfermagem**; 2022.

POSSATI, A.B; PRATES, L.A; CREMONESE, L; SCARTON, J; ALVES, C.N; RESSEL, L. B; Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras; **Esc. Anna Nery**; 2017.

REIS, R.S; RACHED, C.D.A; O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa – gestante; **International Journal of Health Management Review**; 2017.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia [...].

RIBEIRO, D.O; GOMES, G.C; OLIVEIRA, A.M.N; ALVAREZ, S.Q; GONÇALVES, B.G; ACOSTA, D.F; Obstetric violence in the perception of multiparous women; **Revista Gaúcha de Enfermagem**; 2020.

RODRIGUES, K; Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil; **FIOCRUZ**; 2022; Disponível em: < encurtador.com.br/ahqNZ>; Acessado em: 17/10/2022.

ROCHA, M.J; GRISI, E.P; Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade; **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.11; N. 38; 2017.

SANTOS; L.M; PEREIRA, S.S.C; Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo; **Physis: Revista de Saúde Coletiva**; 2012.

TEIXEIRA, P.C; ANTUNES, L.S; DUAMARDE, L.T.L; VELLOSO, V; FARIA, G.P.G; OLIVEIRA, T.S; Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: A dor que querem calar; **Revista Nursing**; 2020.

VICENTE, V; OLIVEIRA, P; Proposta pune violência obstétrica com até dois anos de detenção; **Agência Senado**; 2022.

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA RAIVA HUMANA

Data de aceite: 02/06/2023

Matheus Gonçalves De Araújo

Discente

Kátia Chagas Marques Diaz

Orientadora: Prof.^a Me.

RESUMO: A raiva é uma enfermidade infecciosa viral aguda causada por um vírus do gênero *Lyssavirus*, da família *Rabhdoviridae*, que infecta os mamíferos, inclusive o ser humano, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade próxima de 100%.

Objetivo: analisar a atuação do Enfermeiro na prevenção e controle da raiva humana quanto ao acompanhamento dos pacientes nos esquemas de pré e pós exposição.

Metodologia: A pesquisa foi realizada em cunho qualitativo e foram utilizadas como fonte de pesquisa as plataformas: SciElo, PubMed, jornais, revistas e manuais obtidos através de sites governamentais. Tendo como descritores: raiva, raiva humana, atendimento do enfermeiro e como critério de exclusão foram utilizados artigos fora do período mínimo de 20 anos e artigos no qual não puderam por algum motivo serem traduzidos para língua portuguesa.

Resultados e discussão: O papel do

enfermeiro é essencial quando se trata na implantação de novas políticas de saúde e na manutenção delas, partindo deste pressuposto é certo que os processos de trabalho na enfermagem podem ter maneiras de fazer parecidas e aspectos diferentes construídos de acordo com a concepção de saúde-doença nos locais de atuação, buscando desempenhar o trabalho da melhor forma, mesmo que manualmente, com foco no resultado positivo para que o paciente possa estar bem de saúde e satisfeito. **Conclusão:** Concluiu-se que a articulação e a integração dos processos de trabalho assistir, administrar e ensinar sobre atendimento humanizado à Profilaxia da Raiva Humana, para a condução adequada da profilaxia antirrábica.

PALAVRAS-CHAVE: raiva humana, enfermeiro, atendimento, profilaxia.

THE ASSISTANCE OF THE NURSE IN THE PREVENTION OF HUMAN ANGER

ABSTRACT: Rabies is an acute viral infectious disease caused by a virus of the genus *Lyssavirus*, of the *Rabhdoviridae* family, which infects mammals, including humans, and is characterized as a

progressive and acute encephalitis with lethality close to 100%. **Objective:** to analyze the Nurse's performance in the prevention and control of human rabies regarding the follow-up of patients in pre- and post-exposure schemes. **Methodology:** The research was carried out in a qualitative way and the following platforms were used as a research source: SciELO, PubMed, newspapers, magazines and manuals obtained through government websites. Having as descriptors: anger, human anger, nursing care and as exclusion criteria, articles outside the minimum period of 20 years and articles in which they could not, for some reason, be translated into Portuguese were used. **Results and discussion:** The role of the nurse is essential when it comes to the implementation of new health policies and their maintenance, based on this assumption it is certain that the work processes in nursing can have similar ways of doing things and different aspects built according to the conception of health-disease in the work places, seeking to perform the work in the best way, even if manually, focusing on the positive result so that the patient can be in good health and satisfied. **Conclusion:** It was concluded that the articulation and integration of work processes assist, administer and teach about humanized care for Human Rabies Prophylaxis, for the proper conduct of anti-rabies prophylaxis.

KEYWORDS: human rabies, nurse, care, prophylaxis.

1 | INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença transmitida pela inoculação do vírus *Lyssavirus*, da família *Rabhdoviridae*, é considerada uma antroponose, ou seja, é transmitida por animais mamíferos infectados ao homem por meio da mordedura, arranhadura ou até mesmo a lambadura, pois o vírus está contido usualmente na saliva do animal infectado. É caracterizada como uma encefalite viral aguda que acomete adultos ou crianças de forma progressiva, irreversível e causa sequelas permanentes (BRASIL, 2018).

A raiva apresenta três ciclos epidemiológicos de transmissão, sendo os dois principais: o urbano e o silvestre. A transmissão do vírus se dá pelo contato do ser humano com a saliva do mamífero infectado, seja pelo ciclo silvestre aéreo, como por exemplo o morcego; ou o ciclo rural, como bovinos ou equinos e outros animais; o ciclo de transmissão no ambiente urbano, é caracterizado pelos animais domesticados, com contato frequente com humanos, como por exemplo cães e gatos, que possam estar infectados, por falta de imunização preventiva com periodicidade anual (MONTEIRO, 2022).

Dentre os principais sintomas no animal infectado, destacam-se a disfagia, a sialorreia, a mudança de comportamento, a mudança de hábitos alimentares, a paraplegia. A raiva humana é uma doença muito temida, com alta letalidade e a notificação de todo caso suspeito é compulsória e imediata. O principal quadro clínico da doença no homem se caracteriza pela inflamação do sistema nervoso central, com paresia, paralisia, fotofobia, agressividade, disfagia, hidrofobia, febril, anorexia, entorpecimento, irritabilidade, inquietude (BRASIL, 2021).

O Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNCR) foi criado em 1973 no Brasil e

tem como objetivos controlar a raiva canina e eliminar a raiva humana transmitida por cães e gatos. As ações de controle da doença consistem no tratamento profilático conduzidos pelos profissionais que realizam o atendimento antirrábico, dentre eles o enfermeiro durante a consulta de enfermagem ao paciente exposto ao risco de contrair a doença. A vacinação de cães e gatos realizada pelo Centro de Controle de Zoonoses; a vigilância epidemiológica que consiste na notificação, investigação e encerramento dos casos de pessoas que sofreram agressão por animais transmissores da doença; o diagnóstico laboratorial; o controle da população animal e educação em saúde (BRASIL, 2022).

Os enfermeiros como integrante da equipe multidisciplinar estão diretamente associados a tomada de decisão para orientar quanto as ações de prevenção e controle da raiva humana, que consiste no momento da consulta de enfermagem a limpeza do local, pois comprovadamente reduz o risco de infecção. A realização da anamnese completa para a recomendação dos esquemas profilático de pré exposição e pós exposição com o uso da vacina ou soro antirrábico de forma adequada e oportuna para a prevenção da doença (BEZERRA, 2011).

A raiva humana é uma doença evitável por meio da vacinação e que não deve existir dúvidas quanto ao tratamento com a profilaxia. Portanto, o enfermeiro desenvolve a assistência ao paciente quanto a profilaxia de exposição ao vírus rábico, baseada em evidências por meio do processo de enfermagem e em conjunto com os demais profissionais da área.

É importante que esses profissionais tenham conhecimento sobre a doença, sobre as medidas profiláticas atualizadas em razão das constantes mudanças nos protocolos de prevenção da raiva humana ocorridos nos últimos anos (BARBBONIA, 2011).

Diante disso, elegemos como questionamento: qual a importância da atuação do enfermeiro na prevenção da raiva humana no atendimento ao paciente que sofreu uma agressão por animais transmissores da doença?

Justifica-se a escolha do tema porque a doença que atinge o sistema nervoso central, tem uma taxa de letalidade geralmente em torno de 100% dos casos afetados. Assim, é de extrema importância, o conhecimento sobre o tema, bem como as medidas profiláticas oportunas e efetivas para que não ocorram casos de raiva humana.

Dentre as profissões que constituem o processo de trabalho em saúde é evidente o trabalho de enfermagem presente nos diversos níveis de atenção à saúde. Desta forma, o objetivo geral da pesquisa foi analisar a atuação do Enfermeiro na prevenção e controle da raiva humana quanto ao acompanhamento dos pacientes nos esquemas de pré e pós exposição. E como objetivos específicos, discorrer sobre o ciclo epidemiológico da raiva e a epidemiologia; destacar os acidentes com animais transmissores da raiva, os esquemas de pré e pós exposição, tratamento e acompanhamento indicados para essas situações; E por fim, enfatizar o papel do enfermeiro nas ações e medidas que visam promover a prevenção da doença na população em risco.

2 | MATERIAIS E METÓDOS

O presente estudo foi realizado com base no método de pesquisa qualitativa, no qual é definida como aquela que privilegia a análise de micro processos, através do estudo das ações sociais individuais e em grupos, realizando um exame intensivo dos dados (Creswell, 2014).

A pesquisa consiste na área de ciências da saúde, abordando o campo de saúde pública, principalmente, com enfoque no tratamento profilático da raiva humana, no atendimento, quanto as orientações ao paciente sobre a conduta preventiva da doença e a promoção da saúde do mesmo, e da população em risco.

Quanto aos procedimentos técnicos consiste numa pesquisa exploratória bibliográfico na qual proporciona maior familiaridade com o problema e são utilizados material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos” (Gil, 2010).

A busca se deu de forma teórica, como modelo de pesquisa que, segundo Godoy (1995), a ampliação do conhecimento já existente, é resultado da junção dos antigos e dos novos conhecimentos, o que é a característica principal da pesquisa qualitativa que explica fenômenos sociais.

3 | METODOLOGIA

Foram utilizadas como fonte de pesquisa as plataformas: SciElo, PubMed, jornais, revistas e manuais obtidos através de sites governamentais. Tendo como descritores: raiva, raiva humana, atendimento do enfermeiro, e como critério de exclusão foram utilizados artigos fora do período mínimo de 20 anos e artigos no qual não puderam por algum motivo serem traduzidos para língua portuguesa.

Foram encontrados 30 materiais como referência teórica, dentre eles: 13 artigos científicos, 7 estudos de caso, e 10 revistas informativas.

Durante a realização da pesquisa, utilizou-se de 22 materiais dos encontrados adquiridos através de artigos científicos e revistas especializadas, e para o critério de inclusão foi levado em consideração o grau de importância de cada um e a sua coerência com o tema proposto, entre eles: 11 artigos científicos, 6 estudo de casos, 7 revistas informativas.

As fontes de dados escolhidas foram revistas de enfermagem on-line, Scielo, PubMed e os critérios para inclusão foram considerados artigos nacionais disponíveis em texto completos. Logo após a escolha e seleção dos artigos, foi feita a leitura e reunião dos dados que confirmaram a veracidade do referencial teórico da pesquisa realizada.

4 | EPIDEMIOLOGIA E O CICLO EPIDEMIOLOGICO DA RAIVA

A raiva é uma enfermidade infecciosa viral aguda causada por um vírus do gênero

Lyssavirus, da família Rabdoviridae, que infecta os mamíferos, inclusive o ser humano, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade próxima de 100% (BRASIL, 2022).

De acordo com os dados obtidos no Ministério da Saúde, com seu trabalho em conjunto com a vigilância sanitária, no período de 2010 a 2022, foram registrados 45 casos de raiva humana. Desses casos, nove tiveram agressões provocadas por cães, 24 por morcegos, quatro por primatas não humanos, dois por raposas, quatro por felinos e em dois deles não foi possível identificar a espécie de animal agressora. Na série histórica de casos de raiva humana no Brasil, apenas dois casos evoluíram para cura, os demais evoluíram para óbito, sendo o último em 2017, que ocorreu no Amazonas (BRASIL, 2022).

O portal de Sistema de Informação de Agravos de Notificação, traz consigo os instrumentos para registro e análise dos casos, como a ficha de notificação/investigação e o dicionário de dados para que o enfermeiro possa se basear, porém ainda é pouco, já que há a falta de orientação diretamente com a população que muitas das vezes acabam comparecendo na unidade médica somente após os sintomas estarem agravados (BRASIL, 2002).

A raiva apresenta três ciclos de transmissão, o urbano: representado principalmente por cães e gatos; Rural: representado por animais de produção, como: bovinos, equinos, suínos, caprinos; Silvestre terrestre: representado por raposas, guaxinins, primatas e, principalmente, o ciclo aéreo que é mantido pelos morcegos (BRASIL, 2022).

De acordo com o boletim epidemiológico da Secretaria do Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, onde:

“No Brasil, no período de 2010 a 2021, foram registrados 40 casos de raiva humana. Destes casos, nove ocorreram por meio de agressão por cão, vinte por morcegos, quatro por primatas não humanos, quatro por felinos, dois por raposa e em um deles não foi possível identificar o animal agressor” (BRASIL, 2022).

A raiva é transmitida ao ser humano através da saliva de animais infectados, substancialmente por meio da mordedura, porém, pode ainda ser propagada pela arranhadura, lambedura de mucosas ou ferimentos já existentes. O tempo de incubação pode variar dentre as espécies, sendo em dias ou até mesmo em anos, quando trata-se em humanos tem a média de 45 dias, sendo com período mais curto em crianças, geralmente (VARGAS, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2022):

“O período de incubação está relacionado à localização, extensão e profundidade da mordedura, arranhadura, lambedura ou tipo de contato com a saliva do animal infectado; da proximidade da porta de entrada com o cérebro e troncos nervosos; concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral” (BRASIL, 2022).

Nos animais domésticos, como cães e gatos, a exterminação do vírus pela saliva

acontece entre 2 e 5 dias antes de aparecerem sinais clínicos e tem durabilidade durante todo o desenvolvimento da doença, e é nesse período que o torna transmissível. O animal vem a óbito entre 5 e 7 dias depois da apresentação dos primeiros sintomas, geralmente. Ainda não se é sabido o tempo certo em que os animais silvestres podem transmitir a doença. Porém no caso de morcegos eles podem reter o vírus de forma transmissível sem qualquer sintoma aparente, isso ocorre com todos os quirópteros (BRASIL, 2009).

O indivíduo infectado, apresenta sinais e sintomas, como: Mal-estar geral; Febre; Cefaléia; Náuseas; Odinofagia; Entorpecimento; Irritabilidade; Inquietude; Sensação de angústia; que podem durar de 2 a 10 dias. Em pacientes mais graves podem ocorrer: linfadenopatia, hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento. Com a progressão da infecção surgem aparições mais graves e complicadas, como:

“Ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes; febre e delírios; Espasmos musculares involuntários, generalizados e/ou convulsões; Espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua ocorrem quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido, apresentando sialorréia intensa, fenômeno conhecido como “hidrofobia”. Os espasmos musculares evoluem para um quadro de paralisia, provocando alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária e obstipação intestinal. Observa-se, ainda, presença de disfagia, aerofobia, hiperacusia e fotofobia” (BRASIL, 2022).

Com o diagnóstico do caso de raiva humana, confirmado em laboratório, e o paciente em está com vida, deve ser realizada uma autópsia que se dá pela raspagem da mucosa lingual, pele da região cervical, ou pela impressão de córnea, método essencial para confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2022).

5 | ESQUEMA DE PROFILAXIA: PRÉ E PÓS EXPOSIÇÃO

A Profilaxia de pré-exposição é a vacina antirrábica, atenuada, preparada em cultura de tecido renal de suíno, no qual é indicada para pessoas com risco de exposição frequente ao vírus da raiva, durante suas atividades ocupacionais, como (BRASIL, 2022):

“Profissionais e auxiliares de laboratórios de virologia e anatomopatologia para a raiva; Profissionais que atuam na captura de quirópteros; Médicos veterinários e outros profissionais que atuam constantemente sob risco de exposição ao vírus rábico (zootecnistas, agrônomos, biólogos, funcionários de zoológicos/parques ambientais, espeleólogos); Estudantes de medicina veterinária e estudantes que atuem em captura e manejo de mamíferos silvestres potencialmente transmissores da raiva; Profissionais que atuam em área epidêmica para raiva canina de variantes 1 e 2, com registro de casos nos últimos 5 anos, na captura, contenção, manejo, coleta de amostras, vacinação de cães, que podem ser vítimas de ataques por cães” (BRASIL, 2022).

Em caso de pessoas com risco à exposição do vírus, tais como turistas que venham

a estar em áreas endêmicas ou epidêmicas, devem passar por uma avaliação individual em que podem receber a profilaxia de pré-exposição, já que devem ser levados em consideração todos os riscos de exposição durante sua viagem.

As vantagens da profilaxia pré-exposição são simplificar o tratamento pós-exposição, suprimindo a necessidade de imunização desnecessária e limitando o número de doses da vacina. Além disso ainda pode gerar uma resposta de imunidade secundária muito mais rápida, depois de iniciar o processo de pós-exposição (BRASIL, 2022).

Como qualquer outra forma de imunização, com a vacina também podem ocorrer reações adversas, como: Dermatológico: Coceira; Gastrintestinal: Náusea, êmese; Local Da Injeção: algia no local da aplicação, edema, eritema; Músculo-Esquelético: mialgia; Sistema Nervoso Central: cefaléia, vertigem (BRASIL, 2022).

As ações de profilaxia são periodicamente atualizadas de acordo com o surgimento de novos estudos. O Ministério da Saúde trouxe em novembro de 2022 as últimas atualizações acerca de como devem prosseguir na ocorrência de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva, já que essa doença é caracterizada como encefalite progressiva com cerca de 100% de letalidade. A tabela a seguir descreve a profilaxia da raiva:

TIPO DE EXPOSIÇÃO	ANIMAL AGRESSOR				
	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO (bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos)	MAMÍFEROS SILVESTRES (ex.: raposa, macaco, sagui)	MORCEGOS
	ANIMAL PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO POR 10 DIAS E SEM SINAIS SUGESTIVOS DE RAIVA	ANIMAL NÃO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO POR 10 DIAS OU COM SINAIS SUGESTIVOS DE RAIVA			
<p>CONTATO INDIRETO</p> <p>Tocar ou dar de comer para animais.</p> <p>Lambadura em pele íntegra.</p> <p>Contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano.</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INDICAR PROFILAXIA</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INDICAR PROFILAXIA</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INDICAR PROFILAXIA</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INDICAR PROFILAXIA</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>

<p>LEVE</p> <p>mordedura ou arranhadura superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés</p> <p>lambedura de lesões superficiais</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INICIAR PROFILAXIA.</p> <p>Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>
<p>GRAVE</p> <p>mordedura ou arranhadura nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés</p> <p>mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo</p> <p>mordedura ou arranhadura profunda, mesmo que puntiforme</p> <p>lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas</p> <p>mordedura ou arranhadura causado por mamífero silvestre</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>NÃO INICIAR PROFILAXIA.</p> <p>Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>	<p>Lavar com água e sabão.</p> <p>INICIAR PROFILAXIA:</p> <p>VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*</p>		
<p>*VACINA</p> <p>Quatro doses, nos dias 0, 3, 7 e 14</p> <p>A vacina deverá ser administrada por via intradérmica ou via intramuscular.</p> <p>Via intradérmica: volume da dose 0,2 ml. O volume da dose deve ser dividido em duas aplicações de 0,1 ml cada e administradas em dois sítios distintos, independente da apresentação da vacina, seja 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço.</p> <p>Via intramuscular: dose total 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Administrar todo o volume do frasco. Local de aplicação: no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 (dois) anos. Não aplicar no glúteo.</p>					

SORO (SAR ou IGHAR)*	O SAR, ou a IGHAR, deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7º dia após a aplicação da 1º dose de vacina. Após esse prazo é contraindicado. Existindo clara identificação da localização da(s) lesão(ões), recentes ou cicatrizadas, deve-se infiltrar o volume total indicado, ou o máximo possível, dentro ou ao redor da(s) lesão(ões). Se não for possível, aplicar o restante por via IM, respeitando o volume máximo de cada grupo muscular mais próximo da lesão. Soro antirrábico (SAR): 40 UI/kg de peso. Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/kg de peso.
----------------------	---

TABELA 1: DE PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA.

Fonte: Ministério da Saúde divulga novos documentos com orientações sobre a raiva (BRASIL, 2022).

Como podemos observar na tabela 1, em caso de animais domésticos, sejam cães ou gatos, os mesmos podem ser observados durante 10 dias, a fim de reconhecer sinais sugestivos com a infecção, não deixando de encaminhar o paciente ao sistema de saúde (BRASIL, 2022).

Vale ressaltar que quando o indivíduo passar por qualquer tipo de acidente, seja o mais brando possível deverá lavar com água e sabão e ir imediatamente para a unidade de saúde ou o pronto socorro mais próximo.

“A limpeza deve ser cuidadosa, visando eliminar as sujidades sem agravar o ferimento, e, em seguida, devem ser utilizados antissépticos como o polivinilpirrolidonaioodo, povidine e digluconato de clorexidina ou álcool-iodado. Essas substâncias deverão ser utilizadas somente na primeira consulta. Nas seguintes, deve-se realizar cuidados gerais orientados pelo profissional de saúde, de acordo com a avaliação da lesão” (BRASIL, 2022).

Em casos em que o animal pode realmente estar sendo um transmissor, ou seja, em que ele pode apresentar sintomas ou já ter sido diagnosticado anteriormente, o indivíduo deve procurar a unidade médica mais próxima e o mais rápido possível. Em relação ao ferimento, deve ser lavado com água e sabão somente, e ser aplicado um antisséptico (SILVA GM, 2013).

O médico ou o enfermeiro devem prescrever um esquema de profilaxia, este que realizará a avaliação do agravo, mais comum ser o enfermeiro já que é ele que está a frente ao atendimento. Em casos de animais domésticos, quando possível, manter o animal em observação por pelo menos 10 dias, para que assim haja o acompanhamento de sintomas ou até mesmo da morte do animal. Ainda no caso de animais domésticos, é válido dizer que a vacinação anual é totalmente eficaz na prevenção da raiva, que como consequência, previne ainda a raiva humana.

“Deve-se sempre evitar a proximidade com cães e gatos de rua, ou sem autorização do tutor, não mexer ou tocá-los quando estiverem se alimentando, com crias ou dormindo. Nunca tocar em morcegos ou outros animais silvestres, principalmente quando estiverem caídos no chão ou encontrados em situações não habituais. Vacinar também animais de produção, como bovinos, ovinos, equinos, caprinos, em áreas endêmicas, e manejar estes animais, em caso de suspeita da doença, sempre utilizando equipamento de proteção individual” (BRASIL, 2022).

É necessário que, após a possível exposição ao vírus, mesmo que sem sintomas, a vítima seja encaminhada imediatamente a unidade de saúde, para que assim possa ser atendida e acompanhada da maneira correta (BRASIL, 2022).

Após a chegada do acidentado, o enfermeiro que, naquele momento encontra-se capacitado para atuar no esquema de pós-exposição deverá cuidar para que seu paciente realize todos os passos e retorne à unidade médica para que dados sejam incluídos ao sistema e possam contribuir com casos futuros, porém é perceptível que ainda são vagas as informações e a qualidade da forma de atendimento dos pacientes, bem como as políticas utilizadas nestes casos (FRIAS DFR et al, 2016).

A importância de tal acompanhamento, vai além do cuidado individual, mas também do coletivo, conhecendo o paciente e o que levou à tal exposição, é a instrução que o enfermeiro dará para esta pessoa, que, caso seja diagnosticada positivamente, poderá evitar casos em massa, como epidemias (ROCHA SMM, 2000).

Ainda, vale dizer que existem profissionais que podem estar diariamente expostos à raiva, por exemplo veterinários, estes que devem sempre ser orientados pelos enfermeiros do posto de atendimento em manter sua vacinação em dia, ou até mesmo acompanhar o seu caso e do animal em caso de acidente (FRIAS et al, 2016).

Como já relatado, a equipe de enfermagem é essencial para o atendimento já que traz consigo toda a qualificação necessária para realização do serviço prestado, sejam em pessoas que possam ter sofrido acidentes por acaso ou até mesmo em profissionais da saúde que possam estar mais propensos à exposição. (CAVALCANTE, 2018).

6 | A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROFILAXIA DA RAIVA

O enfermeiro tem um papel essencial na implantação e manutenção das políticas de saúde brasileiras. Ele é responsável pela organização de práticas em saúde coletiva e por enfrentar problemáticas de grupos humanos, sendo verificada a sua atuação em vários momentos do processo de trabalho em saúde. É evidente que os processos de trabalho em enfermagem têm maneiras de fazer semelhantes e aspectos diferentes construídos segundo concepções de saúde-doença nos locais de atuação (BEZERRA, 2011).

Segundo (EGRY et al, 1999; p. 150):

“para a criação de novas práticas é preciso repensar os processos de trabalho em saúde, na sua totalidade dinâmica; particularmente, o estudo dos instrumentos de trabalho, empregado pelos enfermeiros em suas práticas proporcionaria informações pertinentes para análise de sua adequação ao objeto e a sua finalidade”.

Os profissionais de enfermagem têm procurado cada vez mais a construção de conhecimentos específicos buscando autonomia para realizar diversificadas tarefas, o enfermeiro se destaca por ter em sua formação naturezas diversificadas que se articulam

e se complementam, contribuindo significativamente com as funções da vigilância epidemiológica na qual tem a possibilidade de identificar, analisar e interpretar tendências, determinantes políticos, sociais e econômicos e operar interferências para a solução de problemas (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Os objetivos da vigilância epidemiológica voltada para a raiva humana envolvem impossibilitar a ocorrência da doença, detectar a presença do vírus em animais, além de fazer a avaliação e o bloqueio do foco no sentido de dar início à investigação. Os elementos fundamentais da vigilância epidemiológica para o controle da raiva são: priorizar medidas para prevenção e controle; detectar a fonte de infecção de cada caso; realizar o diagnóstico das áreas de risco que precisam de uma intervenção, bem como garantir que a população exposta receba o tratamento necessário; e, ainda, realizar ações educativas de forma continuada para profissionais de saúde e para a população (BRASIL, 2010).

A agilidade das ações de enfermagem procura se adequar às transformações epidemiológicas iminentes, e assim os processos de trabalho do enfermeiro pedem raciocínio crítico, isto é, nesta situação o enfermeiro deve ser capaz de fazer observações relevantes, reconhecer os problemas de saúde, desenvolver soluções apropriadas e avaliar os resultados destas soluções (BARBOSA MA, 2004).

Um programa de prevenção da raiva humana bem executado deve ter grande impacto na incidência da raiva animal, principalmente em cães e gatos, diminuindo o risco de transmissão e, conseqüentemente, o número de tratamentos preventivos com imunobiológicos em seres humanos (BEZERRA PM, 2008).

E quando se falar sobre a doença, encontra-se em sua essencialidade que o papel do enfermeiro é primordial, já que ele atua em campo, assim que recebe o paciente que possa estar infectado, irá realizar toda a análise, preencher e adequar cada paciente de acordo com cada situação priorizando a condição individual de cada um (SILVA GM, 2013).

Considera-se que o doente possua vínculo epidemiológico quando apresenta manifestações clínicas sugestivas e advém de regiões nas quais a circulação do vírus rábico é comprovada, ou quando possui histórico de exposição a uma provável fonte de infecção (CAVALCANTE, 2018).

Durante um caso de surto de raiva que ocorreu no estado do Pará, foi percebida a necessidade de alteração em esquemas para a profilaxia, como: treinamento da equipe, definir recursos e materiais, delimitar a área e população a ser assistida pelas medidas profiláticas. Já em campo: encaminhar os suspeitos, convencer a população em realizar a profilaxia, supervisionar e preencher as fichas, com isso, iniciar o tratamento, e analisar diariamente os resultados e materiais, e manter a busca ativa aos faltosos do tratamento (BEZERRA PM, 2008).

Ressalta-se que, para que haja a profilaxia correta do paciente, é essencial que o enfermeiro esteja apto, não só na qualidade técnica, mas também equipado de todos os recursos para que possa manter contato com o paciente, fazendo com que ele tenha a real

noção do risco que corre ao estar exposto à doença (SANTOS, 2019).

O trabalho da enfermagem continua sendo essencial, para as ações de promoção e prevenção da raiva humana nas localidades atingidas por este mal e tem como objetivo garantir a aplicação dos imunológicos conforme indicação estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil e diminuir número de óbitos (BRASIL, 2022).

7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa observou-se que o ciclo epidemiológico da doença é mantido pelo ciclo aéreo, como exemplo o morcego. Contudo os animais domésticos tem uma papel importante nesse ciclo de transmissão pois está mais próximo do homem (BRASIL, 2022; BEZERRA PM, 2008).

Sobre os acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva a realização correta dos esquemas de pré e pós exposição, orientar as pessoas a se prevenirem antes da ocorrência de acidentes e, caso ocorra, estarem cientes da importância da tomada das medidas profiláticas (CAVALCANTE, 2018).

A importância da equipe multiprofissional para realizar toda a operação técnica em campo, desde o planejamento das ações até a execução das etapas de vigilância para controle da raiva humana e animal (TAKAHASHI, 2011; ROCHA SMM, 2000).

A necessidade quanto o acompanhamento do paciente, bem como a dificuldade quando não se tem o suporte necessário para um bom desempenho das atividades, interfere diretamente na qualidade do atendimento como também nas necessidades de pós atendimento para que este paciente não corra maiores riscos (SARAIVA, 2014).

A escassez de material básico para que possa realizar a digitação no banco de dados do SINAN, ou o uso de uma linha telefônica para que possa entrar em contato com o paciente dificulta o acompanhamento e encerramento de casos que estão realizando o tratamento profilático (FIGUEIRA AC, 2011).

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa de cunho qualitativo foram analisadas a importância da atuação do enfermeiro e foi observado que quando se trata de raiva a atuação do enfermeiro e da equipe multiprofissional é essencial. Durante os atendimentos antirrábico, ou seja, na profilaxia da raiva a articulação e a integração dos processos de trabalho do enfermeiro, com a vigilância epidemiológica, centro de controle de zoonoses e quanto ao acompanhamento e encerramento dos casos é primordial para prevenir e controlar potenciais casos de raiva humana.

Verificou-se que a raiva é uma doença evitável, já que existem vacinas que deverá ser utilizada em animais domésticos, animais de grande porte sendo utilizada a vacina

antirrábica animal. Na profilaxia da raiva para os humanos, temos os esquemas de profilaxia pré exposição onde os profissionais utilizam a vacina antes de entrar no ambiente potencialmente em risco de transmissão da raiva. E o esquema de pós exposição para aquelas pessoas que não sabem a procedência dos cães e gatos ou acidentes com outros animais dos ciclos epidemiológicos rural, silvestre aéreo, silvestre terrestre.

A raiva é uma doença negligenciada, tanto pelos órgãos de saúde, quanto pelas pessoas comuns que podem ser expostas à raiva sem saberem a gravidade desta infecção.

O estudo demonstrou que ainda é escassa a orientação para que o paciente retorne à unidade de atendimento, após o preenchimento da ficha de notificação e investigação, para informar sobre a procedência do animal doméstico cão ou gato, que ficou em observação. Daí observamos a importância do enfermeiro em realizar medidas eficazes para orientar seu paciente, para que esteja ciente de como deverá prosseguir com as medidas, e que retorne ao centro de atendimento para a finalização do acompanhamento. Ou ainda existem as situações que foi indicado o esquema completo de soro e vacinação, e o paciente não retorna para completar o tratamento.

Os resultados deste estudo nos levam a refletir sobre a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde, no sentido de melhorar a indicação correta da conduta no primeiro atendimento e redução das prescrições desnecessárias evitando reações adversas e gastos públicos com vacinas e soros antirrábicos. Por outro lado, quando existe dúvida quanto a indicação, ou quanto a espécie de animal agressor, é importante indicar a vacinação e o soro.

Ainda é escasso os recursos para que mantenha o atendimento de qualidade, seja pela falta de materiais, a articulação efetiva para acompanhamento dos casos, bem como também recursos humanos, ou seja, faltam profissionais qualificados para atuar durante estes atendimentos.

Assim, não restam dúvidas que há ainda muita precariedade nas informações disponíveis para a população poder agir de forma mais prudente sobre os riscos existentes, no caso de a pessoa ser encaminhada à unidade de referência, restam melhorias nos protocolos de atendimento e conhecimento da equipe para atender esse paciente e indicar corretamente o tratamento profilático da raiva.

Desta forma ficou perceptível durante a pesquisa que ainda é escassa a modalidade de profilaxia no momento de pós exposição, pois em grande parte dos casos não se era possível finalizar o atendimento do paciente através da promoção da saúde e da qualidade da informação, muitos sequer voltavam para a consulta de retorno, a fim de demonstrar o acompanhamento correto do animal agressor e finalizar o caso.

É dever do enfermeiro e da equipe multiprofissional gerenciar a prevenção da doença, pois está à frente das ações de políticas públicas, e são estas ações que poderão prevenir a ocorrência dos casos de raiva humana, quando ocorrerem acidentes. Participar juntamente com a equipe em notificar os órgãos sanitários, na indicação da profilaxia

conforme a tabela mencionada no presente estudo, de acordo com o Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

BABBONIA, Selene Daniela; MODOLO José Rafael. Raiva: Origem, Importância e Aspectos Históricos. Departamento de Higiene Veterinária e Saúde Pública, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, SP Brasil/2011.

BARBOSA MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletrônica Enferm 2004; 6(1): 9-15.

BEZERRA PM. Surtos de raiva humana no Pará. Estudo das representações do fenômeno epidêmico [dissertação]. Belém: Universidade Federal Pará; 2008.

BEZERRA, Patrícia Melo. Processos de trabalho do enfermeiro durante surtos de raiva humana no Estado do Pará, Brasil. Rev. Bras. Enferm. 64, Fev 2011. Obtido em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100012>>. Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Edição de 2009. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/dicas/198_raiva.html#:~:text=A%20raiva%20apresenta%20tr%C3%AAs%20ciclos,primatas%20e%2C%20principalmente%2C%20morcegos.>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular. Revista SUS. Obtido em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 19 Set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Avaliação do programa nacional de controle da raiva no Brasil – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde divulga novos documentos com orientações sobre a raiva, última atualização: 03 de novembro de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/ministerio-da-saude-divulga-novos-documentos-com-orientacoes-sobre-a-raiva>>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos confirmados de Raiva Humana, segundo UF de residência. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos confirmados de Raiva Humana, segundo UF de residência. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2013 [Internet]. [cited 2014 Apr 20] Obtido em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/752-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/raiva/11431-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 21 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul. Boletim epidemiológico - raiva (2019-2021). Disponível em: <<https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/BOLETIM-EPIDEMIOLOGICO-RAIVA-2019-a-2021-jan-2022.pdf>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2023.

CAVALCANTE, Kellyn Kessiene de Sousa; ALENCAR, Carlos Henrique. Raiva humana: avaliação da prevalência das condutas profiláticas pós-exposição no Ceará, Brasil, 2007-2015. *pidemiol. Serv. Saúde* 27 (4) 2018. Obtido em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400009>>. Acesso em: 23 out 2022.

CHAMELET, Esther Luiza Bocato; Et al. Esquema reduzido de vacinação anti-rábica humana pré-exposição e avaliação de doses anuais de reforço. *Rev. Saúde Pública* 16, Jun 1982. Obtido em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101982000300002>>. Acesso em: 21 out 2022.

Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens* Porto Alegre, RS: Penso.

FILGUEIRA AC, CARDOSO MD, FERREIRA LOC. Profilaxia antirrábica humana: uma análise exploratória dos atendimentos ocorridos em Salgueiro-PE, no ano de 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011 abr-jun;20(2):233-44. Obtido em: doi: 10.5123/S1679-49742011000200012. Acesso em: 21 out 2022.

FRIAS DFR, NUNES JOR, CARVALHO AAB. Proposta de nova metodologia de apoio para indicação racional de profilaxia antirrábica humana pós-exposição. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2016 jan-abr;20(1):9-18. Obtido em: doi: 10.25110/arqsaude.v20i1.2016.4955. Acesso em: 21 out 2022.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACHADO Adriana Germano Marega; WANDERLEY Luciana Coutinho Simões. *Educação em Saúde - Especialização em Saúde da Família*. Edição e publicação 2017.

MENEZES, Nilson L.de, VILLELA, Francisco A. Pesquisa científica. *Revista SEED News*. Disponível em: <http://www.seednews.inf.br/portugues/seed82/print_artigo82.html>. Acesso em: 10 mai 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa conjunta nº 001, de 2016 - DEVIT/SVS/MS e COPROM/SESA/CE. Informações sobre casos de raiva em Iracema - CE [Internet]. 2016 [citado 2018 set 13]. Obtido em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/notas-tecnicas?download=2751%3Anota>>. Acesso em: 23 out 2022.

ROCHA SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(6): 96-101.

SANTOS, Isabel. *Amazonia Real: meio ambiente*. 2019. Disponível em: <<https://amazoniareal.com.br/familia-de-menino-curado-da-raiva-humana-vive-em-situacao-vulneravel-em-manaus/>>. Acesso em: 20 abr 2023.

SARAIVA, Daniel Soares; Et al. Raiva humana transmitida por cães no Maranhão: avaliação das diretrizes básicas de eliminação da doença. *Cad. saúde colet*. 22Jul-Sep 2014. Obtido em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030010>>. Acesso em: 16 out 2022.

SCHNEIDER MC, Santos-Burgoa C. Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murcielago. *Salud Publica México* 1995; 37(4): 354-62.

SILVA GM, Brandespim DF, Rocha MDG, Leite RMB, Oliveira JMB. Notificações de atendimento antirrábico humano na população do município de Garanhuns, Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 jan-mar;22(1):95-102. Obtido em: doi: 10.5123/S1679-49742013000100010. Acesso em: 23 out 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Com raiva não se brinca.

Outubro de 2022. Disponível em: <https://raivamata.com.br/?utm_source=02BFacebook&utm_medium=02BIGFeed&utm_campaign=02BRaivaMata&utm_content=02B&fbclid=PAAaYoxhBYF28YanCq6cxVk1d9rLi1Ncnw3bhcV1aH2bPxeK_8aVIGTVWzD6w_aem_AUOITDJoQ0iGdBYg7VxBG9frfES_sj4lcsOBQeHJwdGWKk0uvm6TNbBVGvchxl8vyqc5HnIPyv1r0LxvfVTkpG02IS8ykQi9zEEHivxrhjSCQEwAP7N7Du4Eu-0vrWt74kQ>. Acesso em: 08 de ma 2023.

TAKAHASHI, R.F; OLIVEIRA, M.A.C. Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica. In: BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (Org.). Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.135).

VARGAS, Alexander. Perfil epidemiológico da raiva humana no brasil, 2000 – 2017. Brasília,2018.

WHO. World Health Organization (WHO). Rabies.WHO 2013 [citetd 2013 Oct 17]. Disponível em: <<http://www.who.int/rabies/human/situation/en/index.html#>>. Acesso em: 11 set 2022

DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FISSURA LÁBIO-PALATAL E SEUS FAMILIARES

Data de aceite: 02/06/2023

Daniela Santos da Conceição

Carlos Oliveira

RESUMO: A Fenda Labiopalatal, apresenta-se como uma fissura na área dos lábios, aparentando-se como um corte que alcança as gengivas e os dentes. Geralmente causa desfiguração facial em bebês, podendo na ausência do cuidado adequado, prolongar-se pela infância e até mesmo na vida adulta. Receber o apoio dos profissionais de saúde é muito importante para a família, pois muitas vezes, este se torna o principal, e até mesmo o único com o qual a família pode contar.

Objetivo: contribuir para a compreensão da vivência das famílias frente ao cuidado da criança com fissura lábio palatal; identificar suas necessidades, e demandas de orientação e acompanhamento com vistas ao aperfeiçoamento do cuidado prestado pelos profissionais de saúde à estas famílias; verificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da enfermagem, no cuidado aos portadores de Fissura Labiopalatal e seus familiares descrevendo como a atuação da equipe de enfermagem contribui no processo de

reabilitação destes portadores, apoiando os genitores e/ou responsáveis legal.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento nas bases BDEnf, LILACS e SciELO para subsidiar a revisão de literatura no período de junho de 2022 a maio de 2023. **Resultados e discussão:** O enfermeiro atua em todas as etapas do cuidado da criança com LP, desempenhando um papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento correto. A enfermagem tem um importante papel junto a equipe multidisciplinar e aos indivíduos com malformação, estimulando-os a enfrentarem a vida com naturalidade e de forma saudável.

PALAVRAS-CHAVE: “Fissura Labiopalatal”, “Fissura Labiopalatina”, “Fissura labial”, “Fenda Palatina”. Em seguida os mesmos descritores foram associados aos descritores “Enfermagem” e “Assistência de Enfermagem”.

ABSTRACT: The cleft lip and palate, presents as a fissure in the area of the lips, appearing as a cut that reaches the gums and teeth. It usually causes facial disfigurement in babies, and in the absence

of adequate care, can be prolonged through childhood and even into adulthood. Receiving the support of health professionals is very important for the family, because often, this becomes the main one, and even the only one that the family can count on. **Objective:** to contribute to the understanding of the experience of families in the care of children with cleft lip and palate; identify their needs, and demands for guidance and follow-up with a view to improving the care provided by health professionals to these families; check the difficulties experienced by nursing professionals in the care of patients with cleft lip and palate and their families, describing how the performance of the nursing team contributes to the rehabilitation process of these patients, supporting parents and/or legal guardians. **Methodology:** This is a bibliographic research of the integrative literature review type. For data collection, a survey was conducted in the BDEnf, LILACS and SciELO databases to support the literature review from June 2022 to May 2023. **Results and discussion:** The nurse acts in all stages of the care of children with LP, playing a fundamental role for the correct growth and development. Nursing has an important role with the multidisciplinary team and individuals with malformation, encouraging them to face life naturally and in a healthy way.

KEYWORDS: “Cleft lip and palate”, “Cleft lip and palate”, “Cleft lip”, “Cleft palate”. Then, the same descriptors were associated with the descriptors “Nursing” and “Nursing Care”.

1 | INTRODUÇÃO

A Fenda Labiopalatal, também conhecida como lábio leporino (por lembrar a boca de uma lebre), apresenta-se como uma fissura na área dos lábios, aparentando-se como um corte que alcança as gengivas e os dentes. Geralmente causa desfiguração facial em bebês, podendo na ausência do cuidado adequado, prolongar-se pela infância e até mesmo na vida adulta.

Por se apresentar inserida na face, esta lesão tende a impactar de imediato tanto os portadores, como familiares e até mesmo naqueles que observam a lesão. Existem relatos inclusive de rejeição de bebês por famílias que, possivelmente, por falta de conhecimento não buscou ou não vivenciou o apoio necessário para a solução do problema. O apoio emocional neste momento é primordial.

Um estudo brasileiro aponta que apesar de avanços, ainda há no Brasil, uma grande carência de equipes capacitadas para tratar Fissuras Labiopalatinas (RIBEIRO, SABÓIA e FONTELES, 2011).

Receber o apoio dos profissionais de saúde é muito importante para a família, pois muitas vezes, este se torna o principal, e até mesmo o único com o qual a família pode contar. A atuação da equipe de Enfermagem junto ao paciente com fissura acontece durante todo o processo de reabilitação. Esta deve perceber/acolher os sentimentos demonstrados pelos pais, através da expectativa gerada com o nascimento e garantir uma assistência humanizada: aproximar-se, envolver-se, criar vínculo e apoiar a díade criança/família (SPIRI e LEITE, 1999).

A situação de doença e os conflitos que se estabelecem na família são uma ameaça

à sua autonomia, deixando-a vulnerável, pois lhe são retirados o poder e as possibilidades de escolha. Neste caso a vulnerabilidade é uma condição existencial humana, em razão do risco potencial para injúria, percebido na situação e que desafia a integridade da família. Entretanto chamamos atenção para o fato de que a experiência de vulnerabilidade não traz apenas conseqüências negativas à família; ao contrário, pode tornar-se uma força positiva que impulsiona a família na busca do resgate de sua autonomia (PETTENGIL e ANGELO, 2005).

Desse modo, questiona-se: Quais são as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na assistência aos portadores de Fissura Labiopalatal e seus familiares?

Este estudo contribui para a compreensão da vivência das famílias frente ao cuidado da criança com fissura lábio palatal, possibilitando identificar suas necessidades, e demandas de orientação e acompanhamento com vistas ao aperfeiçoamento do cuidado prestado pelos profissionais de saúde à estas famílias, bem como identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da enfermagem, no cuidado aos portadores de Fissura Labiopalatal e seus familiares descrevendo como a atuação da equipe de enfermagem contribui no processo de reabilitação destes portadores, apoiando os genitores e/ou responsáveis legal.

O estudo tem grande relevância pela carência de conhecimentos e habilidades nessa área de cuidado, por somar-se a outras produções que irão nortear tanto o conhecimento profissional como a melhoria dos cuidados dispensados aos portadores desta patologia.

2 I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Fendas Labiais e palatinas estão entre as malformações congênitas mais comuns no mundo. Estas, são caracterizadas por uma fenda em região de lábio e/ou palato, que ocorre devido a problemas relacionados com fusões teciduais. Estas fusões ocorrem no período de desenvolvimento da face (GRUBER e KINGERSKI, 2019).

As Fissuras Labiopalatinas são consideradas as alterações de face mais frequentemente estudadas nas últimas décadas, em razão de sua grande incidência, especialmente no Brasil, onde a ocorrência é de 1:673 nascimentos (NINNO, FONSECA, et al., 2011).

Ainda hoje, não está bem evidenciado os motivos que causam as fissuras, mas possivelmente são causadas por fatores ambientais e genéticos, e elas acontecem quando o bebê está em fase de formação. Portanto, o primeiro desafio ao nascer com esta malformação congênita é sofrer interferências cotidianas. (JUSTO e DIAS, 2012).

A fissura lábio palatina (FLP) possui quatro graus de deformação, sendo classificadas como: unilaterais, bilaterais, completas e incompletas. Elas atingem respectivamente, apenas um dos lados superiores do lábio, o lado esquerdo e direito do lábio superior, o lábio superior e o palato e ou o lado superior ou o palato. Esta condição pode ser

constatada ainda durante a gestação e corrigida nos primeiros anos de vida do bebê. Quando atingido apenas os lábios, a cirurgia pode ser feita nas primeiras 24 horas do nascimento, já quando o palato é acometido, ela pode ser realizada a partir dos três meses. Os portadores de FLP podem apresentar disfunções alimentares, de fonação, auditivas e nas articulações dentárias além do fator estético, fazendo-se assim necessário apoio da equipe multidisciplinar (PALANDI e GUEDES, 2011).

2.1 Aspectos históricos do tratamento

É relatado no estudo de ALMEIDA, CHAVES e colaboradores no ano de 2017 que a partir dos anos 1990, ocorreram as primeiras iniciativas de atenção à pessoa com FLP no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1993, houve a introdução de procedimentos para a correção de FLP na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 2019), seguida pela publicação da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 62, de 19 de abril de 1994, que estabeleceu as normas para o cadastramento de hospitais e serviços de reabilitação na área (BRASIL, 1994).

Posteriormente, foi configurada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDC) (BRASIL, 2002).

Na burocracia estatal, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, um Grupo de Trabalho na área de FLP e definiu como uma das metas para 2014 finalizar a reestruturação da atenção especializada, com a instituição de critérios para organização, planejamento e monitoramento da atenção, com diretrizes específicas (BRASIL, 2015).

No ano de 2015, foi proposto pelo deputado Danrlei de Deus Hinterholz (PSD-RS) o projeto de lei 1172/15 onde obriga ao Sistema Único de Saúde (SUS) a oferecer todo o tratamento a portadores de Fenda Palatina, incluindo cirurgia plástica e intervenções pós cirúrgicas com uma equipe multidisciplinar necessária para a recuperação. Neste projeto, após diagnóstico no pré-natal, deverá haver um encaminhamento do bebê para o devido processo terapêutico. A proposta ainda está em tramitação nos órgãos responsáveis (BRASIL, PL 1.172 de 2015).

2.2 A atuação do enfermeiro no tratamento e reabilitação de portadores de Fissura Labiopalatal

Portadores de FLP necessitam da assistência de uma equipe multidisciplinar desde o seu nascimento, a atuação do profissional de enfermagem colabora no processo evolutivo desse paciente, necessitando assim de um enfermeiro com conhecimento técnico científico para que essas demandas sejam atendidas com excelência e proporcionar ao indivíduo e a sua família um maior bem-estar e qualidade de vida (KASSIM, et al; 2021).

De acordo com a Resolução Cofen 358/2009, durante a consulta de enfermagem, o problema é identificado e para dar prosseguimento ao Processo de Enfermagem, deve-se fechar o diagnóstico de enfermagem do paciente, elaborar um planejamento assistencial,

implementá-lo e após um dado período de tempo avaliar se as medidas sugeridas à genitora e família, no caso de indivíduos com FLP, foram efetivas.

Através das consultas de enfermagem o enfermeiro deve buscar criar um vínculo com o paciente e a sua família para que informações sejam trocadas de forma mais genuína possível, são esses os momentos em que particularidades quanto a alimentação, higiene, aspectos psicológicos e de desenvolvimento serão colhidas (KASSIM, et al; 2021).

Nesse contexto, a enfermagem exerce um papel significativo para o desenvolvimento de crianças portadoras de fissura labial com saúde e pais acolhedores e estáveis psicologicamente. A atuação do enfermeiro perpassa nas diversas áreas de dificuldades vivenciadas, na amamentação, tem-se como intervenção:

- Tentativa de alimentação da criança com o mamilo, auxiliando na sucção e desenvolvimento dos músculos da fala;
- Posicionar o mamilo entre a língua e o palato íntegro, facilitando a deglutição e prevenindo a bronco-aspiração;
- Estimular o arroto para redução de gases;
- Monitorar o peso e a saúde bucal da criança (SANTOS, et al; 2016);
- Orientar a amamentação com o bebê sentado para dificultar a bronco-aspiração (JUSTO, 2012).

As intervenções no pré-operatório são:

- Realização de limpeza oral e nasal antes e após amamentação com aste de algodão umidificado em água fervida ou filtrada para evitar a proliferação bacteriana decorrente do acúmulo de alimentos;
- Administração da dieta de acordo com a idade da criança e registrá-la, incluindo aceitação;
- Instruir o desmame do leite materno e introdução de alimentos de consistência mais sólida pelo menos duas semanas antes da cirurgia;
- Instruir a retirada de chupetas antes da cirurgia e pelo menos 30 dias após a cirurgia (JUSTO, 2012).

No pós-operatório, são:

- Orientar que é importante o mínimo de choro possível para não haver ruptura dos pontos;
- Manter a criança em decúbito dorsal lateralizada pra prevenção de traumatismo na incisão cirúrgica;
- Realizar higiene bucal e aspiração da saliva, quando necessário;
- Administração de alimentos em consistência líquida, fragmentada e de forma lenta;

Orientar que a mãe mantenha o bebê em posição vertical;

Não permitir que o indivíduo leve a mão e outros objetos a boca e se necessário realizar mobilização;

Orientar a família para não expor a criança ao sol (face) nos primeiros 3 meses subsequentes a cirurgia;

Realizar limpeza na incisão e orientar a genitora a forma de higienização para a alta hospitalar (JUSTO, 2012).

2.3 As principais dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem no cuidado aos portadores de Fissura Labiopalatal e seus familiares

Existem algumas dificuldades recorrentes para o enfermeiro ao lidar com o paciente portador de FLP e seus familiares. O primeiro impacto vem quando os pais se deparam com a realidade de uma criança com malformação craniofacial por receios relacionados ao preconceito, a reação mais comum é o susto, seguido de raiva e barganha até finalmente ocorrer a aceitação. Em muitos casos há o abandono e rejeição por parte do genitor, fator que sobrecarrega a mulher e até mesmo a leva ao desenvolvimento de depressão, nestes casos a escuta ativa é de extrema relevância (MANZATO, CAMARGO, BOM; 2020).

Nos adultos o sentimento é de baixa autoestima e dificuldade de relacionamentos interpessoais, relacionada a insatisfação com sua aparência física (KASSIM, et al; 2021).

O leite materno é essencial para o bebê por prover todos os nutrientes fundamentais para o seu desenvolvimento saudável, em crianças com fissura labial há uma dificuldade no aspecto nutricional devido a alteração anatômica apresentada, sendo assim, essa condição é uma adversidade e atenção constante para o profissional da enfermagem em virtude de uma grande possibilidade de disfunção alimentar pela deglutição prejudicada, presença de regurgitamento e risco de bronco aspiração (JUNIOR E ALMEIDA; 2020).

Há também indícios de que famílias com baixas condições socioeconômicas e com uma baixa escolaridade tendem a dificultar o processo de tratamento, diferentemente de grupos em situação social média, que conduzem o tratamento de melhor forma, levando, por exemplo, os filhos para a realização da cirurgia dentro do prazo preestabelecido e seguindo de forma mais precisa as orientações do enfermeiro (MANZATO, CAMARGO, BOM; 2020).

Quando a família se depara com um profissional de enfermagem despreparado e com aconselhamentos imprecisos, as consequências para o bebê podem ser imensas e gerar sérias complicações, como, aumento na probabilidade de distúrbios da fala, otites, dificuldade na alimentação, broncoaspiração, além de desenvolvimento e alinhamento incorreto dos dentes. Desse modo, faz se necessário a existência de profissionais capacitados para o provimento do suporte necessário para o indivíduo com FLP e sua família (LISBOA, ROCHA, PINI; 2011).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura afim de reunir materiais que abordem parcialmente ou inteiramente os objetivos deste trabalho.

Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento nas bases BDEnf, LILACS e SciELO para subsidiar a revisão de literatura no período de junho de 2022 a maio de 2023. Os descritores foram: “Fissura Labiopalatal”, “Fissura Labiopalatina”, “Fissura labial”, “Fenda Palatina”. Em seguida os mesmos descritores foram associados aos descritores “Enfermagem” e “Assistência de Enfermagem”. Houve uma escassez nas bases de dados referentes aos temas pesquisados e posteriormente às pesquisas individuais, foi realizado um cruzamento dos descritores utilizando os conectivos booleanos AND e OR o que proporcionou uma quantidade relevante de artigos para aprofundamento e enriquecimento da pesquisa.

Inicialmente foram encontrados um total de 24 artigos, realizadas leituras para familiarização com o tema e filtragem dos materiais, descartados 5 e utilizados 19 para construção da presente revisão. Não houve um recorte temporal, tendo em vista a dificuldade de encontrar artigos que falassem especificamente do tema abordado.

Os critérios para inclusão dos artigos foram estudos que tinham envolvimento com a temática, que estivessem em língua portuguesa ou artigos e com tradução e periódicos que abordem sobre a fissura lábio palatina e sobre a assistência de enfermagem a esse público. Como método de exclusão, artigos na língua estrangeira e que não tenham tradução para língua portuguesa, artigos que não estejam na íntegra ou que não estejam disponíveis para download.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etiologia da Fissura Labiopalatina ainda não foi desvendada por completo, mas, segundo Santos et al (2016) a doença é de origem multifatorial, envolvendo aspectos genéticos e ambientais ao que o bebê é exposto durante a sua formação, sendo assim, a exposição da mãe a infecções, radiação, uso de medicamentos, cigarro e estresse são grandes indicadores do desenvolvimento de um indivíduo com LP. Os mesmos autores ainda abordam sobre o fator socioeconômico desfavorável da gestante, tendo em vista que neste cenário, há uma maior probabilidade da mãe não ter uma nutrição adequada para o desenvolvimento do feto e não realizar o número mínimos de consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde, estes fatores podem gerar grandes surpresas para os pais da criança após seu nascimento.

A anomalia muitas vezes é diagnosticada durante o pré-natal por meio de exame de ultrassom 3D, quando isso não ocorre ela acaba sendo visível no nascimento, desta forma, há uma necessidade assistencial desde este momento por parte de toda a equipe multidisciplinar.

O enfermeiro atua em todas as etapas do cuidado da criança com LP, desempenhando um papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento correto. Dessa forma, Silva et al, (2015) os destacam como segunda categoria profissional que mais participa das orientações as mães de crianças com lábio leporino, além de incentivar aos pais no cuidado, atuar diretamente na assistência e servir como um elo entre a equipe multidisciplinar e a família.

Neste mesmo contexto, Lisboa, Rocha e Pini (2011) acrescentam que os cuidados pré e pós-operatórios fornecidos pela enfermagem a esses indivíduos são através da realização da limpeza oro-nasal, estimulando e orientando a mãe sobre a amamentação, sobre a melhor posição para manter a criança e evitar bronco-aspiração, estimulando o arroteo, monitorando o peso, tirando dúvidas e explicando como será os procedimentos pós alta do indivíduo.

Em conformidade com os autores acima, Santos et al (2016) abordam que a enfermagem tem um importante papel junto a equipe multidisciplinar e aos indivíduos com malformação, estimulando-os a enfrentarem a vida com naturalidade e de forma saudável, dando-os informações de como proceder na reabilitação pós cirúrgica de forma segura. Ademais, aos pais das crianças com LP, a sua atuação é incentivando-os a executarem os cuidados nos indivíduos e como devem ser feitos, orientando quanto a amamentação e identificando desvios de comportamento dos pais que possam vir a influenciar na negligência das suas obrigações.

Ramos et al (2012) apontam sobre as dificuldades vivenciadas pela criança portadora de fissura palatina, relacionam como primeiro desafio desta, a aceitação dos pais da sua condição e o convívio com a sociedade. Sob o mesmo ponto de vista, os autores Mantazo, Camargo e Bom (2020), trazem que a receptividade dos pais é heterogênea e específica de cada indivíduo, na sua grande maioria, os sentimentos dos familiares passam pelas cinco fases do luto: Negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Deste modo, Lisboa, Rocha e Pini (2011), concluem que a aceitação dos pais torna mais fácil o processo de amamentação da criança já que os homens podem encorajar as suas respectivas mulheres na prática do aleitamento, atividade essa que é de suma importância para o desenvolvimento do recém-nascido, prevenindo-os de otites e doenças respiratórias, como pneumonias e infecções nas vias aéreas superiores.

Tratando brevemente sobre a nutrição, Santos et al (2016) trazem sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, por ser o meio mais seguro para o desenvolvimento do indivíduo e porque além de nutri-lo com proteínas, carboidratos e gorduras, o leite fortalece o seu sistema imunológico, promovendo os primeiros anticorpos da criança (processo conhecido como imunização passiva) e a protegendo contra doenças alérgicas, desnutrição, diabetes mellitus, doenças digestivas, entre outras.

Martins, Silva e Lancetta (2012) discutem no seu estudo sobre o conhecimento da população acerca da FP e observa-se a existência de muitas crenças populares e falta

de informação sobre a doença, esses fatores influenciam na exclusão e vergonha dos portadores perante a sociedade mesmo após a correção cirúrgica por ter possibilidade de cicatrizes e alteração na voz. Neste contexto os autores trazem o enfermeiro como contribuinte na melhoria da qualidade de vida dos portadores através da educação em saúde ao indivíduo, família e comunidade, proporcionando esclarecimentos para essas pessoas e facilitando a inserção do portador na comunidade.

Em contrapartida Silveira e Weise (2008) versam sobre o despreparo técnico e psicológico do enfermeiro para acolher os genitores após o descobrimento da Fissura Palatina, neste estudo uma das entrevistadas conta a sua experiência com toda a equipe e menciona que a enfermeira não sabia o que fazer ao vê-la chorando após a descoberta da anomalia.

O momento de conhecimento dos pais sobre a condição dos seus filhos é delicado e demanda maturidade e conhecimento da equipe, ofertando aos genitores apoio psicológicos, através de escuta ativa e explicações claras para que haja uma total compreensão acerca da situação do portador de Fenda Palatina quanto as formas de amamentação, higienização da fenda, possíveis complicações, necessidade de acompanhamento com uma equipe multidisciplinar e idade ideal para a realização da cirurgia.

A enfermagem participa da vida de indivíduos portadores de Fenda Palatina e seus familiares desde a infância. No pré-natal, em todo o processo de orientação à família, à criança e ao adolescente no que diz respeito aos cuidados de higienização, alimentação, postura, nos eventos pré e pós-operatórios, incluindo formas de realizar o curativo dos procedimentos cirúrgicos, entretanto, no desenvolvimento desse artigo foi perceptível a falta de literaturas disponíveis tratando da assistência de enfermagem aos indivíduos com FP. Em suma os artigos focam na amamentação e a assistência de enfermagem.

Pode-se perceber também que as dificuldades mencionadas nas literaturas existentes foram sobre: a falta de conhecimento dos enfermeiros relativos ao tema, o julgamento e desconhecimento da população neste tocante e a respeito da angústia dos pais no recebimento do diagnóstico dos seus filhos. Estes fatores geram obstáculos na inserção desses indivíduos na comunidade, servem como pretexto para o abandono à criança por parte dos pais, provocam a suspensão da amamentação de forma precoce, sobrecarregam e criam gatilhos para o desenvolvimento de depressão nas mulheres.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, o lábio leporino é uma malformação congênita que pode gerar diversas dificuldades, incluindo problemas na alimentação e fala, além de impactar a autoestima e a qualidade de vida dos portadores.

A assistência de enfermagem é fundamental para garantir o bem-estar e a saúde desses indivíduos. Os enfermeiros acolher os genitores e as crianças, oferecendo

orientações sobre cuidados com a alimentação, higiene bucal e prevenção de infecções. Além disto, deve-se oferecer suporte emocional para os pacientes e suas famílias, ajudando-os a lidar com as dificuldades e a superar as barreiras impostas pela condição.

A amamentação também é um aspecto importante, este momento pode ser complexo para bebês com lábio leporino pela dificuldade de sucção que pode gerar engasgos e dificuldades na nutrição. Por isso, é fundamental que os enfermeiros orientem as mães sobre as técnicas de amamentação, oferecendo suporte e acompanhamento durante todo o processo.

Assim, compreende-se que muitos enfermeiros ainda enfrentam dificuldades em relação ao despreparo técnico para lidar com esses indivíduos, isso pode dificultar a assistência adequada e aumentar o sofrimento dos pacientes. Sendo assim, o conhecimento e a capacitação dos profissionais são fundamentais para garantir uma assistência de qualidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. F. D. L. et al. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 156-166, março 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 1172, de 16 de abril de 2015**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora de lábio leporino ou fenda palatina no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos conveniados e dá outras providências; Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/1212501>>; Acessado em: 01/03/2023

BRASIL. **PORTARIA Nº 62, DE 19 DE ABRIL DE 1994**. Secretaria de atenção a saúde. Brasília, p. 1. 1994.

BRASIL. **MINISTERIO DA SAÚDE**. Secretaria de atenção a saúde. Brasília, p. 211. 2002. (1).

BRASIL. **MINISTERIO DA SAUDE**. [S.I.]. 2015.

BRASIL. **Fissura labiopalatal e fenda palatina**. Câmara dos deputados. Brasília, p. 16. 2019. (1).

FONTOURA, F. C. et al. RECÉM-NASCIDO COM ANOMALIA CONGÊNITA: UM ENFOQUE EM DIAGNÓSTICOS DE. **Rev enferm UFPE on line**, v. 1, n. 1, p. 2387-95, outubro 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7478/7084>>. Acesso em: 09 setembro 2022.

GRUBER, G. T.; KINGERSKI, D. C. M. FENDAS LABIAIS E PALATINAS: REVISÃO DE LITERATURA. **Anais Anaproc**, União da Vitória, 1, n. 1, 2019. 1

JUNIOR, A.A.S; ALMEIDA, C.B.P; O PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO PACIENTE COM FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO: REVISÃO INTEGRATIVA; **Colloq Vitae**; Vol: 12 (2); 80-86; 2020.

JUSTO, R. L. H.; DIAS, L. C. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947819/tcc-rosane-leffa-10-09-12.pdf>>. Acesso em: 08 setembro 2022.

KASSIM, M.J.N; MATOS, F.G.O.A; CANDIDO, M; BORGES, G.S; RODRIGUES, L.P.G.D.A; Consulta de enfermagem a pacientes com fissuras labiopalatais; **Revista Eletrônica Acervo Saúde**; Vol: 13 (4); 2021

LISBÔA, P.K; ROCHA, V.P; PINI, R; Assistência de enfermagem ao paciente com fissura labiopalatal; **Biblioteca INESUL**; 2011.

MARTINS, D.S; SILVA, L.F; LANCETTA, C.F.F; Educação em saúde: o papel do enfermeiro na melhoria da qualidade de vida dos portadores de fendas labiopalatinas; **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**; vol. 4; núm. 1; 2012.

MANZATO, A. L.; CAMARGO, C.C, BOM, G; Fissuras labiopalatais congênitas: uma análise dos comportamentos e enfrentamentos paternos. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 3, p. 685-701, 2020.

NINNO, C. Q. D. M. S. D. et al. Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. **Revista CEFAC**, Campinas, 10 junho 2011.

PALANDI, B. B. N.; GUEDES, Z. C. F. ASPECTOS DA FALA DE INDIVÍDUOS COM FISSURA. **Revista CEFAC**, São José dos Campos, 2011.

PARANÁIBA, L. M. R. et al. Frequência de malformações congênitas craniofaciais em um Centro de Referência Brasileiro. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 1, n. 1, março 2011.

PETTENGIL, M. A. M.; ANGELO, M. VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO. **Revista latino americana de enfermagem**, São Paulo, 6, nov-dez 2005.

RAMOS, L.M; ABREU T.M; SILVA, S.F; BARBOSA, T.M.S, SAMPAIO, M.A; Fenda palatina -revisão sistematizada da literatura; Niterói (RJ); 2012.

RIBEIRO, T. R.; SABÓIA, V. D. P. A.; FONTELES, C. S. R. Fissuras labiopalatais: abordagem multiprofissional. **Brasília médica**, Brasília, outubro 2011.

SILVA, L.S; SILVA, R.F; LEANDRO, T.P; MACEDO, F.R; SOUZA, A.L.T; SOUZA, B.O.P; SOARES, E.A; Orientações recebidas pelas mães de crianças com fissura labiopalatina; **Arq. Ciênc. Saúde**; 2015.

SILVEIRA, J.L.G.C; WEISE, C.M; Representações Sociais das Mães de Crianças Portadoras de Fissuras Labiopalatinas sobre Aleitamento; **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**; Vol. 8; núm. 2; 2008.

SANTOS, A. S. C. M; QUEIROZ, J. T.S; SOUZA, M. S.P; COELHO, A. C.R; Dificuldades no aleitamento materno em crianças com fissura de lábio e/ou palato. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**; v. 6; n. 18; p. 63–70, 2016.

SPIRI, W. C.; LEITE, M. M. J. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, 33, n. 1, março 1999.

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: UMA PAUSA PARA A REFLEXÃO

Data de submissão: 09/05/2023

Data de aceite: 02/06/2023

Bruna Rodrigues Braga

Enfermeira. Pós graduada em Auditoria em Saúde pela Faculdade Cidade Verde. São Paulo.
<https://lattes.cnpq.br/3746604805144608>

RESUMO: Objetivou-se levantar as habilidades fundamentais que um enfermeiro-líder necessita ter e os desafios que o afetam. Trata-se de um estudo bibliográfico baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa, de cunho reflexivo, explicitando a percepção da autora a respeito do assunto abordado. As dificuldades encontradas na liderança decorrem, em sua grande maioria, da inabilidade em lidar com algumas situações do trabalho, principalmente aquelas que dizem respeito ao autoconhecimento e ao relacionamento interpessoal. Portanto, observa-se a necessidade de qualificação do profissional enfermeiro no que se diz respeito a gestão, em especial em funções de chefia com o papel de liderar.

PALAVRAS-CHAVE: liderança, administração hospitalar, papel do profissional de enfermagem.

LEADERSHIP IN NURSING: A PAUSE FOR REFLECTION

ABSTRACT: It aimed to raise the fundamental skills that a nurse-leader needs to have and the challenges that affect him. This is a bibliographical study based on a literature review with a qualitative approach, reflective, explaining the author's perception of the subject matter. The difficulties found in leadership derive, for the most part, from the inability to deal with some work situations, especially those related to self-knowledge and interpersonal relationships. Therefore, there is a need for qualification of professional nurses with regard to management, especially in leadership roles with the role of leading.

KEYWORDS: Leadership, hospital administration, nurse's role.

1 | INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo refletir a importância sobre a liderança do enfermeiro, tema esse que tem se tornado cada vez mais relevante nos dias atuais. Ademais, surgiu o interesse pelo estudo, na busca do aprofundamento

na temática.

A Enfermagem é uma profissão que interage com as outras formando a interdisciplinaridade, assim exigindo que o enfermeiro seja um profissional interativo capaz de lidar com diversas situações. Dentro de uma instituição hospitalar, a equipe de enfermagem é vista como a maior, em comparação as outras categorias profissionais, tendo nesta o enfermeiro como líder. Seja na saúde pública, como no âmbito hospitalar, em ambos os segmentos o enfermeiro desempenha funções gerenciais como, auditoria, consultoria, vigilância, entre outras.

No Brasil, estudos apontam que é expressiva a presença de enfermeiros na gestão, seja ela hospitalar ou na atenção básica, no gerenciamento do cuidado ou na gestão educacional, relacionando-a com: o reconhecimento do compromisso desses profissionais com a saúde dos indivíduos e a coletividade. (KURCGANT, 2016)

A liderança é de conhecimento universal, mas, no entanto, é de difícil conceituação, podemos definir como a habilidade de influenciar pessoas a trabalharem motivadas, assim visando atingir os objetivos. Mas para isso o líder precisa ser empático, buscando sempre a satisfação e o bemestar de seus liderados, afim de ter o empenho máximo de todos.

Desde forma, o trabalho em equipe exige do enfermeiro uma sensibilidade para identificar as competências, habilidades, capacidades e potenciais de cada membro de sua equipe, além de respeitar a individualidade.

Afim de revelar o objeto proposto, tem-se por questões norteadoras:

- Quais são as habilidades fundamentais de um enfermeiro-líder?
- Quais são os desafios que afetam um enfermeiro-líder?

Para atender as questões formuladas tem-se por objetivo levantar as habilidades fundamentais que um enfermeiro-líder necessita ter e os desafios que o afetam.

Em virtude do que foi mencionado, a justificativa dessa pesquisa se concentra no fato de fornecer o esclarecimento sobre a importância da liderança do enfermeiro, e como contribuição viabilizará a reflexão a cerca do assunto, bem como ser um material teórico que servirá para os estudantes e profissionais da área da saúde, para estudos e novas pesquisas.

2 | METODOLOGIA

Essa pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa, de cunho reflexivo, explicitando a percepção da autora a respeito do assunto abordado.

A pesquisa bibliográfica é como o levantamento de toda bibliografia já publicada, sejam na forma de livros, publicações avulsas, revistas ou imprensa escrita, e tem como finalidade colocar o autor por dentro de todo assunto que foi determinado na pesquisa, permitindo oferecer meios para definir, não somente os problemas resolvidos, como

também explorar novas áreas. Podendo ser considerada os primeiros passos para toda a pesquisa científica. (LAKATOS, 2017)

Na busca foram encontrados 10 artigos, dentro do recorte temporal estabelecido (2003 à 2016), após leitura e análise, e com base nos critérios de inclusão/exclusão, foram analisados e categorizados segundo o delineamento dos estudos apenas 8 artigos.

Teve-se por critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra em Português (Brasil); artigos escritos por enfermeiros e artigos disponíveis na internet na base de dados da SCIELO gratuitamente. Forão excluídos resumos de artigos, artigos em outros idiomas e artigos pagos.

Aspectos éticos

O presente estudo garante a autoria dos artigos pesquisados, assegura os aspectos éticos, utilizando para citações e referências dos autores de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), além de garantir a confiabilidade e preservação dos dados.

3 | DISCUSSÃO

Liderança Em Enfermagem

De acordo com Peres e Ciampone (2006, p.495):

A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde. No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Falar em liderança em enfermagem é lembrar da precursora moderna dessa profissão, Florence Nightingale, ela é apontada como exemplo de líder e uma obstinada transformadora de sistemas. Foi no período de 1853 a 1856 na Guerra da Criméia, que Nightingale demonstrou seu potencial para as atividades administrativas e as habilidades de liderança, supervisionando as enfermarias e organizando o cotidiano da assistência a todos os feridos da guerra. Fortificando assim a liderança. Ela afirmava que a enfermagem era uma arte assim como uma profissão, deste modo, consolida sua intenção de fundar uma Escola com objetivo de formar enfermeiras capazes de treinar outras enfermeiras. Surge então em 1860 o ensino de Enfermagem, com a abertura da Nightingale Training School for Nurses em Londres. (DE OLIVEIRA, 2004; PERES, 2006)

Surgiram vários modelos liderança que foram predominantes na área da saúde, porém, numa perspectiva histórica, até os anos 1940, acreditava-se que a liderança advinha de características inatas da personalidade. (CARVALHO, 2016)

Para Carvalho (2016, p.619),

A liderança autêntica revela a dimensão na qual o líder apresenta padrão de

abertura e clareza em seu comportamento por meio da partilha de informações necessárias para a tomada de decisões, aceitando a opinião de outras pessoas. Este líder faz a divulgação de seus valores pessoais, motivações e sentimentos de modo a permitir que os seguidores avaliem com mais precisão a competência e a moralidade de suas ações.

Já a Liderança Situacional baseia-se numa inter-relação entre a quantidade de orientação e direção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional (comportamento de relacionamento) dado pelo líder e o nível de prontidão (maturidade) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objetivo específico. O Grid Gerencial propõe sua teoria de estilos de liderança em duas dimensões: orientação para produção e orientação para as pessoas, representado por duas escalas de nove pontos que indicam os graus de interesse por essas duas dimensões. (BALSANELLI; CUNHA, 2006)

Habilidades E Desafios De Um Enfermeiro-Líder

Encontra-se na literatura desde os hitóricos bíblicos por volta do ano 1300aC, relatos da liderança como habilidade, que foi sendo desenvolvida desde os primórdios da humanidade até os dias de hoje. (GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004)

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que se destaca indiscutivelmente pela multiplicidade de tarefas/atividades que desenvolve no seu processo de trabalho, as quais incluem o trabalho intelectual/psíquico, coordenação das ações das equipes de enfermagem, organização e implementação da assistência, além das atividades burocráticas. Com isso, entende-se que esse profissional precisa ter uma capacidade primordial, que é a de liderar, essa precisa ser construída e aprimorada, diariamente. Entretanto, para que o enfermeiro exerça a liderança no seu ambiente de trabalho é indispensável que o mesmo cultive e exercite algumas características/habilidades, destacando-se entre elas: a comunicação, o saber ouvir, o conhecimento, a responsabilidade, o autoconhecimento, o comprometimento, o saber trabalhar em equipe e administrar conflitos, além do bom humor. (AMESTOY, 2009)

Ao decorrer dos anos, vários estudiosos tem focado na questão da liderança, onde buscam conceituar, relacionar características/habilidades, diferenciar estilos comportamentais, valorizar aspectos situacionais, que estão presentes nas pessoas que se destacam como líderes.

Portanto a liderança requer qualidades individuais, organizacionais e grupais que podem ser aprendidas e desenvolvidas. Considera-se as habilidades próprias da liderança em três dimensões: Dimensão organizacional - habilidades de adapta-se em um ambiente/local de trabalho, visando a missão e os objetivos cooperativos; Dimensão interpessoal - engloba habilidades que nos auxiliam no processo interpessoal, como boa comunicação, poder de influenciar, cooperação, administração de conflitos, capacidade de respeita e valorizar, assim dando reconhecimento as pessoas, além de compartilhar visões permitindo que os liderados desenvolvam métodos próprios de trabalho; Dimensão individual - são

as habilidades característica do processo de formação pessoal de um líder, suas formas comportamentais, sua flexibilidade, assim sendo possível que qualquer pessoa possa trabalhar tais habilidades e se tornar um líder.(GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004)

Nesse contexto da dimensão individual podemos evidenciar algumas habilidades que se tornam necessárias ao processo de formação de um líder: Auto Regulação - é saber lidar e controlar as emoções e impulsos internos, assim desenvolvendo capacidade de enfrentamento para os obstáculos com ética e paciência; Auto Motivação - é ter dedicação e força de vontade para o trabalho sem sintonia com os liderados, para conseguir atuar em situações problemáticas com otimismo e persistência; Empatia - percepção dos sentimentos dos outros, reconhecendo suas necessidades e tendo um olhar sensibilizado; Aptidões sociais - traz questões relacionadas a comunicação, cooperação, administração de conflitos, porém com o propósito de atingir a coletividade.(BERGAMINI, 1994; GOLEMAN, 1999)

Desta forma, os líderes precisam conhecer as habilidades necessárias para integrar organizações, colocando as culturas organizacionais e os sistemas de negócios distintos lado a lado para trabalhar como um todo coerente.

Dentre os atributos de um líder eficaz, a credibilidade destacou-se como um quesito fundamental, relacionada a comportamentos que denotam honestidade, integridade e dinamismo, constatando que, para se conseguir o crédito dos seguidores, é necessário existir coerência entre ações e palavras do dirigente.(SIMÕES; FÁVERO, 2003, p.572)

As dificuldades encontradas na liderança decorrem, em sua grande maioria, da inabilidade em lidar com algumas situações do trabalho, principalmente aquelas que dizem respeito ao autoconhecimento e ao relacionamento interpessoal. (GAIDZINSKI; PERES; FERNANDES, 2004, p.466)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se uma grande necessidade de qualificação do profissional enfermeiro no que se diz respeito a gestão, em especial em funções de chefia com o papel de liderar. Assim, ressaltando a necessidade da introdução da gestão na área da enfermagem precocemente desde a graduação, para que este profissional possa sair da universidade com uma base e domínio sobre seu papel de liderança.

Conclui-se que o cuidar em enfermagem exige desse profissional muito mais do que preparação técnico-científica, pois hoje esse ele não atua somente na assistência, e deve também ter o domínio da utilização de suas qualidades humanas que trazem para si as habilidades necessárias para ser um enfermeiro-líder, dado que as instituições de saúde demandam cada vez mais do enfermeiro a capacidade de articulação entre a assistência e a gerência, em razão dessas instituições serem “empresas” e visarem o alcance de metas e objetivos, o enfermeiro precisa dar conta dessas questões, além de satisfazer ao paciente/cliente e sua equipe.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho; et al. **As Percepções Dos Enfermeiros Acerca Da Liderança**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Vol. 30, n. 4, p. 617-24. Porto Alegre (RS). 2009.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto ; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Liderança no contexto da enfermagem**. Rev. Esc. Enfermagem Usp, Vol. 40, n. 1, p. 117-22. São Paulo. 2006.

BERGAMINI, CW. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas 234 p. 1994.

CARVALHO, Amanda Gleice Fernandes. **Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros**. Acta Paul Enfermagem, Vol. 29, n.6, p. 618-25. São Paulo. 2016.

DE OLIVEIRA, Alcinéa Cristina Ferreira; et al. **Liderança e enfermagem: elementos para reflexão**. Rev. Bras. Enfermagem, Vol. 57, n.4, p. 487-89. Brasília (Df). 2004.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone; PERES, Heloísa Helena Ciqueto; FERNANDES, Maria De Fátima Prado. **Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem**. Rev. Bras. Enfermagem, Vol. 57, n.4, p. 464-66. Brasília (Df). 2004.

GOLEMAN, D. **Trabalhando com a inteligência emocional**. Trad. M.H.C. Côrtes. Rio de Janeiro: Objetiva. 412 p. 1999.

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem**. Guanabara Koogan. Ed. 3. São Paulo. 2016.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo. Atlas. Ed. 7. 2017.

PERES, Aida Maris ; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. Texto Contexto Enfermagem, Vol. 15, n. 3, p. 492-99. Florianópolis. 2006.

SIMÕES, Ana Lúcia De Assis; FÁVERO, Neide. **O desafio da liderança para o enfermeiro**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 11, n.5, p. 567-73. São Paulo. 2003.

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS VIVENCIADAS PELO ENFERMEIRO NAS ATIVIDADES GERENCIAIS EM UNIDADES HOSPITALARES

Data de submissão: 07/05/2023

Data de aceite: 02/06/2023

**Patricia Kelly Frutuoso Teixeira da Silva
Sousa**

Centro Universitário Fametro –
UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3215052188013373>

Karla Pereira Tome Terceiro

Centro Universitário Fametro –
UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7487-6019>

Natália de Lima Feijão

Centro Universitário Fametro –
UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4092937717815995>

Francimara Silva Sousa

Centro Universitário Fametro –
UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6581244418144266>

Francisco Ariclene Oliveira

Centro Universitário Fametro –
UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3998524114646703>

RESUMO: O enfermeiro gestor é responsável pelas seguintes atividades hospitalares: planejamento diário e estratégico, gestão de pessoas, projetos e custos. Nesse estudo, objetivou-se refletir sobre os desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares de acordo com a literatura nacional. Trata-se de uma revisão narrativa, cujo levantamento de dados ocorreu por meio da plataforma SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), no período de 29 e 30 de setembro de 2021, utilizando-se os descritores em português: Gestão de Pessoal em Saúde; Gerência de Serviços de Saúde; Gestão Hospitalar e Enfermagem. Para operacionalizar a busca, utilizaram-se as seguintes equações de busca associadas com os operadores *booleanos AND* e *OR*: 1ª equação - (Gestão de Pessoal em Saúde) *OR* (Gerência de Serviços de Saúde) *AND* (Enfermagem) e 2ª equação - (Gestão de Pessoal em Saúde) *OR* (Gestão Hospitalar) *AND* (Enfermagem). Ao final desse processo, foram selecionadas 10 publicações para composição da amostra e síntese das discussões. A análise do corpus teórico selecionada possibilitou emergir quatro categorias temáticas, a saber: a) Processo

de liderança em Enfermagem; b) Desafios e estratégias na gestão; c) Acreditação Hospitalar; e, d) A Importância de um enfermeiro gestor. Os resultados apontam que existe uma lacuna na comunicação com a equipe e com outros enfermeiros considerando a falta de entrosamento na equipe e a resistência à mudança dos enfermeiros gerentes. Entretanto eles buscam motivar a equipe, administrar os conflitos e coordenar os recursos humanos e materiais para proporcionar um cuidado de qualidade e de segurança ao paciente. Diante do exposto, portanto, reconhece-se a importância do enfermeiro gestor hospitalar, no processo de gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão Hospitalar, Enfermagem, Enfermeiro Gestor, Ambiente Hospitalar.

CHALLENGES AND STRATEGIES EXPERIENCED BY NURSES IN MANAGEMENT ACTIVITIES IN HOSPITAL UNITS

ABSTRACT: The nurse manager is responsible for the following hospital activities: daily and strategic planning, people management, projects and costs. In this study, the objective was to reflect on the challenges and strategies experienced by nurses in managerial activities in hospital units, according to the national literature. This is a narrative review, whose data collection took place through the SciELO platform (Scientific Electronic Library Online), from September 29 to 30, 2021, using the descriptors in Portuguese: Health Personnel Management; Health Services Management; Hospital Management and Nursing. To operationalize the search, the following search equations associated with the Boolean operators AND and OR were used: 1st equation - (Health Personnel Management) OR (Health Services Management) AND (Nursing) and 2nd equation - (Management of Health Personnel) OR (Hospital Management) AND (Nursing). At the end of this process, 10 publications were selected to compose the sample and synthesize the discussions. The analysis of the selected theoretical corpus made it possible to emerge four thematic categories, namely: a) Leadership process in Nursing; b) Challenges and strategies in management; c) Hospital Accreditation; and, d) The importance of a nurse manager. The results indicate that there is a gap in communication with the team and with other nurses, considering the lack of rapport in the team and the resistance of nurse managers to change. However, they seek to motivate the team, manage conflicts and coordinate human and material resources to provide quality care and patient safety. In view of the above, therefore, the importance of the hospital manager nurse in the health management process is recognized.

KEYWORDS: Hospital Management, Nursing, Nurse Manager, Hospital Environment.

INTRODUÇÃO

O trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar é amplo e com várias dimensões. Ele presta os primeiros atendimentos, realiza exames preliminares, preenche fichas médicas, cuida da higiene e conservação do local, administra os medicamentos prescritos e monitora o quadro geral de saúde dos pacientes internados. Já o enfermeiro gestor é o responsável pelas atividades do setor hospitalar. Entre as suas atribuições estão o planejamento diário, estratégico, gestão de pessoas, projetos e custos. Ao longo dos anos, a atuação do

enfermeiro esteve associada ao modelo de gestão tradicional e se baseou em contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e centradas no fazer sem uma reflexão crítica da sua prática propriamente dita (BACKES; BACKES; SCHWART, 2005).

A formação profissional do enfermeiro é voltada principalmente para a área assistencial, entretanto o enfermeiro tem a responsabilidade para uma atuação maior na área gerencial exigida pelas organizações de saúde (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

O trabalho em saúde é uma forma de trabalho mais facilmente desvinculada da ideia geral do “trabalho”, aparentando ser uma forma de atividade distinta, mais nobre, mais livre das imposições ou exigências materiais que costumam estar associadas aos estereótipos do “mundo do trabalho” como algo pesado, sofrido, repleto de fortes e resistentes leis da necessidade e distante da criatividade e liberdade (GONÇALVES, 1992).

O enfermeiro no cotidiano de seu trabalho desenvolve ações fundamentais para a promoção e recuperação da saúde que envolvem coordenação e a avaliação do desenvolvimento do trabalho em equipe. Para isso, o enfermeiro utiliza as funções de gerência para desenvolver o trabalho com qualidade e segurança para o paciente e sua equipe. No trabalho desenvolvido na área da saúde e, especificamente, na enfermagem, destaca-se a diferenciação de outras áreas de prestação de serviços. A enfermagem lida diretamente com o trabalho direcionado ao atendimento das necessidades e problemas dos seres humanos. Entendendo que essas demandas vêm ocasionando transformações no processo da assistência e gerencial, pois a procura do bem-estar e segurança do paciente tem crescido. O trabalho da enfermagem e o processo de trabalho de saúde guardam importantes peculiaridades (CRISTINA, 2007).

O saber gerencial iniciou-se com a formação das primeiras alunas da Escola *Nightingale*, no Hospital St. Tomás, em 09 de julho de 1860, na Inglaterra, sob a orientação de Florence Nightingale. O modelo de ensino implantado, conhecido como Sistema *Nightingale*, passa a ser difundido para outras partes do mundo (FORMIGA; GERMANO, 2005).

O gerente de enfermagem mobiliza ações, interações e associações entre sua equipe, para que ela seja constituída por competências, aptidões e uma potência. Pensando nisso, o enfermeiro gestor tem ampliado o seu modo de gerência para um processo de gestão mais participativo (SANTOS *et al.*, 2013).

Os objetos de trabalho gerencial do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos do corpo de enfermagem. Para executar esse processo, utiliza-se um conjunto de saberes gerencial, dentre eles: planejamento, dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal de enfermagem, educação permanente e continuada, supervisão e avaliação de desempenho. Também se utilizam meios e instrumentos, como a força no trabalho, materiais, equipamentos e instalação (SOARES *et al.*, 2016).

As crises financeiras no âmbito hospitalar e o aumento das exigências do consumidor com relação à qualidade dos serviços prestados por médicos e equipe têm forçado os hospitais a adotarem modelos de gestão que ofereçam respostas satisfatórias e imediatas ao consumidor (BRITO *et al.*, 2004).

Verifica-se o deslocamento da enfermeira da área operacional para áreas estratégicas da organização, havendo uma importante mudança nos papéis desta profissão no âmbito hospitalar. A gerente de enfermagem, para enfrentar os desafios do atual contexto, tem procurado se qualificar para atender às novas demandas de trabalho. Essa busca tem contribuído para o desenvolvimento de uma visão sistêmica da organização e conferido a ela maior autonomia, ampliação do seu espaço.

A recomendação para melhores práticas gerenciais está centrada no processo de formação dos futuros enfermeiros e indica a necessidade de dar oportunidade aos estudantes para que compreendam na teoria e vislumbrem e vivenciem na prática as possibilidades de articulação entre gerência e cuidado na prática profissional. Desse modo, as instituições de ensino têm o papel de preparar profissionais aptos para o domínio do conhecimento teórico e da prática para subsidiar os aspectos humanos na qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao paciente. Nesse sentido, considerando que um dos processos de trabalho do enfermeiro é o gerenciamento e que esse profissional historicamente tem assumido cargos gerenciais de serviços de saúde, torna-se relevante para as instituições, inclusive de ensino, definir e desenvolver os seus saberes gerenciais (SOARES *et al.*, 2016).

As organizações de saúde, bem como os centros formadores possuem um papel imprescindível na formação dos enfermeiros, representando uma esfera essencial na construção de futuros profissionais. Além disso, questões éticas permeiam as experiências pessoais, as vivências nos cenários de ensino e de trabalho, contemplando as dúvidas e conflitos próprios do processo de formação. Nesse contexto, os docentes são os profissionais responsáveis por proporcionarem espaços e construir estratégias que deem visibilidade aos saberes gerenciais dos discentes de enfermagem em todos os momentos da formação, além de promoverem a reflexão desses indivíduos a partir dos problemas práticos (SOARES *et al.*, 2016).

É oportuno salientar que a formação acadêmica pode interferir de forma positiva ou negativa na construção de saberes gerenciais necessários para a sua atuação profissional. Assim, os gestores de saúde, responsáveis pela gerência dos serviços hospitalares, devem repensar estratégias para capacitar esses profissionais, a fim de atender as demandas dos clientes de forma eficaz.

As transformações e avanços nos cenários das práticas de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, exigem dos profissionais, sobretudo do enfermeiro, um conhecimento de seus saberes gerenciais, como também experiência na área da administração. Espera-se que o resultado desse estudo possa contribuir nos processos de gestão, fortalecendo as práticas assistenciais da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, objetiva-se refletir sobre os desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares de acordo com a literatura nacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa (RN) da literatura cujo propósito de investigação foi explorar as evidências acerca dos desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares de acordo com a literatura nacional. Essa modalidade de revisão mostra-se útil na descrição do estado da arte de uma temática específica, sob o ponto de vista teórico ou contextual (CASARIN *et al.*, 2020).

Destaca-se que, embora se trate de uma revisão narrativa, com vistas a reunir uma diversidade maior de obras, optou-se na elaboração deste estudo, pelas recomendações de Souza, Silva e Carvalho (2010) para construção de revisões integrativas.

Dessa forma, a pesquisa foi estruturada adotando os seguintes passos: 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados; e 6ª Fase: apresentação da revisão.

Pontua-se que a pergunta norteadora dessa revisão foi formulada adotando-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014). De acordo esses elementos, correlacionou-se a seguinte estrutura: P – enfermeiros gestores; C – atividades gerenciais; e C – unidades hospitalares. Assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares de acordo com a literatura nacional?

Conforme os pressupostos estabelecidos, realizou-se um levantamento bibliográfico no período de 29 e 30 de setembro de 2021. A investigação ocorreu por meio da plataforma *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, utilizando-se os seguintes descritores em português: Gestão de Pessoal em Saúde; Gerência de Serviços de Saúde; Gestão Hospitalar e Enfermagem. Para operacionalizar a busca dos estudos, utilizaram-se as seguintes equações de busca associadas com os operadores booleanos *AND* e *OR*: 1ª equação - (*Gestão de Pessoal em Saúde*) *OR* (*Gerência de Serviços de Saúde*) *AND* (*Enfermagem*) e 2ª equação - (*Gestão de Pessoal em Saúde*) *OR* (*Gestão Hospitalar*) *AND* (*Enfermagem*).

No processo de levantamento dos elementos da amostra, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos escritos em língua portuguesa e disponíveis na íntegra, artigos publicados no período de 2011 a 2021. Como critérios de exclusão, teve-se: os artigos de reflexão-teóricos, os editoriais, os estudos de casos, teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, editoriais e artigos de reflexões.

A adoção dos critérios de elegibilidades, estabelecidos para operacionalização da busca na plataforma escolhida (SciELO), resultou uma amostra de 179 publicações. Na sequência, por meio de duas pesquisadoras independentes, os artigos foram avaliados pelos títulos e palavras-chaves, sendo excluídos aqueles que não se adequavam à temática (n= 91).

Os artigos selecionados na fase anterior (n=88) foram analisados por meio de leitura dos resumos, dos resultados e da conclusão, o que resultou na seleção de 24 artigos para serem avaliados com leitura na íntegra. Logo após, realizou-se a leitura minuciosa dos artigos remanescentes e selecionados apenas os que se adequavam ao objetivo do estudo, o que gerou, ao final desse processo, uma amostra de 10 publicações para síntese das discussões. Para melhor compreensão do processo de seleção amostral, a Figura 1 ilustra como ocorreu esse fluxo.

Estabelecida a amostra final para exploração de informações relacionadas à construção do estudo, estruturou-se um quadro sinóptico, delineado com as seguintes informações: ano de publicação, título, autor(es), periódico indexado, objetivo(s) e principais resultados encontrados (Quadro 1). A coleta de dados concretizou-se a partir de um formulário estruturado, validado por Ursi (2005) e adaptado para atender as nuances da questão norteadora formulada.

Para proceder com a análise crítica, o material reunido foi condensado e explorado na íntegra. Em seguida, os resultados foram agrupados por semelhança para subsidiar a discussão, processo pelo qual os resultados analisados fizeram emergir quatro categorias temáticas, a saber: a) Processo de liderança em Enfermagem; b) Desafios e estratégias na gestão; c) Acreditação Hospitalar; e, d) A Importância de um enfermeiro gestor.

O estudo não envolveu seres humanos, por isso não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Nessa pesquisa, no entanto, os autores seguiram as normas da resolução 466/12, sendo respeitada, na sua execução, a propriedade intelectual dos autores, dos artigos que constituíram a amostra, processo que se deu na citação rigorosa dos seus trabalhos.

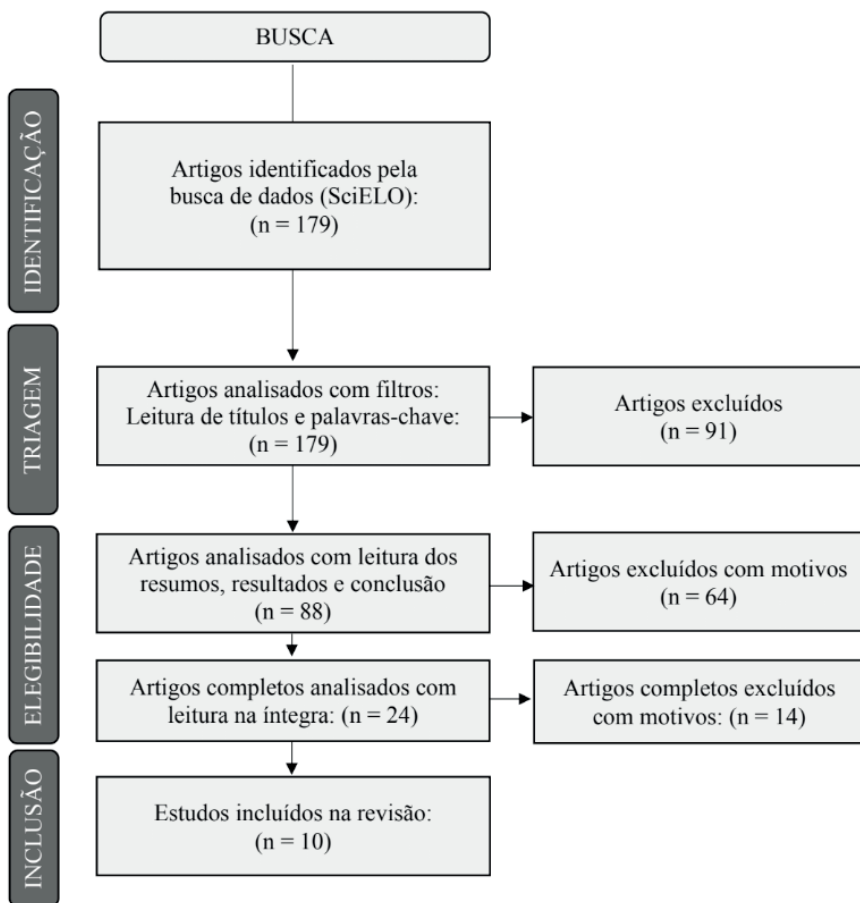


Figura 1 – Descrição do processo de seleção dos estudos encontrados, baseada no fluxograma PRISMA. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Fonte: Elaborada pelos autores.

RESULTADOS

Os Quadros 1 e 2 apresentam um panorama das 10 publicações que, após o processo de filtro realizado, foram selecionadas para composição da amostra e que subsidiou a elaboração desse estudo de revisão. Dos artigos extraídos para análise, a maioria foi publicado no ano de 2020 (30,0%), dois (20,0%) em 2017 e 2018, respectivamente; os anos de 2012, 2014 e 2016 registram uma publicação cada; ao passo que nos anos de 2011, 2013, 2015, 2019 e 2021 não houve registro de publicação entre os artigos selecionados.

Ressalta-se que a maioria das publicações (60,0%) é proveniente dos periódicos da Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn e Revista Gaúcha de Enfermagem; 20,0% das publicações selecionadas encontravam-se na Revista Latino-Americano de Enfermagem e 10,0% dos artigos foram publicados nos periódicos Rev. Esc. Enferm. USP e Revista de

Enfermagem Referência, respectivamente.

Nº	Título	Autor	Revista/Ano
A1	Liderança autêntica, satisfação do enfermeiro no trabalho e Acreditação: estudo em uma rede hospitalar privada.	Batista et al.	Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn/2020
A2	Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na questão do risco hospitalar: estudo de caso.	Fusari et al.	Revista Gaúcha de enfermagem/2018
A3	Interação profissional na gestão da tríade: educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade.	Koerich et al.	Revista Latino-Americano de Enfermagem/2020
A4	Avaliação do modelo de gestão de enfermagem em hospitais gerenciados por Organização social de saúde.	Nishio et al.	Revista brasileira de Enfermagem - REBEn /2020
A5	Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar.	Siman et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem/2014.
A6	Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão	Rodrigues et al.	Revista brasileira de Enfermagem- REBEn/2018.
A7	Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais.	Martins et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2016.
A8	Representações sociais do processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem	Moura et al.	Rev Esc Enferm USP/2012.
A9	Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar	Oliveira et al.	Rev. Latino-Am. Enfermagem/2017.
A10	Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro.	Correia et al.	Revista de Enfermagem Referência/2017.

Quadro 1 – Distribuição das publicações selecionadas segundo título, autor(es), revista, ano. Fortaleza-CE, 2022.

Fonte: elaborado pelos autores.

Ressalta-se que todos os artigos selecionados estavam em língua portuguesa e foram publicados em periódicos na área de enfermagem, denotando que a temática de gestão é um tema recorrente e de interesse nas pesquisas da Enfermagem brasileira.

O Quadro 2 apresenta informações relacionada à descrição dos objetivos, dos principais resultados e dos desenhos metodológicos.

Nº	Objetivo(s)	Resultados	Método
A1	Identificar as dimensões dominantes da liderança autêntica dos enfermeiros em uma rede hospitalar privada e correlacionar com a satisfação no trabalho e com o modelo de acreditação.	Houve diferença significativa entre a avaliação dos líderes e liderados, em todas as dimensões do <i>Authentic Leadership Questionnaire</i> . Em relação à associação da liderança autêntica com a satisfação do trabalho, para os liderados foi encontrada uma correlação significativamente positiva, sendo considerada moderada. Nos hospitais, com o modelo <i>Joint Commission International</i> , os líderes foram percebidos por seus liderados com maior transparência.	Estudo Transversal
A2	Evidenciar as melhores práticas de liderança dos enfermeiros que contribuem para gestão de risco hospitalar.	Evidenciaram-se três categorias temáticas demonstrando que as melhores práticas de liderança envolvem competência técnicas e não técnicas ancoradas em desenvolvimento comportamental, conhecimento científico, diretrizes de qualidade e segurança do paciente e gestão participativa da equipe de saúde.	Estudo de caso
A3	Compreender como acontece a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da educação permanente em saúde a fim de garantir a segurança do paciente e a qualidade do cuidado de enfermagem.	A interação profissional na estrutura organizacional hospitalar exige a confirmação de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, de forma a melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares.	Estudo Qualitativo
A4	Avaliar o modelo de gestão de serviço de enfermagem hospitalar sob a percepção de enfermeiros de hospitais gerenciados por organização social de saúde, considerando-se o tipo e as dimensões do modelo.	Com média geral de 184,3 pontos, 12 hospitais indicaram governança compartilhada; e 3 (20%), tradicional (média de 165,7 pontos). Os gestores apresentaram percepção menor de governança compartilhada que profissionais sem cargo gerencial. Tipo de cargo e tempo de trabalho na instituição influenciaram os resultados. O modelo atual é híbrido, em processo de transição do tradicional para o corporativo.	Estudo Exploratório
A5	Compreender a atuação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar (AH).	Apontaram o conhecimento e a atuação do enfermeiro como fundamentais na AH, já que ele assume posições estratégicas nas instituições de saúde e na articulação com outros profissionais, além de desenvolver ferramentas para avaliação da assistência como ações táticas.	Estudo de caso de natureza qualitativa

A6	Analisar glosas efetuadas por operadora de plano de saúde em contas hospitalares.	Os dados analisados totalizaram 36 mil itens glosados. Os maiores índices de glosa ocorreram no hospital 1 (67,6%); serviço de pronto-socorro (50,1%); tempo de internação, \leq 1 dia (70,8%) e materiais médico-hospitalares (59,2%). O ano de 2013 apresentou maior índice de glosas administrativas (54,51%) e técnicas (48,05%). Concluiu-se que as glosas são indicadores para as instituições verificarem os pontos críticos a serem melhorados e que é preciso atenção dos gestores para trabalhar aspectos causadores das glosas, como forma de prevenção de prejuízos maiores.	Pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa
A7	Identificar as diferentes formas de cuidar do enfermeiro no CC e sua relação com o contexto institucional.	A análise das informações oriundas dos debates no GF sobre as atividades gerenciais do enfermeiro em CC resultou em três categorias temáticas: gerenciamento de materiais, gerenciamento da equipe de enfermagem e articulação do trabalho da equipe multiprofissional.	Pesquisa exploratória, descritiva, seguindo a vertente qualitativa.
A8	Analisar a representação social do processo de escolha de chefias entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário.	Os resultados confirmam a permanência de um sentimento de não pertencimento à equipe, indicando um distanciamento entre enfermeiros e auxiliares/técnicos e explicitando um conflito instalado no relacionamento entre esses profissionais. (...) Liderança surge associando o processo de escolha de chefias a um espaço de comunicação, propício à integração da equipe e ao reconhecimento de potenciais líderes que sejam capazes de se movimentarem como facilitadores das relações de trabalho e das relações interpessoais da equipe, contribuindo para uma gestão efetivamente participativa.	Estudo do tipo exploratório-descritivo, qualitativo.
A9	Analisar as percepções de gestores e trabalhadores sobre as mudanças no gerenciamento hospitalar advindas da Acreditação.	Acreditação resultou em mudanças gerenciais amplas e positivas nas organizações hospitalares, pois os resultados indicaram que as práticas de gestão dos hospitais investigados alteram-se de maneira exitosa e em diferentes aspectos, como: padronização e mapeamento de processos assistenciais; incremento da estrutura física e da organização do trabalho; melhorias na gestão dos custos hospitalares; posicionamento de visão estratégica no mercado; inclusão de liderança participativa, além de outras iniciativas que promovem a gestão pela qualidade.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.
A10	Conhecer as percepções dos enfermeiros gestores em relação ao erro, identificar estratégias de gestão face ao erro e analisar medidas corretivas e preventivas implementadas para a segurança do doente.	Da análise dos dados adquiridos pelas entrevistas aos enfermeiros gestores, foram identificadas oito categorias (<i>codes</i>) que foram agrupadas em duas grandes áreas temáticas (<i>families</i>) de acordo com a sua natureza sistêmica ou individual, em consonância com a proposta de Reason referente aos dois tipos de abordagem ao erro.	Estudo Qualitativo.

Quadro 2 – Distribuição das publicações selecionadas segundo objetivos, resultados e método utilizado. Fortaleza-CE, 2023.

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação ao tipo de estudo, predominou-se os estudos de desenhos com abordagem qualitativa (50,0%), seguidos das pesquisas transversais e estudo de caso, com 20,0% cada; apenas um estudo apresentava metodologia de desenho exploratório.

DISCUSSÃO

Processo de liderança em Enfermagem

A categoria temática “Processo de liderança em Enfermagem” foi construída a partir das contribuições dos autores dos artigos A1, A2, A3 e A4.

Os autores Fusari *et al.* (2021) demonstraram que as melhores práticas de liderança envolvem competências técnicas e não técnicas ancoradas em desenvolvimento comportamental, conhecimento científico, diretrizes de qualidade e segurança do paciente e gestão participativa da equipe de saúde.

Em relação à associação da liderança autêntica com a satisfação do trabalho, para os liderados foi encontrada uma correlação significativamente positiva, sendo considerada moderada. Nos hospitais, com o modelo *Joint Commission International*, os líderes foram percebidos por seus liderados com maior transparência (BATISTA *et al.*, 2020).

Os autores Koerich, Erdmann e Lanzoni (2020) buscaram compreender como acontece a interação do enfermeiro gestor na estrutura organizacional hospitalar para a gestão da educação permanente em saúde a fim de garantir a segurança do paciente e a qualidade do cuidado de enfermagem. Para os autores, a interação profissional na estrutura organizacional hospitalar exige a confirmação de novos modelos de gestão com ênfase em uma gestão mais participativa, de forma a melhorar os processos de cuidado nas instituições hospitalares.

Na visão de Nishio *et al.* (2021), ao longo do tempo, os modelos de gestão dos Serviços de Enfermagem (SE) sofreram influências em decorrências de fatores econômicos e sociais da humanidade. Diante do exposto, os autores buscaram avaliar e compreender o modelo de gestão dos serviços de enfermagem e os níveis de implementação da governança compartilhada. A partir dessa avaliação, puderam observar que a percepção, por parte dos enfermeiros com cargo gerencial, da governança compartilhada foi menos expressiva ao ser comparado com a percepção dos profissionais sem cargos de gestão.

Desafios e estratégias na gestão

A segunda categoria temática, denominada “Desafios e estratégias na gestão” foi elaborada a partir das contribuições dos autores dos manuscritos A6 e A7.

Os planos privados vêm crescendo, sendo cada vez mais adquiridos pela população. Devido a essa expansão na área da saúde, esta passou a exigir melhores resultados operacionais e administrativos. Por conta dessa dilatação, as glosas hospitalares tiveram um maior índice. As glosas se classificam em administrativas e técnicas. As administrativas

decorrem de falhas operacionais no momento da cobrança, de falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço. As glosas técnicas relacionam-se à apresentação dos valores de serviços vinculados diretamente à assistência prestada ao paciente e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados. Os dados analisados, no ano de 2013, apresentaram maior índice na parte administrativa de enfermagem, sendo um desafio enfrentado pela gestão de enfermagem. Sobre o tema, Rodrigues *et al.* (2018) concluíram que as glosas são indicadores para as instituições verificarem os pontos críticos a serem melhorados e que é preciso atenção dos gestores para trabalhar aspectos causadores das glosas, como forma de prevenção de prejuízos maiores.

As contribuições de Martins *et al.* (2016) apontam que o gestor de enfermagem tem o papel de desenvolver uma série de estratégias para superar as dificuldades interacionais, frente à demanda de coordenação do fluxo de pacientes, dos insumos e da equipe de saúde no centro cirúrgico, durante a realização do cuidado, influenciando e sendo influenciado por ele.

Acreditação Hospitalar

Os artigos A5 e A9 abordam em comum a mesma temática, originando a terceira categoria temática deste estudo, intitulada “Acreditação Hospitalar”.

Os autores Siman *et al.* (2014) destacam que o “Programa de Acreditação” surge com a proposta de aprimoramento da assistência e a melhoria na gestão das instituições hospitalares. A ideia é aumentar a probabilidade de resultados favoráveis abrangendo o binômio “avaliação e educação”, caracterizado com um processo voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação.

Os autores Oliveira *et al.* (2017) corroboram que a acreditação é definida como estratégia sistemática, periódica, reservada e, por vezes, voluntária, na qual seus métodos, embasados em padrões de qualidade previamente definidos, propiciam avaliar os serviços de saúde que podem ou não resultar em algum nível de certificação. Apesar de bem-vinda, a certificação viabilizada pela ‘acreditação’ não é a finalidade primária desse sistema, uma vez que a melhoria contínua e o incremento da cultura pela qualidade devem ser vistos como prioridades àqueles que o aderem.

Nessa perspectiva, Siman *et al.* (2014) e Oliveira *et al.* (2017) convergem ao dizer que o processo de acreditação desenvolveu-se com o objetivo de fazer que os gestores e equipe hospitalar venham a prestar uma assistência de qualidade para seu paciente, assim os capacitando e qualificando sua equipe.

A Importância de um enfermeiro gestor

As contribuições dos artigos A8 e A10 emergiram a quarta categoria temática ‘A

importância de um enfermeiro gestor', analisada a seguir.

Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na segurança dos cuidados de saúde prestados à população, dada a sua responsabilidade pela promoção de uma cultura de segurança nas equipes para que haja um ambiente aberto de partilha e confiança, desenvolvendo-se assim a aprendizagem a partir dos erros e eventos adversos (CORREIA *et al.*, 2017).

A atuação das equipes de trabalho e os arranjos organizacionais constituem-se em um poderoso instrumento para a operacionalização das estratégias e políticas de saúde no atendimento da população. Ao mobilizar-se, com este intuito, é importante que se dedique um olhar mais atento aos processos de gestão das equipes de trabalho e para a forma como são definidos os cargos de chefia e de coordenação desses grupos (MOURA *et al.*, 2012).

Os autores Correia *et al.* (2017) e Moura *et al.* (2012) acreditam que um bom enfermeiro gestor tem que ser uma pessoa qualificada que queira acrescentar e somar junto da sua equipe, buscando sempre o melhor, não só para quem é cuidado, mas também para quem cuida. Dessa forma, todos saem ganhando, o paciente, com uma assistência de qualidade; e o profissional, com motivação e reconhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou explorar de forma mais aprofundada os desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares. De modo geral, percebeu-se que o enfermeiro gerente tem um planejamento mental de seu trabalho, porém não um planejamento sistematizado.

Nesse sentido, o gestor torna-se o responsável direto por executar as atividades administrativas, inerentes a sua formação, uma vez que, adquiriu conhecimento baseado naquela especialidade, dentre elas, a administração de pessoal, o controle de medicamentos, a redução de custos, a delegar funções a profissionais competentes para assumir suas funções.

Pôde-se observar que existe uma lacuna na comunicação com a equipe e com outros enfermeiros considerando a falta de entrosamento na equipe e a resistência à mudança dos enfermeiros gerentes. Entretanto eles buscam motivar a equipe, administrar os conflitos e coordenar os recursos humanos e materiais para proporcionar um cuidado de qualidade e de segurança ao paciente.

Em relação às limitações desse estudo, reconhece-se a amostra como um ponto, tendo em vista ter sido composta apenas por artigos em língua portuguesa. Assim, recomenda-se a realização de mais estudos, preferencialmente de campo, visando determinar causalidades sobre os desafios e estratégias vivenciadas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais em unidades hospitalares, o que nos instiga a querer dar continuidade

a novos estudos baseados na gestão frente à enfermagem.

Diante do exposto, portanto, reconhece-se a importância do enfermeiro gestor hospitalar, no processo de gestão em saúde. Essa análise nos leva a entender, o quanto é complexa uma instituição hospitalar, e comprova que é preciso contar com recurso humano preparado para atuar de forma equilibrada nas atividades administrativas e assistenciais dentro da instituição.

REFERÊNCIAS

BATISTA, S. A.; et al. Authentic leadership, nurse satisfaction at work and hospital accreditation: study in a private hospital network. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 74, n. 2, 2021.

BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciênc Cuid e Saúde.**, v. 4, n. 2, p. 182-85, 2005.

BRITO, M. J. M.; et al. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. **Revista de Administração de Empresas.**, v. 44, n. spe, p. 34-47, 2004.

CASARIN, S.T.; PORTO, A. R.; GABATZ, R. I. B.; BONOW, C. A.; RIBEIRO, J. P.; MOTA, M. S. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **J. nurs. health.**, v. 10, n. esp., p. e20104031, 2020.

CORREIA, T.; MARTINS, M.; FORTE, E. **Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro.** Processes developed by nurse managers regarding the error, portugal, v. IV, n. 75-83, 2017.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 58, n. 2, p. 222-226, 2005.

OLIVEIRA, J. L. C.; et al. Mudanças gerenciais. **resultantes da Acreditação hospitalar**, Maringá, PR, p. 1-8, 2017.

FUSARI, M. E. K.; et al. Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, v. 42, n. spe, p. e20200194, 2021.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidade.** São Paulo: CEFOR, 1992.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. I.; LANZONI, G. M. M. Professional Interaction in Management of the triad: permanent Education in Health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 28, e3379. 2020.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, p. e56945, 2016.

MOURA, G. M.; et al. **Representações sociais do Processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem**, SP, p. 1156-1162, 2012.

NISHIO, E. K.; CARDOSO, M. L. A. P.; SALVADOR, M. E.; D'INNOCENZO, M. Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. Suppl 5, p. e20200876, 2021.

RODRIGUES, J. A. R. M.; et al. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 71, n. 5. 2018.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D.; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem.**, v. 18, n. 2, p. 321-329, 2009.

SANTOS, J. L. G.; et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SIMAN, A. G.; et al. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.

SOARES, M; CAMELO, S. H.; RACK, Z. M.; TERRA, F. S. Saberes Gerenciais: saberes Gerenciais do Enfermeiro no contexto Hospitalar. **GESTÃO**, universidade de São Paulo, p. 1-8, 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein.**,v. 8, 1 Pt , p. 102-106, 2010.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014**. Adelaide (Australia): The University of Adelaide; 2014. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2021.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

IMPORTÂNCIA DO CAPITAL HUMANO DENTRO DA GESTÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR

Data de aceite: 02/06/2023

Gercilene Cristiane Silveira

Anelvira de Oliveira Florentino

Adriane Lopes

RESUMO: O Capital Humano é reconhecido nos dias de hoje como uma das principais fontes inovadoras organizacionais. No entanto, é um recurso ilimitado, e atualmente possui um papel proeminente nas organizações, através do desenvolvimento das habilidades, competências e criatividade de seus colaboradores; porém se faz necessário o aperfeiçoamento contínuo. Frente às considerações expostas objetivou-se discutir a gestão estratégica hospitalar evidenciando a importância do capital humano, que deve ser voltado para a competência em um atendimento de saúde cada vez mais qualificado. Assim, entender como essa ferramenta é de grande importância no planejamento e da formação das equipes de colaboradores. O presente trabalho resulta de uma pesquisa qualitativa realizada a partir de uma revisão literária, cuja metodologia apoia-se em leituras exploratórias seletivas do material publicado. Conclui-se que os investimentos

em capital humano nos dias atuais, têm se mostrado um grande diferencial para o sucesso das organizações. Contudo, o grande desafio das organizações, é na formação de um capital humano diversificado que interaja de maneira positiva na missão e valores da empresa, prestando serviços de qualidade baseado em seus conhecimentos e especializações.

PALAVRAS-CHAVE: Capital Humano, Gestão Estratégica. Cultura Organizacional.

IMPORTANCE OF HUMAN CAPITAL WITHIN HOSPITAL STRATEGIC MANAGEMENT

ABSTRACT: Human Capital is recognized nowadays as one of the main organizational innovative sources. However, it is an unlimited resource, and currently has a prominent role in organizations, through the development of skills, competencies and creativity of its employees; however continuous improvement is required. In view of the above considerations, the objective was to discuss the strategic management of the hospital, highlighting the importance of human capital, which must be focused on competence in an increasingly qualified health care. Thus, understanding how this

tool is of great importance in the planning and training of teams of employees. The present work results from a qualitative research carried out from a literary review, whose methodology is based on selective exploratory readings of the published material. It is concluded that investments in human capital nowadays have shown to be a great differential for the success of organizations. However, the great challenge for organizations is the formation of a diversified human capital that interacts in a positive way in the company's mission and values, providing quality services based on their knowledge and specializations.

KEYWORDS: Human Capital, Strategic Management. Organizational culture.

1 | INTRODUÇÃO

Diante dos avanços tecnológicos, sociais, econômicos e culturais dos últimos anos, nos faz refletir em diversas áreas do nosso cotidiano. E essas transformações mudaram também a forma como as relações de trabalho se dão, visando alinhar as demandas estratégicas de uma empresa à evolução de seus colaboradores. Os profissionais estão cada dia mais qualificados e exigentes ao buscar vagas de emprego por oportunidades em organizações que ofereçam um propósito, tenham uma cultura clara e um modelo de trabalho compatível com o que buscam (SCHIKMANN, 2010).

Assim, a gestão estratégica de pessoas (GEP) tem se mostrado uma excelente solução para conciliar interesses entre empresa e colaboradores, além de melhorar o rendimento das equipes. O gestor passa a assumir o maior protagonismo dentro das empresas, uma vez que passa a atuar com mais critério em todas as suas atividades, com foco no capital humano e na criação de estratégias que visam potencializar as experiências do colaborador (ALBUQUERQUE, 2002).

Além disso, uma organização comprometida com esse modelo de gestão consegue integrar toda a equipe, colaborando para o alcance de metas e objetivos. Isso porque, as ações contínuas implementadas resultam em uma equipe mais motivada e engajada (SCHIKMANN, 2010).

Portanto, entender a gestão estratégica de pessoas é algo de grande importância para o sucesso de um empreendimento. Mas para isso, não basta somente criar ações. É preciso também, saber como anda o desempenho das equipes. Isso é essencial para descobrir se as políticas de incentivo e treinamento estão realmente surtindo efeito positivo nas atividades (ALMEIDA, 2012).

Mas para entender sua importância, é preciso compreender melhor as movimentações sociais pelas quais o mercado de trabalho passou ao longo dos anos. Assim, a fim de melhorar os resultados individuais e coletivos das organizações surgiu o conceito de gestão estratégica de pessoas, uma abordagem voltada para o treinamento e desenvolvimento de colaboradores, que visa alinhar o capital humano aos objetivos de longo prazo de uma empresa (SCHIKMANN, 2010).

Além disso, ele é muito mais do que isso, já que impacta diretamente no crescimento

da empresa, promove vantagem competitiva e acaba desenvolvendo o propósito da cultura organizacional.

Esses desafios impulsionaram as organizações a se reestruturarem, conforme Teixeira Filho *et al* (2017), modificando sua forma de atuação, abandonando suas estruturas burocráticas e rígidas para modelos mais flexíveis e descentralizados, de modo a se ajustarem a tais contextos.

A fim de atender às necessidades mercadológicas, torna-se imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação contínua de sua equipe, ajudando a melhorar o padrão de assistência prestada nos atendimentos ao paciente, pois a enfermagem desempenha importante papel para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventivas, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Frente às considerações expostas, e por entendermos que a equipe de enfermagem é constituída de uma aquisição progressiva de conhecimentos e competências, que só poderá ser reconhecida à medida que a qualidade do cuidado prestado ao paciente seja demonstrada por profissionais atualizados e capacitados às necessidades técnicas, éticas e morais, com o propósito de reforçar e possibilitar conhecimentos que supram suas carências, este artigo tem como objetivo discutir a gestão estratégica evidenciando a importância do capital humano, que deve ser voltado para a competência em um atendimento de saúde cada vez mais qualificado. Assim, entender como essa ferramenta é de grande importância no planejamento e da formação das equipes e profissionais.

Para esse fim, segundo Schikmann, (2010), a “gestão estratégica de pessoas (GEP) está estreitamente relacionada ao estabelecimento dos objetivos, missão e metas de uma instituição, como também com o desempenho e meios de assegurar sua consecução”.

Neste contexto, o estudo foi realizado de forma qualitativa por meio de pesquisa bibliográfica desenvolvida na leitura e interpretação de artigos científicos, dos resultados encontrados no banco de dados disponíveis na internet através da Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* SciELO e com apoio do Google Acadêmico.

2 | GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS

Nos dias atuais, devido à instabilidade política, social e econômica que as instituições hospitalares vêm enfrentando, as mesmas estão cada vez mais exigindo um perfil profissional motivado a adquirir novos conhecimentos e habilidades, que requer agilidade e decisões assertivas, criativas, inovadoras, agregando valor econômico à instituição e social ao indivíduo, dando assim sustentação para as organizações, possibilidades de mudanças em todos os segmentos (SCHIKMANN, 2010).

Na visão de Martins (2009), é necessário que as instituições hospitalares ofereçam

ações e serviços qualificados aos seus clientes. Quando se fala em gestão do Capital Humano, a organização hospitalar tem um grande desafio a realizar. Primeiramente, reconhecer que os seres humanos, em seu trabalho, são pessoas que devem ser valorizadas, desenvolvidas e avaliadas como qualquer outro ativo da organização. “São ativos dinâmicos que podem ter seu valor aumentado com o tempo, e não “produtos” inertes que perdem valor“ (PONCHIROLLI, 2005, p. 37).

Partindo destas considerações, uma das atividades operacionais mais importantes para a sociedade sem dúvida é o mercado de saúde, pelo fato que o elo final da cadeia é a própria vida humana (CADAVEZ e GRELL, 2009).

No entanto, a seleção do capital humano na área da saúde, deve-se levar em conta seu conhecimento como contribuição para o alcance dos objetivos estabelecidos pelas organizações hospitalares. Pois, o conhecimento é profundamente ligado a ação e ao comprometimento da pessoa em determinado contexto profissional (PONCHIROLLI, 2005).

Para Cadavez e Grell (2009), um dos principais objetivos dos serviços de saúde atribui na questão da qualidade, e esta deve estar em consonância com cultura operacional, os quais perpassam por medidas de desempenho quanto à estrutura, processos e resultados. Deste modo, os serviços de saúde são oferecidos com o intuito de melhorar a excelência e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Portanto, ao ser identificado os valores e as práticas que regem a organização tornam-se mais fácil detectar o impacto que a cultura pode ter no funcionamento da empresa.

Como se pode perceber hoje, o perfil do profissional deixa de ter os velhos padrões e passa a ter a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento. Atualmente, o que constatamos é um profissional com objetivos definidos, buscando sempre o seu autodesenvolvimento, não esperando que alguém venha a tomar decisões por ele, mas tomando a iniciativa de decidir ou mesmo propondo decisões para serem implementadas. Por isso pode-se afirmar que o profissional de hoje deverá possuir algumas características básicas: ser próativo, ser generalista, ser flexível, estar propenso a mudanças, entre outras coisas (CADAVEZ e GRELL, 2009).

Segundo Martins (2009) é indispensável para as instituições com visão no futuro, o desenvolvimento do conhecimento devido à evolução das mesmas estar intimamente ligada com a evolução do conhecimento humano, que se tornou à chave para a perpetuidade da organização.

Considerando que todas as habilidades são inatas ou adquiridas, que podem ser aperfeiçoadas por meio de investimentos apropriados ao enriquecimento do capital intelectual. Além de proporcionar o bem-estar individual, tal teoria também afirma que esse seria o caminho para o desenvolvimento das nações: investir em capital humano (CATTANI, 2002).

No contexto atual, como uma continuidade da Teoria do Capital Humano, mas englobando novas características, próprias de uma economia globalizada, surge o discurso

de que vivemos numa “Sociedade do Conhecimento” e que, por conseguinte, neste novo contexto, são exigidas dos trabalhadores novas qualificações e habilidades que lhes permitam inserir-se no mercado de trabalho, competindo de forma igualitária com outras pessoas (ALMEIDA, 2012).

Para o mesmo autor, estas novas habilidades e comportamentos, tais como flexibilidade, capacidade de comunicação, participação, são considerados fundamentais dentro de um modelo de produção que busca superar a rigidez do modelo taylorista. Entretanto, o capital humano não é propriedade das empresas. As pessoas não são ‘patrimoniáveis’. Na verdade, elas não pertencem ao patrimônio das organizações

No entanto, para um desenvolvimento organizacional, é necessário aperfeiçoar o crescimento das habilidades, conhecimentos e competências das pessoas. É nisso que se baseia o capital humano. Pois, quanto maior o capital humano, melhor as condições de desenvolvimento. Baseado nisso, investir em capital humano significa investir, sobretudo, em qualidade profissional (BETAMEN; SNELL, 2007).

2.1 O Capital Humano na Gestão Estratégica Hospitalar

Para Dias (2003) uma Instituição Hospitalar é uma organização que apresenta uma grande complexidade na sua infraestrutura, nos seus processos, nos seus recursos e também na sua cultura. Trata-se de uma organização com uma diversidade de serviços, setores e profissionais tendo o intuito de melhorar a excelência e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Portanto, caracterizar sua cultura organizacional, através das suas práticas e valores auxilia aos seus membros terem de forma clara os objetivos a que devem alcançar.

Segundo Bertelli (2004) o hospital se insere nas condições de mercado, sofrendo influência das políticas sociais e econômicas. É um prestador de serviços no atendimento à população, tendo a obrigação de manter-se fiel aos propósitos de restaurar e promover a saúde, dentro de um bom padrão técnico e de um ótimo nível de humanização em suas atividades operacionais.

De acordo com Hauser o conceito de hospital definido pelo Ministério da Saúde do Brasil é:

Um hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (2009,p. 3).

As instituições hospitalares também estão reconhecendo que a valorização do capital humano é um recurso da vantagem competitiva e duradoura, sendo necessário

adquirir esta força de trabalho e os meios para gerenciá-lo.

Neste contexto, Ruthes e Cunha (2009), diz que para elaborar a melhor estratégia de capital humano é preciso considerar três fatores:

Sistemas: compreender como várias práticas e programas de capital humano (remuneração, treinamento, gestão de carreiras e supervisão) trabalham em conjunto para produzir os retornos esperados.

Os fatos certos: contabilidade precisa e detalhada dos atributos da força de trabalho, como das práticas de capital humano tão logo elas sejam realmente implementadas.

Foco no valor: um foco inflexível no modo como o capital humano impulsiona importantes resultados de negócio - faturamento, lucros, retenção do cliente e qualidade (RUTHES e CUNHA, 2009, p. 902).

Para um serviço de saúde, o capital humano possui uma importância toda especial porque, por um lado, existe um nível de especialização se necessário, por outro lado, o que está em jogo é o fornecimento em larga escala de serviços cuja qualidade depende diretamente da formação dos profissionais que os dispensam. Assim, o desempenho de um sistema de saúde depende, em última análise, dos conhecimentos, das competências e da motivação das pessoas responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde (OMS, 2000).

Sendo assim, o gestor é responsável pela administração do capital humano. Entretanto, habilidades de liderança e administração são necessárias à mudança de gestão, independentemente da área de atuação. É preciso liderar a equipe, recrutar, ensinar o pessoal, não se esquecendo de sempre comunicar e orientar o curso das ações e a prática da assistência, tendo em vista sempre o cuidado como o núcleo da competência. (RUTHES; CUNHA, 2009)

Dessa forma, as organizações devem se focar na aquisição e posse de informações e conhecimento, o que significa o emprego do capital humano, através de pessoas qualificadas e especializadas como maior bem das organizações (SEIXAS, 2007).

Na visão de Oliveira (2004), os “funcionários formam uma percepção geral subjetiva da organização com bases em fatores como o grau de tolerância aos riscos, a ênfase nas equipes e o apoio às pessoas”. Assim, essas percepções favoráveis ou não, podem afetar o desempenho e satisfação dos colaboradores, quanto mais forte for o impacto da cultura.

Entretanto, as organizações buscam selecionar novos membros que se ajustem bem a sua cultura organizacional. Para isso, o profissional precisa ter um bom nível de informação de maneira específica, mas no geral, que possibilite ter acesso ao nível estratégico da empresa, a fim de que a colocação seja feita adequadamente (OLIVEIRA, 2004). Este aspecto é particularmente importante no caso dos novos funcionários, que, pela absorção da cultura, conseguem ajustar-se e ser aceitos como membros de pleno direito na instituição (GOMES, 2000).

Por outro lado, é preciso conhecer profundamente a instituição que vai trabalhar, ter

conhecimento das normas e rotinas dos serviços que ela presta reconhecer seus pontos fortes e/ou aqueles que precisam ser melhorados para, a partir de então, ser traçado um planejamento claro e organizado para simplificação e eficiência do trabalho. O novo profissional precisa ter um bom nível de informação de maneira específica, mas no geral, que possibilite ter acesso ao nível estratégico da empresa, a fim de que a colocação seja feita adequadamente. É importante, ainda, definir a forma de gestão que será adotada (GOMES, 2000).

Gil (2001, p. 46) defende que “para que os trabalhadores sejam produtivos, devem sentir que o trabalho executado é adequado a suas habilidades e que são tratados como pessoas”. Diante disso, não se pode esquecer que tão importante quanto desenvolver trabalho adequado às habilidades, o colaborador deve estar desempenhando atividades compatíveis aos seus conhecimentos.

Não basta somente possuir experiência e conhecimento técnico, as informações fluem de forma muito rápida e os profissionais precisam estar atualizados. Cabe à empresa propor meios que facilitem a fluência das informações internas e das mudanças mercadológicas, através de capacitações frequentes (GIL, 2001).

Não se pode esquecer que parte significativa da vida das pessoas é dedicada ao trabalho e que para muitas o trabalho constitui a maior fonte de identificação pessoal. É natural, portanto, que almejem se identificar com seu trabalho. Cohen (2000) as empresas e, mais especificamente, os gestores hospitalares são desafiados a investir no ambiente, tanto para atrair e reter talentos como para melhorar a produtividade do trabalho.

Mais do que isso, as empresas são desafiadas a implantar programas de qualidade de vida no trabalho (QVT) que envolvam também as dimensões relacionadas ao estilo gerencial, à liberdade e autonomia para tomada de decisões e ao oferecimento de tarefas significativas (COHEN, 2000).

Segundo Fadel (2007, p.121):

As transformações apontam para um redirecionamento dos objetivos da organização, antes voltados para o controle da produção de bens e serviços, para outra baseada na informação, na valorização da descentralização administrativa da comunicação e da flexibilidade nos processos.

Seixas e Melo (2004) afirmam que o principal papel do Gestor Estratégico Hospitalar é propiciar liderança para facilitar a criação e o desenvolvimento de atitudes destinadas a alcançar as metas corretas. Ele deve ajudar a motivar sua equipe, bem como aconselhar sobre o ambiente e a estruturação das suas unidades e da organização.

Corroborando com os autores citados, Soto (2002) ressalta que não basta ser gestor e ditar regras e normas de realização de tarefas. Para gerenciar com qualidade, é necessário ter liderança e saber como motivar e agir com a equipe frente a diversas situações para o cumprimento das metas preestabelecidas.

Em sua pesquisa, Fadel (2007, p. 120) refere que:

os hospitais, no Brasil, foram organizados à luz das teorias administrativas clássicas, com estruturas extremamente rígidas, vários níveis hierárquicos, centralização do poder e limitada autonomia e responsabilidade dos níveis intermediários – gerencias e operacionais, além de acentuada valorização das funções.

Destaca-se, ainda, o fato de que durante muitos anos a administração de nossos hospitais foi exclusivamente burocrática. Em relação ao papel do gestor, sabe-se que para atingir os desejados objetivos na gestão de pessoas, deve ser considerado o papel do líder, pois é ele quem está mais próximo do nível operacional. Vê-se, no hospital, muitas pessoas trabalhando juntas, atuando em diferentes níveis organizacionais, e pessoas trabalhando em equipe necessitam de outras que são responsáveis por suas atividades conjuntas (DELGADO, 2002).

Lacombe e Heilborn (2003, p. 414), mencionam que:

[...] os líderes defendem valores que representam a vontade coletiva, do contrário, não seriam capazes de mobilizar os liderados à ação, o que leva a perceber que líder é alguém considerado como o principal responsável pela realização dos objetivos grupais.

Calombini (2000, p.37) afirma que é papel do gestor “alinhar todos os envolvidos na organização aos objetivos empresariais, além de oferecer soluções de aprendizagem com relevância estratégica para cada família de cargos”.

O gestor também deve ser capaz de ver com clareza os objetivos que lhe são propostos, esforçando-se para alcançá-los, tendo autocontrole na tomada de decisões e em momentos de crise, verificando o cumprimento das ordens, julgando quem são as pessoas certas para ocupar os lugares certos nos momentos certos, compreendendo que a diversidade destas traz força para a equipe. É preciso, ainda, visualizar o sistema como um todo, ver o conjunto. Evidentemente, necessita-se voltar atenção aos resultados, focando produtos e serviços mais rentáveis, eliminando atividades ou pessoas que não agreguem valor, bem como incentivando inovação e mudança. O gestor preparado sofre constante pressão na busca de resultados e, ainda assim, não perde o foco ao guiar seus liderados (CALOMBINI,2000).

Em virtude da grande competitividade dos negócios no mundo globalizado, torna-se imperativo que as equipes de trabalho estejam altamente motivadas. Colaboradores motivados para realizar o trabalho, tanto individualmente como em grupo, tendem a proporcionar melhores resultados. Em relação a esse aspecto, pode-se prever que a motivação é entendida como o principal combustível para a produtividade da empresa (MARRAS, 2001).

No entendimento de Gil, a “motivação é a força que estimula as pessoas a agir” (2001, p. 202).

Levando em consideração a definição de Seixas e Melo (2004, p.16) em relação à gestão de pessoas, “as organizações de saúde são complexas e precisam contar com

capitais humanos preparados para atuar de forma a equilibrar as atividades administrativas e assistenciais”. Motivar pessoas é certamente uma difícil missão para gestores em geral, sobretudo para os hospitalares, que devem estar devidamente qualificados.

Um gestor com visão empreendedora não se mantém preso a teorias e técnicas ultrapassadas, buscando proporcionar aos seus colaboradores condições de expansão profissional e pessoal, formando equipes coesas, motivadas e comprometidas com as diretrizes estabelecidas, além de encorajá-los a enfrentar e superar dificuldades. Com isso, através de sua conduta integradora, proporciona fluidez nas rotinas da organização, agregando valor e diferencial nos serviços oferecidos (SEIXAS; MELO, 2004).

Segundo esse entendimento, o líder deve estar capacitado a sempre procurar conhecer os fatores de motivação de sua equipe. Para tanto, deve indagar as aspirações de seus colaboradores e verificar se a organização tem sido capaz de satisfazê-las. De fato, é difícil imaginar que alguém possa perseguir com afinco os objetivos de uma organização que não lhe dê condições de realizar seus sonhos e seus objetivos pessoais. (SEIXAS; MELO, 2004).

Araujo (2006) assegura que além do comprometimento do gestor e do apoio oferecido pela empresa, a motivação ao trabalho e a atribuição dada à sua atividade são fatores intrínsecos ao ser humano e que afetam o desempenho profissional. Assim sendo, evidencia-se a importância de as empresas gerenciarem o clima organizacional, visando à satisfação dos colaboradores.

2.2 A importância do Capital Humano dentro da Gestão Estratégica Hospitalar

A importância do Capital Humano, baseia-se em fatores dinâmicos como a inovação, a tecnologia, o conhecimento, o qual aplicado ao trabalho cria valor. Um dos aspectos mais relevantes destes novos fatores de competitividade é a sua mudança cada vez mais rápida, imposta pela intensificação da concorrência à escala mundial (MARIMUTHU *et al.* (2009).

De acordo com Cabrita (2009) o sucesso econômico não depende mais só de materiais e nem é mais uma questão de cálculos exatos e rigorosos, envolvendo também parâmetros não quantificáveis. Hoje o mais importante é a qualidade do serviço ou a capacidade de inovar. Os fatores de competitividade vigentes na era industrial já não servem na era do conhecimento.

Entretanto, o CH concentra-se em dois componentes principais, que são os indivíduos e as organizações. Este conceito descrito por Garavan *et al.* (2001), citados por Marimuthu *et al.* (2009), que lhe concede quatro atributos-chave:

- 1) flexibilidade e adaptabilidade;
- 2) valorização das competências individuais;
- 3) o desenvolvimento de competências organizacionais e
- 4) empregabilidade individual.

Esses atributos potenciam a criação de valor relativa aos resultados individuais e organizacionais.

Muitos estudos apontam para:

- 1) uma relação entre o CH e o desenvolvimento dos países; e
- 2) entre o CH e o sucesso nas organizações.

Segundo James Heckman (2005) a relação entre o CH e as habilitações da população desempenham um papel importante na explicação das diferenças na produtividade e na desigualdade entre as nações.

Davenport *et al.* (2010) “dizem que quanto maior for o envolvimento e compromisso dos colaboradores de uma empresa maior será a produtividade e maiores serão os resultados”.

Para Marimuthu *et al.* (2009), a importância do CH depende do grau em que este contribui para a criação de uma vantagem competitiva. Assim, para se valorizar as pessoas, as instituições devem ir além do conceito de recursos humanos e em direção à noção de CH.

Wyatt (1999, p. 56) apresenta algumas ideias que fluem a partir do conceito de “Capital Humano”:

- 1) As pessoas são os principais ativos de uma empresa e devem ser valorizados, medidos e desenvolvidos;
- 2) As pessoas não são ativos que possam ser amortizados no valor, pois são dinâmicos e, como tal, o seu valor pode aumentar com o tempo;
- 3) Os sistemas criados para recrutar, desenvolver e recompensar as pessoas constituem a maior parte do valor de qualquer empresa;
- 4) O valor da empresa e, portanto, o retorno do acionista sofre quando o CH é mal gerido.

Portanto, o CH é um pré-requisito para a aprendizagem futura e contribui para a acumulação de novos conhecimentos e habilidades. As instituições com maior CH devem ser mais eficazes e eficientes na gestão do seu negócio do que as empresas com menor Capital Humano (UNGER *et al.*, 2009).

De acordo com Cadavez e Grell (2009) a importância do CH dentro da Gestão Hospitalar encontra-se alicerçado sobre quatro pilares:

- 1) Infra-estrutura existente, indo desde as instalações técnicas até aos confortos dedicados aos pacientes e seus acompanhantes;
- 2) Capacitação Técnica-científica do corpo clínico, onde, também, deve ser considerado o número de profissionais e especialidades oferecidas;
- 3) Tecnologia de Saúde aplicada aos procedimentos clínicos e laboratoriais; e
- 4) Relacionamento Humano, capacidade das pessoas de interagir técnica dos

profissionais e, sim, por problemas comportamentais.

Hoje, as corporações enfrentam uma série de riscos altamente diversificada gerados por um ambiente complexo e predador. Entretanto, o ser humano, além de ser criativo, inteligente, e racional, também, desenvolveu outras habilidades para adaptar-se e interagir com o mundo atual. E, uma delas é a habilidade de querer aprender coisas novas. Portanto, para as organizações obterem sucesso é preciso dar o primeiro e mais importante passo de suas estratégias, ou seja, investir no desenvolvimento de seu pessoal (CADAVEZ; GRELL, 2009).

2.3 Adequação do perfil profissional na Gestão Estratégica Hospitalar

De uma forma inovadora e visando à melhoria do atendimento de saúde aos clientes Florence Nightingale demonstrou entre os séculos XIX e XX, a importância da aplicação da ciência de administração nos hospitais. Para ela, as atividades destinadas ao preparo do ambiente onde o cliente se hospitalizava, para se tornar um ambiente terapêutico, tinha que proporcionar higiene, aeração e conforto com a finalidade de contribuir para que as forças da natureza agissem aumentando o potencial de reação humana às diversas situações provocadas pelas doenças. Aliadas ao ambiente terapêutico, as ações de cuidado/conforto desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem permitiram que Florence comprovasse, através de seus registros, a redução de 42 % para 2,2 % do índice de mortalidade nos hospitais sob seus cuidados (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Tal fato transformou o enfermeiro numa pioneira em administração hospitalar e Florence numa precursora da pesquisa em enfermagem, possibilitando-lhe, àquela época, lutar pela capacitação do pessoal, hierarquização e a disciplina no âmbito do serviço de enfermagem. Desde então, o enfermeiro absorveu as funções de administração hospitalar, centralizando a autoridade e liderança na sua equipe. Entretanto, essas funções têm consequências discutíveis, sobretudo quanto ao afastamento desse profissional do seu objeto de trabalho – o cuidado ao cliente e a orientação e avaliação do desempenho do pessoal no gerenciamento, ou seja, no desenvolvimento do processo de trabalho da assistência de enfermagem (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

O enfermeiro tem se empenhado junto às instituições de saúde, para desenvolver as atividades administrativas inerentes à gerência das unidades, não mais como um trabalho subdividido, centrado nas funções, e sim, como trabalho articulado, integrado com os demais serviços, co-compartilhado, numa relação de troca e ajuda mútua, envolvendo os diversos atores presentes neste sistema de cuidado (ERDMANN, 2001, p. 143).

A Gestão Hospitalar pode ser vista por diferentes olhares, o que possibilita visualizar a sua unidade na totalidade e as suas várias dimensões e facetas, orientadas pelos sistemas simbólicos representativos das composições organizacionais dos serviços de saúde, cuja noção de pluralismo pode possibilitar visualizar as diferentes facetas desta arena social

(PEREIRA; ERDMANN, 1996).

Segundo ERDMANN (2001), a equipe de enfermagem como sustentáculo da unidade, constrói sua própria rede significações, operacionalizando-a, porém, esta não tem consciência do significado no que diz respeito a si própria e ao paciente. Dessa forma, possui condições suficientes para instituir e ressignificar sua prática à medida que for necessário. A ideia de que a efetiva contribuição da ação do enfermeiro, no exercício da gerência, se dá tanto na organização da unidade quanto no trabalho. O enfermeiro gestor é o ponto de referência, a direção, o condutor, o coordenador, o líder do grupo, sendo vital seu trabalho para o funcionamento administrativo da unidade.

Diante disso, o enfermeiro enfrenta, nos dias de hoje, no âmbito da gestão de unidades de atendimento à pessoa hospitalizada, o desafio de liderar sua equipe, predominantemente formada por pessoal de nível médio, que necessita de sua orientação para o cuidar em enfermagem. Sobreleva-se que o resultado dessa liderança influencia o gerenciamento de serviços de enfermagem se o enfermeiro, além de administrar a unidade de internação, executa no seu cotidiano laboral determinadas atividades diretas do cuidar do cliente hospitalizado, previstas na lei do exercício profissional, implantando, desse modo, uma nova cultura organizacional (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Para o enfermeiro o desafio de gerenciar unidades de internação nos serviços de saúde e a íntegra do processo de trabalho da assistência de enfermagem têm repercussões entre os técnicos e auxiliares de enfermagem que, diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho questionam a liderança do enfermeiro, muitas vezes solicitando o desempenho do seu papel de supervisor/coordenador do cuidar, objetivando a melhoria e o crescimento do ser humano/profissional, aplicando um modelo de supervisão, que se constitui num processo educativo e contínuo visando incentivar e orientar os supervisionados na execução de suas atividades (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Para Felli e Peduzzi (2005), a gestão configurada como ferramenta/instrumento do processo do “cuidar” pode ser entendida como um processo de trabalho específico e assim, decomposto em seus elementos constituintes como (capital humano e organização do trabalho), tendo como finalidade capital humano qualificado e trabalho organizado para assim, obter as condições adequadas de assistência, buscando desenvolver a “atenção à saúde”. Desse modo, o objeto de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial é a organização do trabalho e os capitais humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicos compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle.

Tal como referem Felli e Peduzzi (2005), essas funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que gerenciar é uma ferramenta do processo de trabalho “cuidar” ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho “organização” e

“capital humano” no processo gerencial que por sua vez, insere-se no processo de trabalho “cuidar” que possui como finalidade geral a atenção à saúde.

Entre as características essenciais do profissional, estão a flexibilidade e seu alto poder de abstração (não fica preso a detalhes técnicos, mas consegue entendê-los dentro de uma totalidade); a menor preocupação com seu emprego e uma maior com sua empregabilidade; a criatividade como fator diversificador que possibilite expor a individualidade de cada um e aquilo que torna diferente dos outros; e a capacidade de administrar seu próprio tempo. Na realidade, o que se nota é uma nova postura de comportamento onde apenas o capital de inteligência não garante o sucesso do profissional (FELLI e PEDUZZI, 2005).

Esta ideia remete-nos de imediato para uma outra dos autores Camara, Guerra e Rodrigues (1998,) que traduz a potencialidade da cultura organizacional no sentido de distinguir aquela instituição das demais, criando nos seus elementos um sentimento que pertença e partilha de valores que os compromete com a sua tarefa, tendo em vista o bem comum da instituição. “A cultura é também, como daqui resulta claro, um mecanismo de orientação e controle que molda e guia as atitudes e comportamentos dos empregados” (idem: 153). Este aspecto é particularmente importante no caso dos novos capitais humanos, que, pela absorção do conhecimento, conseguem ajustar-se e ser aceites como membros de pleno direito na instituição.

Ainda a este propósito, Gomes (2000: p.111-112) refere como funções essenciais do capital humano “o controle, a integração, a motivação, o envolvimento, empenhamento ou implicação, a identificação, a performance, o sucesso ou a excelência organizacional”.

2.4 Gestão estratégica como forma de potenciar o Capital Humano

A formação é um dos métodos mais eficazes de melhorar a produtividade dos indivíduos e de comunicar os novos objetivos organizacionais aos colaboradores. (ARTHUR *et al.*, 2003).

De acordo com Chiavenato (2005), as áreas possíveis de intervenção da formação são variadas. Na sua formulação mais clássica, destina-se a obter resultados em três grandes áreas:

- 1) Conhecimento - É o saber. Constitui o resultado de aprender a aprender, aprender continuamente para aumentar o conhecimento;
- 2) Habilidade – É o saber fazer. Significa utilizar e aplicar o conhecimento, seja para resolver problemas, situações ou criar e inovar;
- 3) Competência. É o saber fazer acontecer. A competência permite alcançar e superar metas e resultados, agregar valor, obter excelência e abastecer o espírito empreendedor.

Para Chiavenato (2005), o CH é passível de ser produzido, acumulado e usado ao longo do tempo conforme os interesses do seu detentor, tal como o capital. Se a educação

é determinante para estabelecer o nível de CH quando da entrada no mercado de trabalho, a formação profissional é determinante para marcar o ritmo do processo de acumulação de CH ao longo da vida ativa.

De acordo com Gomes *et al.* (2008), apostar decisivamente na sua formação e desenvolvimento, pois, constituir uma ação estratégica. Mais do que um custo, a formação, deve ser interpretada como um investimento, que requer recursos financeiros que permitam pagá-la, mas também RH, motivacionais e de liderança que fomentem continuamente a autoaprendizagem e, globalmente a aprendizagem nas múltiplas oportunidades da vida pessoal e profissional dos colaboradores.

Na visão de Gomes *et al.* (2008), a ênfase na formação explica-se pelos benefícios que esta poderá proporcionar na organização tais como melhor desempenho dos colaboradores; maior motivação, na medida em que esta é percebida como um sinal de interesse por parte da organização; crescimento da produtividade que potencialmente induz, o que, virtualmente, permite compatibilizar o reforço da competitividade das empresas nos mercados dos produtos com a elevação dos salários reais, e conseqüentemente, do nível de vida dos trabalhadores; maior envolvimento na organização; permitirá contribuir para a redução da rotatividade, o absentismo, os acidentes de trabalho e os conflitos; permitirá reduzir o recrutamento externo; permitirá a criação de uma cultura organizacional assente na aprendizagem individual e organizacional e quando ancorada com a estratégia da organização permite a promoção de uma vantagem competitiva.

Nesse sentido, tanto o treinamento como o desenvolvimento de pessoal têm que ser potencializados para dar conta não só da capacitação técnica específica dos trabalhadores, como também para a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, como a visão crítica dos problemas contemporâneos, a responsabilidade social e a cooperação dentro e fora do trabalho (GOMES et al, 2008).

A primeira medida que deve ser tomada é compreender a importância de se valorizar o capital humano no ambiente profissional. Pode parecer algo trivial, mas a realidade é que boa parte dos gestores se concentra exclusivamente em questões racionais quando monta a sua estratégia de gestão do negócio, ignorando fatores emocionais (GOMES et al, 2008).

Isso costuma gerar sérios problemas: as organizações precisam de pessoas para funcionar bem e se as pessoas não estiverem bem, elas não serão capazes de atingir resultados interessantes. Se os resultados não aparecem, a gestão pode se perder na elevada taxa de turnover, nos cortes de gastos e na crescente insatisfação da equipe, gerando um efeito bola de neve (GOMES et al, 2008).

Por isso é importante estabelecer a valorização das pessoas como um alicerce para o empreendimento.

3 | DISCUSSÃO

Como se pode perceber nos dias de hoje, o perfil do profissional deixa de ter os velhos padrões e passa a ter a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento. Antes, os profissionais apenas esperavam que as empresas a que eram vinculados investissem ou mesmo gastassem vultosas quantias no seu desenvolvimento quando, muitas vezes, eram profissionais que não vislumbravam nem os seus próprios objetivos, quanto mais os objetivos das empresas. Atualmente, o que constatamos é um profissional com objetivos definidos, buscando sempre o seu autodesenvolvimento, não esperando que alguém venha a tomar decisões por ele, mas tomando a iniciativa de decidir ou mesmo propondo decisões para serem implementadas (FELLI e PEDUZZI, 2005).

Uma vez que muitos autores defendem ideias afins, acredita-se que cada hospital deva fornecer claramente os moldes de liderança e seus valores organizacionais, promovendo assim, influência direta na formação do comportamento dos seus gestores. Para tanto, a organização necessita definir as linhas básicas de contorno do líder ideal, devendo também implementar programas de desenvolvimento gerencial que permitam alcançar os objetivos propostos (MARRAS, 2001).

Por outro lado, devem também levar em consideração as características individuais de cada gestor, permitindo a possibilidade de esses complementarem, com seus talentos e características pessoais, o perfil básico de liderança ideal almejado.

Portanto, cabe também às instituições investir em treinamentos e na educação para seus funcionários. Dentro deste contexto, com base no que foi exposto, torna-se imprescindível traçar um perfil do novo profissional que o mercado de trabalho busca intensamente.

4 | CONCLUSÃO

Os estudos realizados durante a pesquisa permitiram destacar aspectos de elevada relevância sobre o tema, constituindo-se em conclusões deste trabalho.

Os investimentos em capital humano têm se mostrado muito importante para o sucesso das empresas. As organizações estão começando a perceber que a nova condição competitiva é a qualificação, a motivação e o engajamento do funcionário.

Contudo, para se alcançar um nível excelente de serviço em saúde é preciso dispor de um pessoal diversificado e em número suficiente, formado e distribuído de modo apropriado e que esteja em condições de prestar serviços de qualidade baseado em seus conhecimentos e especializações.

O conhecimento humano é um recurso ilimitado, e atualmente possui um papel de relevância nas organizações, através do desenvolvimento das habilidades, competências e criatividade de seus colaboradores; porém se faz necessário o aprimoramento profissional

constante.

O desafio de um gestor, na formação de uma equipe está em aderir um capital humano de modo a responder às necessidades da sua clientela que interaja de maneira positiva na missão e valores da empresa, para assim somar em qualidade e lucros.

Conclui-se que o objetivo proposto foi devidamente atendido, visto que foi possível compreender as principais características do capital humano dentro da gestão estratégica hospitalar, nos levando a crer que o ser humano é o ativo mais importante de todas as organizações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L.G. de. **A Gestão Estratégica de Pessoas**. In: Fleury, M.T.L. . As pessoas nas organizações. São Paulo: Gente, 2002

ALMEIDA, D.R. de. **Mudança Estratégica nas Instituições** Federais de Ensino Superior: o Caso UFBA. In: XXXVI Enanpad, Rio de Janeiro, Anais, Rio de Janeiro, ANPAD, 2012. CD ROM.

ARAÚJO, L.C.G. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2006.

ARTHUR, W.JR.; BENNETT, W.JR.; EDENS, P.S; BELL, S.T. Effectiveness of Training in Organizations: A Meta-Analysis of Design and Evaluation Features. **Journal of Applied Psychology**. V. 88, n.2, 2003: 234-245.

BERTELLI; S.B. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

BATEMAN, T. S.; SNELL, S. A. **Administração: novo cenário competitivo**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

CABRITA, M.R. Competir com o Capital Intelectual. **Recursos Humanos magazine**, v. 65, 2009, Novembro-Dezembro, pp.26-30.

CADAVEZ, A.M.; GRELL, A. A importância do capital humano na cadeia hospitalar. Artigo publicado na **Revista DOC**. 2009. Disponível em: <http://www.evoluo.com.br/artigo/a-importancia-do-capital-humano-na-cadeia-hospitalar>. Acesso em: 23/02./2023.

CALOMBINI, L A empresa é a Escola. **Você S.A.**, São Paulo, ano 3, n. 27, set. 2007.

CAMARA, P. B. da; GUERRA, P. B.; RODRIGUES, J.V. **Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial**. 2ª edição, Lisboa, Publicações D. Quixote. 1998.

CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; Vozes, 2002. 367 p.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

COHEN, D. **Espaço: a fronteira final**. In: _____. A empresa do novo milênio. Parte integrante da Edição 101 de Exame, 19 nov. 2000.

DAVENPORT, T.H.; HARRIS, J.; SHAPIRO, J. Competing on Talent Analytics. **Harvard Business Review**. v. 88, n.10, 2010:52-58.

DAVENPORT, T.O. **Capital Humano: o que é e porque as pessoas investem nele**. [Versão electrónica]. 1ª edição, Livraria Nobel. São Paulo. 2001.

DELGADO, M. editorial da GH. **Administradores Hospitalares**. 2006. Disponível em: <<http://saydesa.blogspot.com>>. Acesso em: 28 de fev. de 2023.

DIAS, R. **Cultura organizacional**. São Paulo: Alínea, 2003.

ERDMANN, A.L. **Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem**. In: Santos I, organizadora. Enfermagem fundamental. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 143-55

FADEL, C.B.. *et al.* Perfil dos administradores de hospitais públicos do estado do Paraná. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v.9, n.37, out./dez. 2007.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

GIL, A. C. **Gestão de Pessoas: Enfoque nos Papéis Principais**. São Paulo: Atlas, 2001.

GOMES, J.F.; CUNHA, M.P.; REGO, A.; CUNHA, R.C.; CARDOSO, C.C.; MARQUES, C.A. **Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano**. 1ª edição, Edições Sílabo. Lisboa. 2008.

GOMES, L.C. **História da Administração: Evolução**. Informativo Mensal do CRA. Ceará: Ano 1, nº 7, agosto/setembro, 2005.

GOMES, D. **Cultura Organizacional – Comunicação e Identidade**. Coimbra, Quarteto Editora. São Paulo. 2000.

GONÇALVES, J. **Os desafios atuais da moderna gestão de pessoas**. In: CHIAVENATO, I. 2005. Disponível em: <http://www.admativa.com.br/ver_artigo.php?id=7> Acesso em: jan./2023.

HAUSER, S. R.. **Considerações sobre o trabalho psicopedagógico em ambiente hospitalar**. 2009. In: <http://www.abpp.com.br/artigos/38.htm> Acesso em 26/02/2023.

LACOMBE F.; HEILBORN, Gilberto. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva 2002

MARIMUTHU, M.; AROKIASAMY, L; E ISMAIL, M. Human Capital development and its impact on firm performance: evidence from developmental economics. **The Journal of International Social Research**. V.2, n. 8, 2009: 265-272.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de Recursos Humanos: do operacional ao estratégico**. 3. ed. São Paulo: Futura, 2001.

OLIVEIRA, M. **Cultura Organizacional**. (monografia) 2004. Universidade Ibirapuera. Disponível em: <http://amigonerd.net/trabalho/31456-humanizacao-hospitalar-nos-centros-de>. Acesso em jan./2023.

PONCHIROLLI, O. **Capital Humano**. Curitiba – Pr. Ed. Juruá, 2005.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I.C.K.O. **Gestão por competência nas instituições de saúde**: uma aplicação prática. São Paulo: Martinari; 2008.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S.R.M. de; CASTRO, C.B. **Gerência do processo de trabalho em enfermagem**: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n.3: Jul-Set; 2006:393-400.

SEIXAS, Maria Auxiliadora Sousa; MELO, Hermes Teixeira de. Desafios do Administrador Hospitalar. **Gestão e Planejamento**, Salvador, ano 5, n. 9. jan. / jun.2004.

SILVA, G.M.; SEIFFERT, O.M.L.B. Educação Continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. V.62, N.3, Maio-Jun: 2009, p. 362-6.

SCHIKMANN, Gestão **Estratégica de Pessoas**: Bases para a Concepção do Curso de Especialização em Gestão de Pessoas no Serviço Público. In: Gestão de Pessoas: Bases Teóricas e Experiências no Setor Público. ENAP, 2010. Disponível em: <http://www.ena.gov.br/documents/586010/603556/Livro.pdf/b295469b-faec-42f2-9544-69b1984e17a8> . Acesso em: 10/03/2023.

TEIXEIRA FILHO, A. R.; ALMEIDA, D. R. de.; ALMEIDA, L. R. de e ALMEIDA, S. M. V. de. **Capacitação no Setor Público**: Analisando o processo de uma IFES. RACE, Joaçaba, v. 16, n. 3, p. 185-208, Edição especial, 2017.

UNGER, J.M., RAUCH, A., FRESE, M. E ROSENBUSCH, N. (2009). Human capital and entrepreneurial success: A meta-analytical review. **Journal of Business Venturing**: [Versão electrónica]: 1-18. Acedida a 6 de outubro de 2010.

WYATT, W. Human Capital Index™ (HCITM). Acedido a 12 de fevereiro no **Web site da empresa Watson Wyatt**: 1999. Disponível em: www.watson.com. Acesso em: jan. /2023.

MULHERES EM VULNERABILIDADE: EXPOSIÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Data de submissão: 23/05/2023

Data de aceite: 02/06/2023

Kassiara Ferreira Felix de Lima

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-9714-3985>

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-6299-7190>

Marianny Medeiros de Moraes

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-8208-4268>

Núbia Vanessa da Silva Tavares

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-2205-2392>

Kariane Omena Ramos Cavalcante

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-Alagoas
<http://orcid.org/0000-0002-9135-4378>

João Paulo Malta da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau
Maceió-Alagoas
<http://orcid.org/0009.0001.2383.1785>

RESUMO: Objetivo: verificar as vulnerabilidades em mulheres que as tornam mais expostas às Infecções Sexualmente Transmissíveis, descritas na literatura nos últimos cinco anos. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, entendida como a análise sistemática e síntese da investigação sobre um tema específico de escopo amplo ou restrito com análise descritiva. Resultados: As mulheres apresentam maior vulnerabilidade para adquirir IST, fato que está intimamente associado às características biológicas, anatômicas, nível de escolaridade, problemas no acesso e compreensão das informações, submissão imposta no relacionamento e promiscuidade do companheiro. Conclusão: Diante do exposto, é evidente que o aumento da incidência de mulheres portadoras de IST no Brasil é crescente devido às vulnerabilidades em mulheres. Dentre as condições de vulnerabilidade, alguns grupos tornam-se ainda mais expostos às IST, como as mulheres negras, mulheres em situação profissional e as que fazem parte do grupo LGBTQIA+.

PALAVRAS-CHAVE: mulheres; vulnerabilidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

VULNERABILITY WOMEN: EXPOSURE TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

ABSTRACT: Objective: to verify the vulnerabilities in women who become more exposed to Sexually Transmissible Infections, described in the literature in the last five years. Methodology: This is an integrative review, understood as a systematic analysis and summary of the research on a specific topic with a broad or restricted scope with descriptive analysis. Results: Women are more vulnerable to acquire STI, a fact that is closely associated with biological and anatomical characteristics, educational level, problems in access and understanding of information, submission imposta relationship and promiscuity of the partner. Conclusion: From the above, it is evident that the increase in the incidence of women carriers of IST in Brazil is increasing due to the vulnerabilities in women. Among the conditions of vulnerability, some groups become more exposed to IST, such as black women, women in a professional situation and those who are part of the LGBTQIA+ group.

KEYWORDS: women; vulnerability; Sexually Transmitted Infections.

1 | INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), são infecções causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos, possuem alto poder de transmissibilidade em situações de sexo desprotegido com pessoas infectada pelo agente causador da infecção. A infecção pode ocorrer por contato oral, vaginal, sanguínea e vertical. As infecções mais prevalentes contribuem para o desenvolvimento de complicações de saúde de mulheres e facilitam seu contágio pelo vírus HIV (NASCIMENTO, 2019).

Sua transmissibilidade entre outras formas se dá através do uso irregular do preservativo durante o sexo, seu diagnóstico precisa ser realizado em tempo oportuno, a fim de evitar o agravamento doença e sua transmissão se estenda a parceria sexual. Para evitar o contágio de IST é importante fazer a prevenção combinada, que é uso do preservativo, testagem rápida para HIV, hepatite B e C e sífilis, profilaxia pós-exposição (PeP) ao HIV e imunização para o vírus do HPV (BRASIL, 2023).

Comparado ao sexo masculino as mulheres possuem mais fatores de risco para o contágio por IST devido a vulnerabilidade individual a qual ela apresenta, entre esses fatores estão multiplicidade de parcerias sexuais, sexo desprotegido que resulta com laceração ou sangue, sexo no período menstrual, compartilhamento de brinquedos insertivos sem preservativo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas e histórico de violência sexual (FONTES, 2021).

As IST são consideradas um problema de saúde pública visto que é uma doença prevalente e que atinge os mais diversos povos. No ano de 1986, com o objetivo de criar estratégias para controle das IST foi criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN- DST/AIDS) (MIRANDA, 2021).

As IST de etiologia viral mais prevalentes são as causadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). As IST causam prejuízos

severos as mulheres que a possuem, refletindo na gravidez, vida sexual e reprodutiva das mesmas, sendo mais comum nas mulheres de raça negra (DIAS, 2021).

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar as vulnerabilidades em mulheres que as tornam mais expostas às Infecções Sexualmente Transmissíveis, descritas em uma série temporal de dez anos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, entendida como a análise sistemática e síntese da investigação sobre um tema específico de escopo amplo ou restrito com análise descritiva. Esse método determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto (SOUZA, 2010).

Para a elaboração do presente estudo, observou-se as seguintes etapas: identificação A Enfermagem Centrada na Investigação Científica do tema ou questionamento da revisão integrativa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE, 2005).

O Estudo foi realizado a partir da busca em duas bases de dados para a seleção das publicações, a saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Foram escolhidos artigos publicados em português entre os anos de 2018 a 2023. Após as buscas foram selecionados 20 artigos, porém destes apenas 17 artigos versam sobre a temática do estudo. Os artigos encontrados abordavam as dimensões das vulnerabilidades em mulheres no qual a abordagem estava relacionada à exposição às IST.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vulnerabilidade não é particularidade de pessoas ou grupos sociais, mas sim das condições específicas que afetam a sociedade, e aos inúmeros fatores que colocam o indivíduo em situação de risco, estar vulnerável a tal agravo não quer dizer que de fato o indivíduo sofrerá algum dano, mas sim que ele se encontra mais suscetível a desenvolver a patologia, por estar em um grau superior da condição de vulnerabilidades. As vulnerabilidades são classificadas em individual, social e programática. Conhecer a vulnerabilidade a qual a sociedade está exposta é necessário para que haja a minimização e até mesmo para o reverter de suas complicações ao indivíduo (MACEDO, 2020).

Deste modo, quando se refere a relação de agravos e as vulnerabilidades em mulheres, destaca-se as IST, que possuem alta incidência no acometimento a essa população. Essas infecções são causadas por diversos patógenos e cada uma possui suas especificidades clínicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima

que mais de um milhão de pessoas adquirem IST diariamente, destas 500 milhões são curáveis, outros 290 milhões de mulheres com Papiloma Vírus Humano (HPV) e cerca de 530 milhões contaminados com o vírus do herpes genital (BRASIL, 2017).

No que se refere aos impactos das IST na saúde da mulher, é evidenciado que as IST elas podem ser assintomáticas ou podem evoluir para quadros mais graves, como dor pélvica crônica, aborto, prematuridade, disfunções sexuais, infertilidade, além dos estágios de cânceres (SILVA, 2018).

Existem fatores que interferem no controle dessas IST, como as questões de gênero, comportamento da população e cultura. Especificamente, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade para se infectar, fato que está intimamente associado às características biológicas, anatômicas, nível de escolaridade, problemas no acesso e compreensão das informações, submissão imposta no relacionamento e promiscuidade do companheiro. Somado a isso, essas mulheres ainda sofrem com um diagnóstico tardio, onde a descoberta da infecção em estágio avançado pode significar um prognóstico pouco positivo para manutenção de sua qualidade de vida, uma vez que, nuances emocionais tendem a emergir e conduzir para quadros desfavoráveis de aceitação, tratamento e cura (BARROSO, 2020).

As condições biológicas femininas interferem diretamente na exposição às IST, como a extensa exposição da mucosa vaginal ao sêmen, somada às questões sociais e de gênero que lhes impõem condições de submissão e inferioridade em relação aos homens, privando-as, inclusive, do poder de decisão acerca da atividade sexual com proteção. Apesar dos esforços empreendidos no controle das IST, as mulheres, perante as questões de gênero, ainda esbarram na luta de prevenção e tratamento dessas infecções, o que favorece a maior vulnerabilidade delas para aquisição de IST (WORLD, 2018; LEOCÁDIO, 2020).

Além disso, as relações de desigualdade entre os sexos, permeadas pelas construções culturais estereotipadas de dominação, inferioridade e descaso com as mulheres, favorecem e naturalizam as desigualdades de poder nas relações, que vão desde o sexo praticado sem proteção à violência de gênero exercida pelos parceiros, negando à mulher o direito do livre exercício da sua sexualidade. Quando o sujeito vivencia uma relação abusiva e dificuldades sociais relacionadas às questões de gênero, estamos diante de uma variação harmônica da potencialização da vulnerabilidade em saúde (SOUZA, 2020).

Mulheres em situação de vulnerabilidade são mais suscetíveis aos diagnósticos de IST, tal fato ocorre em virtude da precarização de ações promotoras de autocuidado e ao contexto social onde elas estão inseridas. Estudos apontam que mulheres em situação de vulnerabilidade não são executoras do autocuidado por não se sentirem bem consigo mesmas ou por não saberem como fazê-lo. Diante a essa exposição é nítida a necessidade de profissionais da saúde como mediadores na construção da autoestima e promoção do autoconhecimento (SILVA, 2021).

Comparado a mulheres de outras raças, a mulheres da raça negra são as mais suscetíveis a adquirirem HIV/aids e outras IST, pois se encontram em situação de vulnerabilidade maior nos aspectos relacionados à saúde. Aspectos relacionados às condições socioeconômicas, como baixo escolaridade, baixa escolaridade, racismo institucional e o difícil acesso à chegada a unidade básica de saúde mais próxima a sua residência são fatores que contribuem para o aumento desses dados nessa população (DIAS, 2021).

Pessoas do sexo feminino que se identificam como lésbicas, bissexuais e sobretudo as que se consideram como queer encontram-se em situação de vulnerabilidades para IST pois sofrem violência sexual seja por parceira/o íntimo, seja por estranhos, essas sofridas por estranho com o objetivo de ser uma correção para a orientação sexual a qual se consideram (DAL SANTO, 2020).

O aumento significativo de sífilis, principalmente em mulheres, se dá ao fato da exposição desse público aos fatores de riscos como uso esporádico de preservativos durante as práticas sexuais, com múltiplos parceiros do sexo masculino e ao compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis. (BATISTA, 2020; ANDRADE, 2019). As informações acerca do contágio do vírus HIV/AIDS e as consequências do sexo desprotegido não surtem o efeito esperado quando se refere a prevenção dessa IST, pesquisas apontam que as as mulheres se sentem seguras quando se encontram em relacionamentos estáveis e duradouros e não enxergam os perigos que estão presentes na relação sexual sem preservativo, com seus parceiros, fazendo renúncias pessoais e sendo submissas a esses que sentem-se desconfortáveis em usar a camisinha durante o ato, relação que coloca o homem como o ser que domina e a mulher como dominada e vulneráveis à doença (OLIVEIRA, 2020).

A multiplicidade de parceria sexual e uma vida sexual mais ativa e desregrada é frequente e socialmente aceita quando essas práticas estão associadas ao público masculino do que o feminino, inclusive sendo aceitável pelas próprias parceiras, e quando elas discordam da situação, não encontram soluções para sair dela, tal fato fortemente associado à dependência financeira de seus companheiros (OLIVEIRA, 2020).

Associados aos esses comportamentos do público não reconhecerem verdadeiramente o risco que correm em práticas sexuais inseguras, a submissão a essas e sobretudo a não autonomia do cuidado em si, existem as características pessoais e os contextos socioculturais, econômicos e clínicos ao quais as mulheres estão inseridas gerando ao grupo vulnerabilidades nas três dimensões: individual, social e programática (CHAVES, 2019).

As IST são também identificadas como vulnerabilidade programática pois as unidade de saúde enfrentam problemas relacionados a infraestrutura local que impossibilita assistência adequada ao indivíduo, escassez de insumos preventivos, profissionais de saúde não habilitado como qualidade para realizar aconselhamentos para o agravo

em questão, submetendo então as pessoas que recebem assistência nelas à violência simbólica, também relacionada a diversos fatores como sobrecarga e carência profissional para a assistência (FRANÇA, 2021).

Com o aumento de IST no Brasil são crescentes, e para redução dessas estatísticas é necessário promover estratégias que promovam a redução do contágio e incidência desse tipo de patologia (BATISTA, 2020).

A capacitação de profissionais da saúde para a infecção de sífilis é crucial para a diminuição dos índices e prevalência da doença, é necessário do profissional que realiza atendimento às mulheres um olhar holístico, com atividades voltadas à promoção de saúde, de forma a informar a este público a gravidade desse agravo à saúde, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce para evitar as complicações e a transmissão vertical da doença (Andrade, 2019).

A intervenção educativa por parte dos profissionais da saúde é imprescindível nos cenários onde se apresentam mulheres vulneráveis às IST e conhecimentos deficientes sobre higiene íntima. A educação em saúde é capaz de levar a esse público a compreensão sobre o cuidado com o próprio corpo, promoção do desenvolvimento da autonomia e do empoderamento feminino, fatores esses que são capazes de combater a transmissibilidade de IST (SILVA, 2021).

A predominância de IST mulheres negras traz a necessidade de medidas de prevenção e de controle desse agravo ao público em questão. Medidas essas como capacitação dos profissionais de saúde no aconselhamento e testagem para IST, educação em saúde e distribuição de preservativos femininos e masculinos mostram-se eficazes para a redução dessas taxas (DIAS, 2021).

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, é evidente que o aumento da incidência de mulheres portadoras de IST no Brasil é crescente devido às vulnerabilidades em mulheres. Dentre as condições de vulnerabilidade, alguns grupos tornam-se ainda mais expostos às IST, como as mulheres negras, mulheres em situação profissional e as que fazem parte do grupo LGBTQIA+. Essas subpopulações possuem condições socioeconômicas que potencializam suas vulnerabilidades e dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Além disso, o estudo demonstrou que a submissão feminina é um fator predisponente para exposição ao sexo inseguro, principalmente pela relação de confiança em que a mulher exerce sobre sua parceria sexual. Condição essa que favorece a não utilização de preservativos, de forma que as tornam ainda mais suscetíveis a adquirir IST.

Com isso, é necessário investimento em políticas públicas para promover estratégias que promovam a redução do contágio e incidência desse tipo de patologia. Faz-se necessário que o profissional que realiza atendimento às mulheres promova assistência

à saúde de forma holística e atendendo às especificidades de cada grupo feminino. Além disso, é necessário promover a educação em saúde, pois ela é capaz de levar a esse público a compreensão sobre o cuidado com o próprio corpo, promoção do desenvolvimento da autonomia e do empoderamento feminino, fatores esses que são capazes de combater a transmissibilidade de IST.

REFERÊNCIAS

ANDRADE HS, et al. **Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres**. Ciência & Saúde, v. 12, n. 1, p. e32124-e32124, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Infecção sexualmente transmissível**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist#:~:text=Sobre%20IST,uma%20pessoa%20que%20esteja%20infectada>

BARROSO MT, et al. **Produção Científica Nacional sobre Mulher e HIV**. 2020. Tese de Doutorado.

BATISTA MIHM, et al. **Alta prevalência de sífilis em unidade prisional feminina do Nordeste brasileiro**. Einstein, v. 18. São Paulo: 2020. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4978

CHAVES ACP, et al. **Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil**. Rev Rene, v. 20, p. 1-8, 2019.

DAL SANTO A, ZAMBENEDETTI G. **Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica**. Psi UNISC, v. 5, n. 1, p. 111-26, 2021. DOI: 10.17058/psiunisc.v5i1.14846

DIAS JA, et al. **Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00174919, 2021.

FRANÇA ISX, et al. **Vulnerabilidade programática às ist/aids na atenção primária à saúde: um habitus permeado pela violência simbólica**. Cogitare Enfermagem, v. 26, 2021.

FONTES GQ, ET AL. **Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil**. Brazilian Journal of Health Review. DOI:10.34119/bjhrv4n1-219.

LEOCÁDIO AF, ASSIS DA, GUIMARÃES TMM. **Sexually transmitted infections: vulnerability of women deprived of freedom**. Research, Society and Development. 2020.

MACEDO JKSS, et al. **Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos**. Rev. enferm. UERJ, p. e39222-e39222, 2020.

MIRANDA AE, et AL. **Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde 30 (spe1). 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.esp1>.

NASCIMENTO, JR, BARBOSA, KMG, VIEIRA, MCA. **Abordando infecções sexualmente transmissíveis com mulheres reclusas: um relato de experiência.** Revista de extensão da UNIVASF, Petrolina, V.7, n.2, p. 104-114, 2019.

OLIVEIRA MMD, JUNQUEIRA TLV. **Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano.** Revista Estudos Feministas, v. 28, 2020.

SILVA JB, PINHEIRO HVS, Silva JLS, Silva MR, Gurgel MJP, Portela G, Lima RAF. **Educação em saúde sobre autocuidado íntimo e ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidade.** Revista de enfermagem digital cuidado e promoção da saúde. 2021:1-6. DOI:[https://doi.org/ 10.5935/2446-5682.20210006](https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210006)

SILVA BN, et al. **Análise bibliográfica das características patogênicas da epidermodisplasia verruciforme em quadros assintomáticos.** Mostra Científica em Biomedicina, v. 3, n. 1, 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA SO, et al. **Iniquidades de gênero e vulnerabilidade às IST/HIV/AIDS em adolescentes de assentamento urbano: um estudo exploratório.** Ciencia y enfermería, v. 26, 2020.

TEIXEIRA JV, OLIVEIRA MM, STRADA CFO. **A vulnerabilidade feminina às infecções sexualmente transmissíveis sífilis e hiv/aids no brasil: uma revisão integrativa da literatura.** RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 3, n. 9, p. e391890-e391890, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018.** World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf>.

ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA - Pós-Doutor em Ciência do Comportamento/ Neurociência, Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Pesquisador e Professor no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Orientador, Pesquisador e Professor no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento da Universidade de Brasília. Professor e Pesquisador no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. Foi professor e orientador no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal. Orientador no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Professor de Educação Física na Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Líder da linha de pesquisa cadastrada no CNPQ: Trabalho-Educação, Juventude(s) e Tecnologias da Informação e Comunicação. Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Coletiva – GEISC da Universidade Federal de Rondônia. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília. Tem experiência em coordenação pedagógica, gestão de projetos, supervisor de cursos e disciplinas, na Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Participa como colaborador Ad Hoc de ações em saúde pública, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). É editor chefe de periódico científico, membro de conselho editorial de periódico científico internacional, nacional e de editora. É membro do Colégio Europeu de Ciência do Esporte. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2167-9345>

SUELY LOPES DE AZEVEDO - Professora Associada do Departamento de Fundamentos e Administração em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NEPENH). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac - FELM. Especialista em Controle de Infecção em Assistência em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO em 1986. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do trabalhador, Controle de Infecção Hospitalar, Biossegurança, Metodologia da Assistência, Fundamentos de Enfermagem e História de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: Sistematização da Assistências de Enfermagem/ Processo de Enfermagem/ Sistema de Classificação

das Práticas de Enfermagem: NANDA/NIC/NOC/CIFE/CIPESC, Educação em saúde, Consulta de enfermagem, Assistência de Enfermagem ao Adulto diabético e hipertenso, Controle de Infecção, Biossegurança , Enfermagem do Trabalho e Saúde Coletiva. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7037419220753161>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1107-3427>

SILVIA EMANOELLA SILVA MARTINS DE SOUZA - Professora e Pesquisadora no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília - UnB. Especialista em MBA em gestão Hospitalar pela Universidade Unyleia (2016). Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás / PUC-GO (2007). Foi responsável pela implementação Comissão Intra - Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos para Transplante CIHDOTT em 2012 e posterior a unidade de Gerenciamento de Doação de órgãos e tecidos para Transplante / CGDT até 2015. Atuou como coordenadora da Unidade Coronariana até 01/2018. Atuou como coordenadora da Unidade de Dor torácica até 12/2018. Responsável pela implementação do serviço de remoção do serviço (2013), no qual conciliou sua coordenação até 12/2018. Coordenadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia (2016). Foi instrutora do Suporte Básica de vida, pela AHA. Foi membro representativo da unidade executora da Comissão de residência multiprofissional / COREMU, bem como na preceptorial da residência de Enfermagem. Participou do projeto melhorando a segurança do paciente em larga escala, pelo PROADI-SUS, além de pertencer a diversas comissões intra-hospitalar. Desde 12/2019 participou do projeto de implantado da UTI do DFSTAR um modelo de hospital prêmio no qual coordena este serviço até o presente momento. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/6474312061866550>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1851-2154>

A

Administração hospitalar 69, 100, 105

Ambiente hospitalar 76, 106

Assistência de enfermagem 1, 3, 6, 15, 58, 64, 66, 68, 88, 100, 101, 106, 117

Atendimento de urgência rápida 22, 27

Atendimento pré-hospitalar móvel 22, 24, 27, 30, 31

C

Câncer 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 19, 20

Capital humano 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107

Condições neurológicas agudas 10, 16, 21

Cuidados de enfermagem 10, 12, 68, 114

Cuidados paliativos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Cultura organizacional 90, 91, 94, 95, 101, 102, 103, 106, 107

E

Educação em saúde 44, 56, 66, 68, 113, 114, 115, 117

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 100, 101, 106, 107, 110, 114, 115, 116, 117

Enfermeiro gestor 75, 76, 77, 80, 85, 86, 87, 88, 101

Equipe de enfermagem 1, 3, 5, 7, 9, 15, 16, 22, 24, 26, 31, 32, 38, 51, 57, 58, 60, 70, 78, 82, 84, 88, 92, 101

Equipe multiprofissional 5, 6, 8, 9, 16, 29, 53, 54, 71, 84, 114

Estratégia 8, 36, 79, 86, 95, 103

Eutanásia 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20

F

Fenda palatina 68

Fenda Palatina 58, 61, 64, 66, 67

Fissura labiopalatal 58, 60, 61, 63, 64, 67, 68

G

Gestão em saúde 76, 88

Gestão estratégica 90, 91, 92, 94, 98, 100, 102, 105, 107

Gestão Hospitalar 75, 76, 79, 99, 100

L

Liderança 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 80, 82, 83, 84, 85, 95, 96, 100, 101, 103, 104, 107

O

Ortotanásia 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20

P

Pacientes oncológicos 1, 3, 6, 7, 8

Papel do profissional de enfermagem 69

Prevenção 4, 9, 15, 32, 34, 39, 40, 42, 44, 50, 52, 53, 54, 62, 67, 84, 86, 89, 109, 111, 112, 113, 114

Processo de trabalho 44, 51, 56, 72, 77, 88, 100, 101, 102, 106, 107

Profilaxia 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 109

Q

Qualidade 2, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 24, 26, 28, 29, 30, 33, 36, 39, 51, 52, 53, 54, 61, 66, 67, 68, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 104, 105, 111, 112

R

Raiva humana 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57

Repercussões da violência obstétrica 32, 37

S

Sedação paliativa 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20

Segurança do paciente 77, 82, 83, 85, 117

Serviço de enfermagem 83, 100

T

Traumatismo crânio encefálico 10, 16, 17

U



Urgência 21, 22, 23, 24, 27, 30

V

Violência obstétrica 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM







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


Ano 2023

EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM



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


Ano 2023