

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

 **Atena**
Editora
Ano 2024

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 Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 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-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

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–UFDP
- 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 Lívia 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 Federal 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

Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 3

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	<p>Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 3 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2228-0 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.280241202</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
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.

Temos a satisfação de apresentar o livro “Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 3”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: A importância do enfermeiro na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero na atenção básica; Assistência de enfermagem ao paciente oncológico sob cuidados paliativos em fase terminal; O papel do enfermeiro no cuidado paliativo: humanização na morte; Atuação do enfermeiro frente às principais emergências oncológicas; Assistência do enfermeiro ao paciente vítima de politraumatismo no APH; Atuação do enfermeiro a pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE) no atendimento pré-hospitalar (APH); Relato de experiência: atualização da equipe de enfermagem em emergências e urgências hipertensivas em obstetrícia; Síndrome de Takotsubo: uma revisão da literatura; Estratégias para o acolhimento dos familiares de clientes na UTI: revisão bibliográfica; Humanização: uma revisão de literatura para implementação de novas terapias na unidade de radioterapia; Sistema de classificação de pacientes e dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade pediátrica; Análise do gerenciamento do enfermeiro (a) na urgência e emergência; A experiência na atenção primária durante a pandemia de COVID-19 sob a perspectiva dos graduandos em enfermagem; Júri simulado como estratégia de ensino sobre políticas públicas para atenção ao usuário de álcool e drogas; Enfermeiro no ramo da estética: mercado de trabalho e empreendedorismo; Eventos adversos relacionados ao uso da varfarina no Brasil.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade em saúde baseada na atuação da enfermagem na linha de frente. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA	
Jaira Santos Nascimento Roberta Messias Marques	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412021	
CAPÍTULO 2	15
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM FASE TERMINAL	
Kely Batista Souza	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412022	
CAPÍTULO 3	28
O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO: HUMANIZAÇÃO NA MORTE	
Joyce Alexandra Afunuto Siqueira Ribeiro	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412023	
CAPÍTULO 4	40
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS	
Marineide Gomes do Nascimento Luciano da Silva Lopes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412024	
CAPÍTULO 5	49
ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO NO APH	
Mayana Lima Cavalcante da Silva Dênis Albuquerque Silva Dias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412025	
CAPÍTULO 6	61
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO A PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (TCE) NO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR (APH)	
Francielly Valentim Denis Albuquerque	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412026	
CAPÍTULO 7	75
RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS EM OBSTETRÍCIA	
Emanuella Pereira de Lacerda Amanda Silva de Oliveira Fabiano Rossi Soares Ribeiro	

Danessa Silva Araújo Gomes
 Rose Mary Soares Ribeiro
 Suzana Portilho Amaral Dourado
 Karla Andreia da Costa Carvalho
 Jade Mendonça Pereira Carvalho
 Livia Anniele Sousa Lisboa
 Alessandra dos Santos
 Iza Fernanda Vieira Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412027>

CAPÍTULO 882

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Maicon Daniel Chassot
 Juciane A. Furlan Inchauspe
 Elisiane de Oliveira Machado
 Simone Thais Vizini
 Suimara Santos
 Raquel Adjane de Magalhães Machado
 Fernanda dos Reis
 Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner
 Michelle Dornelles Santarem

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412028>

CAPÍTULO 993

ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES DE CLIENTES NA UTI: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Déborah Pestana Lima Vieira
 Bruna Caroline Silva Falcão
 Bruna Rafaella Carvalho Andrade
 Reivax Silva do Carmo
 Florindomar Souto Romeu
 Valéria Pereira Lima
 Talita Raquel Almeida Portella

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2802412029>

CAPÍTULO 10..... 105

HUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS TERAPIAS NA UNIDADE DE RADIOTERAPIA

Yanka Eslabão Garcia
 Adelita Noro
 Vitória Rodrigues Ilha
 Bibiana Fernandes Trevisan
 Daniela Cristina Ceratti Filippin
 Daniela da Rocha Estácio
 Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha
 Ana Maria Vieira Lorenzoni
 Nanci Felix Mesquita

Patrícia dos Santos da Silva
 Paula de Cezaro
 Marina Araújo da Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120210>

CAPÍTULO 11 113

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE PEDIÁTRICA

Fernanda Vargas dos Santos Martins
 Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso
 Mayara Soares Cunha
 Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi
 Nathalia Marcial Veloso
 Carolina Mariano Pompeo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120211>

CAPÍTULO 12..... 128

ANÁLISE DO GERENCIAMENTO DO ENFERMEIRO (A) NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Antonia Rodrigues de Araújo
 Bentinelis Braga da Conceição
 Edilson Gomes de Oliveira
 Caroline Jordana Azevedo dos Santos
 Flávia Maria da Silva Andrade Dias
 Erenice José Leal Marques
 Luana da Rocha Ribeiro
 Nivya Carla de Oliveira Pereira Rolim
 Jordeilson Luis Araujo Silva
 Denise dos Anjos Neves
 Paulo Eduardo Pinheiro Dominici Fialho
 Adriano Nogueira da Cruz
 Edilane Henrique Leôncio
 Thessia Thalma Andrade da Silva
 Yohanna Larissa Soares Damasceno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120212>

CAPÍTULO 13..... 141

A EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 SOB A PERSPECTIVA DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

Flávia Beatriz Oliveira de Souza
 Thaís de Oliveira Leda
 Vilania Ninaut Henrique Sampaio dos Santos
 Mateus Ferreira de Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120213>

CAPÍTULO 14.....	146
JÚRI SIMULADO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS	
Larissa Horta Esper Rubia Paixão Benedicto	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120214	
CAPÍTULO 15.....	154
ENFERMEIRO NO RAMO DA ESTÉTICA: MERCADO DE TRABALHO E EMPREENDEDORISMO	
Renata Verena Eça Santos Farias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120215	
CAPÍTULO 16.....	165
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DA VARFARINA NO BRASIL	
Marcus Fernando da Silva Praxedes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.28024120216	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	171
ÍNDICE REMISSIVO.....	172

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/02/2024

Jaira Santos Nascimento

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Roberta Messias Marques

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: Este estudo abordou o câncer de colo de útero, com foco no papel crucial do enfermeiro na prevenção e detecção precoce na atenção básica em saúde.

Objetivo: Conhecer os aspectos históricos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do câncer; Discorrer sobre as políticas públicas de saúde relacionadas ao câncer de colo de útero; e Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção e detecção do câncer de colo de útero na atenção básica. **Materiais e métodos:** a metodologia empregada envolveu uma pesquisa de conteúdo teórico, com uma revisão bibliográfica detalhada da literatura científica existente sobre o tema. Foram analisados estudos epidemiológicos, diretrizes de saúde pública e práticas clínicas relacionadas ao câncer de colo de

útero. **Resultados:** O estudo ressaltou a importância das políticas de saúde, como os programas de rastreamento e vacinação na redução da incidência e mortalidade do câncer de colo de útero. Além disso, destacou o enfermeiro como um educador em saúde eficaz, desempenhando um papel central na promoção de medidas preventivas e na execução de exames essenciais, como o Papanicolau. **Conclusão:** concluiu-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde da mulher e na redução do impacto do câncer de colo de útero. Este estudo forneceu conhecimentos valiosos para melhorar as práticas clínicas, a formação de enfermeiros e a formulação de políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Colo de Útero, Enfermagem, Prevenção, Saúde da Mulher.

THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN THE PREVENTION AND EARLY DETECTION OF CERVICAL CANCER IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: This study addresses cervical cancer, focusing on the crucial role of nurses in primary healthcare for its prevention and early detection. Objectives: To understand

the historical, epidemiological, clinical, diagnostic, and therapeutic aspects of cancer; To discuss public health policies related to cervical cancer; To describe the strategies used by nurses in the prevention and detection of cervical cancer in primary care. **Materials and Methods:** The methodology employed involved a theoretical content research, with a detailed literature review of existing scientific literature on the subject. Epidemiological studies, public health guidelines, and clinical practices related to cervical cancer were analyzed. **Results:** Emphasize the importance of health policies, such as screening and vaccination programs, in reducing the incidence and mortality of cervical cancer. Furthermore, they highlight the nurse's role as an effective health educator, playing a central role in promoting preventive measures and conducting essential exams, such as the Pap smear. **Conclusion:** It is concluded that nurses play a fundamental role in promoting women's health and reducing the impact of cervical cancer. This study provides valuable insights to improve clinical practices, nurse training, and health policy formulation.

KEYWORDS: Cervical Cancer, Nursing, Prevention, Women's Health.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero, também conhecido como câncer cervical, figura como uma das preocupações mais urgentes em saúde pública em nível global. Este tipo de câncer, predominantemente associado à infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), coloca em evidência desafios significativos na prevenção e no controle de doenças. Ele permanece como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em mulheres em todo o mundo, com um impacto desproporcionalmente grave em países com recursos limitados. No Brasil o câncer de colo de útero é terceiro tipo que mais afeta mulheres.

Na análise regional, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente, nas regiões Norte (20,48/100 mil) e Nordeste (17,59/100mil) eo terceiro na Centro- Oeste (16,66/100 mil). Já na região Sul (14,55/100 mil) ocupa a quarta posição e, na região Sudeste (12,93/100 mil), a quinta posição (INCA, 2022).

No entanto, este cenário desafiador também destaca um fator de esperança: a capacidade de prevenção e detecção precoce. Nesse contexto, o enfermeiro emerge como um pilar essencial na linha de frente da batalha contra o câncer de colo de útero. Sua atuação é particularmente impactante na Atenção Básica em Saúde, onde desempenha um papel multifacetado e decisivo. O enfermeiro é frequentemente o primeiro ponto de contato entre a paciente e o sistema de saúde, tornando-se uma fonte confiável de orientação, educação e apoio.

A importância do enfermeiro para a prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero é evidenciada por sua capacidade de realizar exames preventivos, como o Papanicolau, e de fornecer informações cruciais sobre a vacinação contra o HPV. Através dessas intervenções, o profissional desempenha um papel vital na identificação precoce de lesões cervicais e na redução da incidência dessa doença. Além disso, ele é um elo fundamental na promoção de medidas de prevenção, incluindo a adoção de comportamentos saudáveis e a compreensão dos fatores de risco associados.

Nesse sentido o estudo teve como objetivo geral compreender a importância do Enfermeiro na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica. E como específicos: Conhecer os aspectos históricos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do Câncer de Colo de Útero; Discorrer sobre as políticas públicas de saúde relacionadas ao Câncer de Colo de Útero; e Descrever as estratégias utilizadas pelo Enfermeiro na prevenção e detecção do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica.

Ao cumprir esses objetivos, este estudo visou oferecer uma visão aprofundada e abrangente do papel vital desempenhado pelo enfermeiro na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero, contribuindo assim para a melhoria das práticas clínicas, da formação de enfermeiros e do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Aspectos históricos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos do Câncer de Colo de Útero

O Câncer de Colo de Útero tem uma longa história de preocupação na área da saúde, mas seu entendimento e controle evoluíram significativamente ao longo do tempo.

Os primeiros relatos de câncer cervical remontam à Antiguidade, com referências em textos médicos egípcios e gregos. No entanto, na ausência de conhecimentos avançados em anatomia e microbiologia, as causas e tratamentos eram amplamente desconhecidos.

O século XIX trouxe um maior entendimento anatômico do colo do útero e o desenvolvimento de técnicas de exame. O advento do Papanicolau em meados do século XX revolucionou a detecção precoce, permitindo a identificação de células anormais antes mesmo do desenvolvimento do câncer.

Nas últimas décadas, a descoberta da ligação entre o vírus do Papiloma Humano (HPV) e o câncer cervical levou ao desenvolvimento de vacinas, que têm o potencial de prevenção do câncer de colo de útero.

Segundos dados epidemiológicos obtidos da Organização Mundial da Saúde (2020), o câncer de colo de útero é o quarto câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 570.000 novos casos e 311.000 mortes em 2018. No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada pela população mundial, foi 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020 (INCA, 2020).

A compreensão da etiologia associado ao câncer de colo de útero desempenha um papel crucial na prevenção e no controle dessa doença. O Câncer de Colo de Útero é primariamente causado pela infecção persistente pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV). O HPV é uma família de vírus sexualmente transmissíveis que inclui diversos tipos, sendo que alguns deles têm alto potencial oncogênico, ou seja, têm maior probabilidade de causar câncer cervical. O HPV age danificando o DNA das células cervicais, levando a o crescimento descontrolado e à formação de tumores.

Na cérvix, a infecção inicial ocorre nas células basais, por meio de pequenas lesões no tecido ou durante o processo de metaplasia de células escamosas na zona de transformação quando as células basais são expostas. Uma vez que o HPV atinge as células-alvo, este permanece latente ou inicia seu processo de replicação no núcleo, resultando na síntese e liberação de partículas virais infectantes (Santana, 2008).

O câncer de colo de útero pode ser assintomático em suas fases iniciais, tornando o rastreamento e diagnóstico precoce de extrema importância. À medida que progride, os sintomas podem incluir sangramento vaginal anormal, dor pélvica, dor durante a relação sexual e aumento do corrimento vaginal. O câncer cervical pode crescer localmente e invadir estruturas vizinhas, como a bexiga ou o reto. Em estágios avançados, o câncer pode se espalhar para linfonodos regionais ou para órgãos distantes, como pulmões e fígado.

O Exame Papanicolau é um procedimento de triagem que coleta células do colo do útero para detecção de anormalidades. É uma ferramenta fundamental para o diagnóstico precoce. Quando o Papanicolau é anormal, uma colposcopia é realizada para uma avaliação mais detalhada do colo do útero. Se forem identificadas áreas suspeitas, uma biópsia é realizada para a análise das células cervicais. Esse procedimento confirma o diagnóstico de câncer.

Dentre os aspectos terapêuticos temos a cirurgia que pode envolver a remoção do colo do útero (traquelectomia) ou do útero (histerectomia) em casos mais avançados. Em estágios iniciais, a cirurgia conservadora pode ser uma opção. A radioterapia utiliza radiações ionizantes para destruir células cancerosas. Pode ser usada como tratamento principal ou após a cirurgia para evitar a recorrência. A quimioterapia envolve o uso de medicamentos para combater o câncer. Pode ser usada como terapia principal ou em combinação com radioterapia.

Algumas terapias imunológicas têm sido exploradas para tratar o câncer de colo de útero, visando estimular o sistema imunológico a combater as células cancerosas. O tratamento é individualizado e depende do estágio do câncer, da saúde geral da paciente e de outros fatores. A detecção precoce e o tratamento adequado desempenham um papel crucial na melhoria dos resultados para as pacientes com câncer de colo de útero.

Políticas públicas de saúde relacionadas ao Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo de útero representa um sério desafio de saúde pública em todo o mundo. É uma doença que, em grande parte, pode ser prevenida e controlada com a implementação eficaz de políticas de saúde específicas. Nesse contexto, políticas de saúde direcionadas ao câncer de colo de útero têm sido desenvolvidas e introduzidas em muitos países, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade associadas a essa neoplasia. No entanto, o sucesso dessas políticas depende em grande parte do envolvimento ativo dos profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde.

A introdução de políticas de saúde relacionadas ao câncer de colo de útero envolveu a criação de diretrizes e estratégias que visam à prevenção, rastreamento e controle da doença. Uma parte fundamental dessas políticas é a promoção de programas de rastreamento, como o exame de Papanicolau, que envolve identificar alterações nas células cervicais antes que se tornem cancerosas. Além disso, políticas de vacinação contra o HPV foram desenvolvidas para proteger contra os tipos do vírus mais associados ao câncer cervical.

[...] é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País (Brasil, 2013).

Essas políticas têm como alvo a conscientização da população, o acesso a serviços de saúde adequados e a melhoria das taxas de detecção precoce do câncer de colo de útero. No Brasil, existem diversos programas e ações voltados para a saúde da mulher, coordenados pelo Ministério da Saúde e executados em parceria com estados e municípios. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), alguns dos principais programas e ações de saúde da mulher no Brasil incluem:

1. Programa de Saúde da Mulher: Este programa busca promover a atenção integral à saúde da mulher, abrangendo desde o cuidado na adolescência, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até a atenção à saúde da mulher adulta e idosa.
2. Programa de Planejamento Familiar: Oferece acesso a métodos contraceptivos e serviços de planejamento familiar para que as mulheres possam escolher quando e quantos filhos ter.
3. Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama: Inclui a oferta de exames de Papanicolau e mamografia, além de campanhas de conscientização e vacinação contra o HPV.
4. Rede Cegonha: Este programa visa garantir um acompanhamento integral às gestantes desde o pré-natal até o puerpério, incentivando o parto seguro e humanizado.
5. Pré-natal do Parceiro: Incentiva a participação dos parceiros no pré-natal, estimulando o envolvimento do homem na saúde materna.
6. Ações de Planejamento Reprodutivo: Envolve a distribuição gratuita de contraceptivos e a promoção do uso responsável e consciente desses métodos.
7. Ações de Saúde Mental da Mulher: Oferece suporte para questões relacionadas à saúde mental da mulher, incluindo o cuidado no pós-parto.
8. Programa de Combate à Violência contra a Mulher: Inclui ações de prevenção e atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.

9. Programa de Saúde das Mulheres Indígenas e Quilombolas: Adaptado às especificidades dessas populações, promovendo o acesso a cuidados de saúde culturalmente sensíveis.
10. Programa de Saúde da Mulher Negra: Focado em ações específicas para a promoção da saúde da mulher negra, considerando as desigualdades étnico-raciais na saúde.
11. Programa de Atenção à Saúde da Adolescente: Voltado para as necessidades de saúde das adolescentes, incluindo orientações sobre sexualidade, prevenção de DSTs e gravidez na adolescência.
12. Rede de Atenção à Saúde das Mulheres em Situação de Violência: Visa atender mulheres em situação de violência, oferecendo apoio psicológico, social e orientação jurídica. Esses programas e ações visam promover a saúde da mulher em todas as fases da vida, prevenir doenças, reduzir a mortalidade materna e melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Eles são fundamentais para garantir o bem-estar das mulheres no Brasil. Os enfermeiros na atenção básica desempenham função de implementação das políticas de saúde relacionadas ao câncer de colo de útero. Eles estão na linha de frente do sistema de saúde e interagem diretamente com a comunidade.

O profissional assume várias funções que incluem educação, aconselhamento, administração de vacinas e encaminhamento adequado para exames e tratamento especializado. Sua atuação eficaz é essencial para a conscientização da população sobre a importância do rastreamento e da prevenção do câncer cervical, além de garantir que as políticas de saúde sejam executadas de maneira abrangente. Desempenham um papel vital na promoção da saúde da mulher e na redução do impacto do câncer de colo de útero. A compreensão do impacto das políticas de saúde relacionadas ao câncer de colo de útero na prática do enfermeiro na atenção básica é essencial para melhorar a eficácia dessas políticas e, conseqüentemente, reduzir a carga do câncer cervical. É através da consulta de enfermagem na rede básica de saúde que o enfermeiro abre portas para promover a saúde da mulher orientando sobre a prevenção desta neoplasia. Além da realização do exame compete ao profissional estabelecer suporte, cuidados, aconselhamento e monitorização contínua para futuros retornos. Segundo COFEN-12 (2015), o enfermeiro é capacitado para realizar a consulta de enfermagem e sendo necessário também realizar o exame preventivo Papanicolau, sendo respaldado pela resolução 381/2011.

Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro na prevenção e detecção do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica

Compreender os fatores de risco também é um passo crucial para a prevenção eficaz do câncer de colo de útero, sendo uma condição complexa e multifatorial. A incidência está ligada a diversos fatores de risco e torna-se essencial para reduzir a ocorrência dessa doença e promover a saúde das mulheres.

Dentre os fatores de risco mais relevantes, temos: a Infecção por HPV (Papilomavírus Humano), uma das principais causas do câncer cervical. Diferentes cepas desse vírus podem ser transmitidas por meio do contato sexual. O HPV pode infectar o colo do útero e levar a alterações celulares que aumentam o risco de desenvolver câncer. A compreensão das diferentes cepas do vírus, seus métodos de transmissão e a importância da vacinação são cruciais na prevenção. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da vacinação contra o HPV entre as mulheres, fornecendo informações claras e direcionadas.

O Tabagismo é outro fator de risco amplamente reconhecido para o câncer de colo de útero. O tabaco contém substâncias carcinogênicas que podem afetar negativamente o sistema reprodutivo feminino. As mulheres fumantes apresentam um risco aumentado de desenvolver câncer cervical em comparação com não fumantes. O enfermeiro pode oferecer aconselhamento e apoio para as mulheres que desejam abandonar o tabagismo como parte da estratégia de prevenção.

O comportamento sexual de risco é um fator que pode aumentar a vulnerabilidade das mulheres à infecção por HPV e, conseqüentemente, ao câncer de colo de útero. Múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual e não utilização de preservativos podem contribuir para a propagação do HPV e aumentar o risco da doença. O profissional enfermeiro ajuda na conscientização sobre a importância do sexo seguro, fornecendo informações educativas, incentivando o uso de preservativos e promovendo práticas sexuais saudáveis entre as mulheres.

Atualmente, a infecção pelo HPV é considerada a infecção sexualmente transmissível (IST) com maior prevalência em todo o mundo, assim como o câncer cervical, que é um importante problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento (Sousa, 2021).

Outros fatores podem ser incluídos como de risco para o câncer de colo de útero, como a Paridade (Número de Filhos), o uso prolongado de contraceptivos orais, e a História Familiar. Ter parentes de primeiro grau (mãe, irmã) com câncer cervical pode aumentar o risco da doença, sugerindo um possível componente genético.

O câncer de colo de útero representa um desafio significativo para a saúde pública, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres. Diante desse cenário, é imperativo explorar estratégias eficazes para a prevenção e detecção precoce dessa doença. No âmbito da atenção básica em saúde, o enfermeiro emerge como um protagonista essencial nesse processo, desempenhando um papel vital na promoção de medidas preventivas e na realização de exames cruciais, como o Papanicolau. As responsabilidades do enfermeiro abrangem uma extensa gama de atividades, começando pela interação com os usuários por meio da realização da consulta de enfermagem (Pires, 2020).

Entender a efetividade dessas estratégias é essencial para fortalecer as práticas na atenção básica, proporcionando uma abordagem abrangente e centrada na prevenção. É importante que as mulheres compreendam a importância da realização do exame preventivo Papanicolaou periodicamente e entendam a necessidade de realizá-lo como método de prevenção e não apenas quando apresentarem sintomatologia ginecológica (Moreira, 2018).

Ao explorar a contribuição do enfermeiro nesse contexto, esta análise buscou avaliar não apenas a execução prática das intervenções, mas também a capacidade do profissional em educar, sensibilizar e engajar as mulheres na adoção de comportamentos saudáveis. A relevância dessa investigação resumiu na construção de bases sólidas para aprimorar as estratégias de prevenção do câncer de colo de útero, impactando positivamente a saúde e o bem-estar das mulheres atendidas na atenção básica em saúde.

Um esforço conjunto precisa ser empreendido por enfermeiros para aplicar o conhecimento atual específico sobre o HPV e a prevenção e controle do câncer cervical no ambiente prático (Underwood, 2009). O enfermeiro assume um papel ativo na promoção de medidas preventivas relacionadas ao câncer de colo de útero, adotando estratégias específicas para conscientizar e incentivar práticas saudáveis.

Na vacinação contra o HPV, o enfermeiro atua como um agente educador, esclarecendo sobre a importância da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV). Promove campanhas informativas, realiza palestras e oferece informações detalhadas sobre a vacina, visando aumentar a conscientização e a adesão, contribuindo assim para a redução da incidência do câncer cervical. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a vacinação contra o HPV principalmente para meninas entre 9 e 14 anos, uma vez que a vacina tem sua eficácia máxima antes da iniciação sexual e conseqüentemente antes delas serem expostas à infecção (Faria, 2021). Não apenas o público feminino, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), houve uma revisão e atualização do calendário de vacinação destinado aos adolescentes. Além disso, houve a expansão da disponibilidade da vacina HPV4 para o público masculino, abrangendo a faixa etária de 09 a 14 anos. A administração dessas vacinas foi registrada no sistema conhecido como e-SUSAPS.

A vacinação é uma medida preventiva eficaz para reduzir a incidência desse tipo de câncer, proporcionando imunidade contra os tipos de HPV mais comuns associados a ele. A vacina contra o HPV é a principal forma de prevenção contra o aparecimento do câncer do colo do útero, e atualmente, três tipos de vacina estão disponíveis: bivalente (bHPV), quadrivalente (qHPV) e nonavalente (9vHPV) (Libonate, 2019).

Quanto ao uso do preservativo, são elaboradas estratégias educacionais para promover o uso correto de preservativos como medida preventiva. O enfermeiro fornece informações sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HPV, e incentiva a integração do preservativo nas práticas sexuais, tornando-se um facilitador crucial na adoção de comportamentos seguros.

Na adoção de estilos de vida saudáveis, o enfermeiro, por meio de orientações personalizadas, destaca a importância de hábitos saudáveis, fornece informações sobre dietas equilibradas, atividade física regular e a cessação do tabagismo, promovendo uma abordagem holística na redução dos fatores de risco associados ao câncer de colo de útero.

Além das estratégias voltadas para a manutenção da boa saúde, o enfermeiro atua no desenvolvimento de ações educativas para conscientização.

No que se refere às atividades de educação em saúde, o enfermeiro é inserido nesse contexto, considerando a relação dialógico-reflexiva entre o paciente e este profissional. Ele possui um arcabouço de conhecimentos teóricos e científicos, desenvolve atividades mais próximas ao cliente e à comunidade, permitindo uma relação estreita entre esses elementos (Júnior, 2021).

O profissional utiliza uma variedade de estratégias educacionais para informar a comunidade sobre os fatores de risco associados ao câncer de colo de útero. Isso pode incluir a realização de palestras informativas, workshops educativos, distribuição de materiais informativos impressos e orientação individualizada. As estratégias educacionais visam fornecer informações claras e acessíveis às mulheres, capacitando-as a compreender os riscos e as medidas preventivas disponíveis.

O enfermeiro assume a responsabilidade de oferecer aconselhamento personalizado às mulheres. Isso envolve conversas individuais nas quais o enfermeiro pode abordar questões específicas de saúde, fornecer orientação sobre como reduzir os fatores de risco e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis. É fundamental que o aconselhamento seja conduzido de forma sensível, livre de julgamentos e com empatia, para que as mulheres se sintam à vontade para discutir suas preocupações e tomar medidas preventivas.

O enfermeiro promove o uso correto de preservativos, incentivando práticas sexuais seguras. Isso inclui a educação sobre a importância do uso de preservativos durante a atividade sexual para prevenir a transmissão do HPV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Fornecer informações sobre como escolher, usar e armazenar preservativos de maneira eficaz garante que as mulheres tenham as ferramentas necessárias para reduzir o risco de infecção.

O enfermeiro pode desempenhar um papel ativo na promoção de campanhas de conscientização sobre os fatores de risco do câncer de colo de útero por meio da participação em campanhas de saúde pública. Essas campanhas visam ampliar o alcance das informações, atingindo um público mais amplo. Esse profissional poderá contribuir com seu conhecimento e experiência para desenvolver e implementar campanhas de conscientização eficazes, destacando a importância da prevenção e da detecção precoce.

Santos (2016) apud Barros (2002) afirma que o profissional de enfermagem deverá contribuir de forma humanizada na melhoria da qualidade de vida da mulher, proporcionando condições que a conduzam a descobrir-se como um ser integral, merecedora de muitos cuidados, inclusive aqueles relacionados

à saúde, possibilitando a oportunidade de educá-la no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, realizar busca espontaneamente aos serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sintomas.

Dessa forma, este trabalho não apenas descreveu o papel fundamental do enfermeiro na promoção da saúde feminina, mas também representou um passo significativo em direção a estratégias mais eficazes de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, fortalecendo a importância da atuação do profissional de enfermagem na linha de frente da atenção básica. Foi destacada a importância do profissional como educador em saúde na conscientização e prevenção dos fatores de risco associados ao câncer de colo de útero. O mesmo orienta e capacita as mulheres para tomar decisões informadas sobre sua saúde, promovendo a prevenção e o autocuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo de conteúdo teórico envolveu a revisão e análise de literatura científica relevante para o tema em questão. O processo metodológico incluiu as seguintes etapas:

Seleção de Fontes de Informação

Para a realização da pesquisa de conteúdo teórico, foi realizada uma busca criteriosa em bases de dados acadêmicos, como Google acadêmico, Scielo, Brazilian Journal of Health Review, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados estudos publicados em periódicos científicos, livros e documentos acadêmicos que abordassem a contribuição da consulta de enfermagem na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para a seleção de fontes de informação incluíram estudos publicados a partir de 2008 a 2023 e estudos escritos em inglês e português. Foram excluídos estudos que não abordavam especificamente a consulta de enfermagem.

Análise de Dados

Os dados coletados consistiram em informações sobre a contribuição da consulta de enfermagem na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica. Os dados foram organizados e categorizados de acordo com os objetivos específicos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito da atenção básica em saúde, a atuação do enfermeiro desempenha um papel vital na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero. Este estudo se propôs a investigar e analisar os resultados obtidos no contexto das intervenções do enfermeiro, políticas de saúde e desafios enfrentados na atenção básica. Ao examinar a implementação prática das políticas públicas, a capacidade do enfermeiro na realização de exames preventivos e a eficácia das estratégias educacionais, buscamos compreender como esses elementos convergem para melhorar a prevenção e detecção precoce dessa doença.

A análise das pesquisas contribuiu com perspectivas valiosas, permitiu uma visão abrangente sobre o cenário do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica e forneceu percepções significativas para aprimorar a prática clínica e orientar futuras políticas de saúde.

A importância das diretrizes ministeriais é destacada por Brasil (2013), ressaltando a necessidade de políticas eficazes. Sugerem que ao examinar essas diretrizes reflitam a prática do enfermeiro, influenciando o acesso e a qualidade dos serviços em diversas regiões do país.

COFEN-12 (2015) respalda a competência do enfermeiro para conduzir as consultas e realizar exames preventivos. A pesquisa abordou como é explorada essa habilidade e aplicada na prática, se os enfermeiros estão efetivamente realizando exames de Papanicolau e como isso impactou a detecção precoce do câncer cervical.

Sousa (2021) destaca o HPV como uma infecção prevalente, e um desafio de saúde pública. Os resultados da pesquisa focam em como os enfermeiros enfrentam esses desafios, fornecendo informações, apoiando a prevenção e gerenciando casos identificados.

Júnior (2021) sublinha a importância do diálogo na educação em saúde. Nesse contexto, foi abordado que os enfermeiros utilizam estratégias educacionais para conscientizar as mulheres sobre os fatores de risco e promover a prevenção do câncer de colo de útero.

Santos (2016), apud Barros (2002), destaca a humanização proporcionada pelo profissional de enfermagem. A pesquisa sugeriu como os enfermeiros promovem essa humanização, incentivando comportamentos preventivos e garantindo visitas regulares aos serviços de saúde.

Pires (2020) destaca a amplitude das responsabilidades do enfermeiro. Underwood (2009) resalta a necessidade de esforço coletivo para aplicar conhecimentos sobre o HPV. O estudo revelou a importância dos enfermeiros ao gerenciar suas responsabilidades e se manterem atualizados diante dos avanços científicos.

Faria (2021) traz à tona as orientações globais para a vacinação contra o HPV. Foi abordado como os enfermeiros seguem essas diretrizes e como contribuem para promover a vacinação na faixa etária recomendada.

Além de que Libonate (2019) enfatizou a importância da vacinação contra o HPV. Ressaltou a importância da orientação sobre as diferentes modalidades de vacinas e conscientização sobre a relevância da imunização.

Moreira (2018) enfatizou a necessidade de conscientização das mulheres sobre o exame do Papanicolau. Os resultados sugeriram como os enfermeiros podem incentivar e educar as mulheres sobre a realização periódica desse exame como medida preventiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, centrado na temática do Câncer de Colo de Útero e no protagonismo do Enfermeiro na prevenção e detecção precoce na Atenção Básica, permitiu aprofundar o entendimento sobre a importância desse profissional no enfrentamento de uma das principais ameaças à saúde das mulheres.

Ao avaliar o impacto das políticas de saúde relacionadas ao câncer de colo de útero, foi observado que, embora as diretrizes estejam estabelecidas, sua eficácia depende da concretização efetiva. O enfermeiro, como peça-chave na atenção básica, desempenha um papel vital na concretização dessas políticas no contexto prático, assegurando que as mulheres tenham acesso às medidas preventivas e aos exames essenciais.

Investigar os fatores de risco associados ao câncer de colo de útero revelou que o enfermeiro desempenha um papel duplo: como educador em saúde e promotor de medidas preventivas. A compreensão dos fatores de risco, como a infecção pelo HPV e o tabagismo, são cruciais, e o enfermeiro é o elo fundamental na conscientização e prevenção desses fatores.

Ao analisar a eficácia das intervenções do enfermeiro, foi percebido que a educação em saúde, as estratégias educacionais e o incentivo ao uso de preservativos desempenham um papel essencial. O enfermeiro não apenas realiza exames preventivos, como o Papanicolau, mas também capacita as mulheres a tomarem decisões informadas sobre sua saúde.

Em resumo, este estudo destacou a importância do enfermeiro na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero na Atenção Básica, a implementação das políticas de saúde, a conscientização sobre fatores de risco e as intervenções educacionais, áreas onde o enfermeiro se destaca. O enfrentamento do câncer de colo de útero passa inequivocamente pelas mãos dedicadas e comprometidas desses profissionais. Suas ações não apenas melhoram a saúde das mulheres, mas também contribuem para a redução da incidência e do impacto dessa doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero; Relatório anual 2022**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [dados_e_numeros_colo_22novembro2022.pdf](inca.gov.br)

BRASIL. Resolução COFEN 381/2011 **Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau**. Brasília, 2011. Disponível em: [PARECER NORMATIVO Nº 001/2015/COFEN Conselho Federal de Enfermagem - Brasil](link_aqui).

BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 1ª ed. Brasília, 2018. Disponível em: [link_aqui](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Dados e números sobre câncer do colo do útero; Relatório anual. 2020**. Disponível em [link_aqui](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/mortalidade#:~:text=12%2F2022%20h33,No%20Brasil%2C%20a%20taxa%20de%20mortalidade%20por%20c%3A2ncer%20do%20colo,2020%20(INCA%2C%202020)).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica (CAB), n. 13)**. Disponível em: [link_aqui](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/controle-dos-canceres-do-colo-do-utero-e-da-mama/)

FARIA, A. J. V. et al. **HPV: a importância da vacinação para redução do surgimento de lesões pré-malignas do câncer de colo uterino**. 2021. Disponível em: [6946-Artigo-76814-2-10-20210426(1).pdf](link_aqui)

JUNIOR, M. N. et al. **O papel do enfermeiro como educador na prevenção do câncer do colo do útero: uma revisão integrativa**. 2021. Disponível em: [link_aqui](https://enfermagem.vitoria.ufes.br/sites/enfermagem.vitoria.ufes.br/files/field/anEXO/2020.2_-_o_papel_do_enfermeiro_como_educador_na_prevencao.pdf)

LIBONATE, R. S. O. **A implementação da vacina do HPV como agente de imunização**. 2019. Disponível em: [link_aqui](https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/11332/2/A%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20vacina%20do%20HPV%20como%20agente%20de%20imuniza%C3%A7%C3%A3o.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2020). **NOTA TÉCNICA Nº 17/2022-COPUE/DECIV/SAPS/MS**. 2022. Disponível em: [link_aqui](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/publicacoes/atualizacao-do-calendario-vacinal-em-adolescentes)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas e ações**. 2019. Disponível em: [Programas e ações — Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania](www.gov.br)

MOREIRA, A. S. et al. **A importância do exame papanicolau na saúde da mulher**. 2018. Disponível em: [link_aqui](https://revistasfases.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/94/56)

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem**. Disponível em: [link_aqui](https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero#:~:text=O%20c%3A2ncer%20do%20colo%20do%20%3BATERO%20%3A9%20o%20segundo%20tipo,dos%20novos%20casos%20no%20mundo).

PIRES, R. C. C. et al. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS): Uma Revisão Integrativa da Literatura.** 2020. Disponível em: [link_aqui](https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/600/615)

SANTANA, E. A. **Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção.** 2008. Disponível em: [link_aqui](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20304.pdf)

SANTOS, L. M. et al. **Câncer de colo do útero: papel do enfermeiro na prevenção e detecção precoce dessa neoplasia na atenção básica.** 2016. Disponível em: [link_aqui](https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16328.pdf)

SOUSA, B. N. et al. **Causas, prevenção e tratamentos do Câncer no Colo do Útero: Uma Revisão de Literatura.** 2021. Disponível em: [link_aqui](https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/29/28)

UNDERWOOD · S. M. et al. **Expanding the scope of nursing research in low resource and middle resource countries, regions, and states focused on cervical cancer prevention, early detection, and control.** J Natl Black Nurses Assoc. 2009 Dec; 20(2):42-54. Disponível em: [link_aqui](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20364726/)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM FASE TERMINAL

Data de aceite: 01/02/2024

Kely Batista Souza

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: O câncer é uma patologia crônica e progressiva que atualmente é segunda causadora de óbitos no Brasil conforme os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Trata-se de uma doença que quando diagnosticada em fase avançada não tem resposta terapêutica, fazendo-se essencial a inserção dos cuidados paliativos no modelo assistencial devido, sua abordagem diferenciada e efetiva de cuidado ao paciente nessa fase. O objetivo desta pesquisa é revisar a literatura a cerca do papel da enfermagem na assistência ao paciente oncológico em fase terminal. Foi realizado a revisão na literatura de forma descritiva-exploratória por meio de pesquisas de artigos científicos, livros, e sites do Ministério da Saúde, utilizando os descritores: Cuidados Paliativos, Neoplasias, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem de Cuidados paliativos na Terminalidade da Vida e Doente Terminal, encontradas na base de dados Google

Acadêmico, que apontam que a alta taxa de mortalidade por câncer, demonstra a necessidade da implementação dos cuidados paliativos no modelo assistencial de cuidados de enfermagem ao paciente terminal, pois é o enfermeiro quem está em contato direto com o doente vivenciando junto a ele a fase de terminalidade, fazendo-se necessário que respeite sua autonomia e dê dignidade à vida. Ademais é importante manter uma comunicação de forma adequada com os pacientes e familiares. Para tanto, é fundamental que o profissional enfermeiro esteja qualificado e sempre aprimorando seus conhecimentos técnicos-científicos, como também a sua percepção sobre as necessidades do cliente com câncer em fase terminal, visando prestar uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Neoplasias, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem de Cuidados paliativos na Terminalidade da Vida, Doente Terminal.

NURSING CARE TO CANCER PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE IN THE TERMINAL PHASE

ABSTRACT: Cancer is a chronic and progressive pathology that is currently the second leading cause of death in Brazil according to data from the National Cancer Institute (INCA). This is a disease that, when diagnosed at an advanced stage, has no therapeutic response, making it essential to include palliative care in the care model due to its differentiated and effective approach to patient care at this stage. The objective of this research is to review the literature on the role of nursing in caring for terminally ill cancer patients. A literature review was carried out in a descriptive-exploratory manner through searches of scientific articles, books and websites of the Ministry of Health, using the descriptors: Palliative Care, Neoplasms, Nursing Care, Palliative Care Nursing at the End of Life and Ill Terminal, found in the Google Scholar database, which point out that the high mortality rate from cancer demonstrates the need to implement palliative care in the nursing care model for terminally ill patients, as it is the nurse who is in direct contact with the patient experiencing the terminal phase with them, making it necessary to respect their autonomy and give dignity to life. Furthermore, it is important to maintain adequate communication with patients and family members. To this end, it is essential that professional nurses are qualified and always improving their technical-scientific knowledge, as well as their perception of the needs of clients with terminal cancer, aiming to provide quality care.

KEYWORDS: Palliative Care, Neoplasms, Nursing Care, Palliative Care Nursing at the End of Life, Terminally Ill.

INTRODUÇÃO

Câncer é um termo utilizado para se referir a mais de 100 tipos de doenças que tem em comum o crescimento desordenado das células, que se acumulam dando origem a tumores que invadem tecidos e a órgãos próximos e também distantes (OMS, 2020).

É uma doença complexa que possui inúmeras mutações e múltiplas causas, podendo em alguns casos ser de herança genética, entretanto na maioria dos casos, essas mutações são adquiridas ao longo da vida, podendo acontecer pelo próprio envelhecimento das células causado por agentes ambientais, infecciosos, viras e químicos (OMS, 2020).

Atualmente, o câncer é uma patologia que apresenta incidências crescentes e em todas as faixas etárias, acometendo um enorme percentual de pessoas. Estima-se 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio de 2023 a 2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste que concentrarão cerca de 70% da incidência. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente no Brasil, com 31,3% do total de casos, seguido pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%), e estômago (3,1%). É importante destacar que o câncer é capaz de causar sofrimento não somente ao portador, mas também aos seus familiares (Brasil, 2022).

Além de causar grande perturbação e sofrimento, o câncer pode levar ao estado terminal. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a doença apresenta

alta taxa de mortalidade, sendo responsável por 9,6 milhões de mortes notificadas no mundo em 2018. A nível mundial uma a cada seis mortes é relacionada a doença, sendo uma das principais causas de óbitos nas Américas e, tornando-se uma ameaça à saúde pública. Por esses motivos, portanto, uma assistência especial aos pacientes portadores desta doença é fundamental.

Na fase terminal, o tratamento paliativo é prioritário para assegurar a qualidade de vida do paciente. O cuidado aos pacientes acometidos por doenças fora de possibilidade terapêutica deve ser direcionado às suas necessidades e limitações, considerando que a morte é eminente, a sobrevida limitada e que o ser apresenta-se psicologicamente fragilizado e, conseqüentemente, suscetível a desordens psíquicas, fazendo-se necessário, portanto, uma assistência científica e humanística, para que as equipes multidisciplinares e instituições de saúde possam agir de forma competente (Fernandes et al., 2013).

A atenção multiprofissional é essencial para os cuidados paliativos, sabendo-se que não há como somente um profissional abordar todos os pontos envolvidos no tratamento terapêutico. Para prestar uma assistência integral, os profissionais precisam estar qualificados para analisar as necessidades humanas, e mensurar a vulnerabilidade psicológica e física dos pacientes. Neste cenário é importante destacar o profissional de enfermagem, que através de suas experiências e habilidades laborais, é apto a fornecer esta assistência (Fernandes et al., 2013).

Portanto, o presente artigo tem como objetivo principal revisar a literatura acerca do papel da enfermagem na assistência ao paciente oncológico em fase terminal, e apresenta como objetivos específicos: evidenciar as responsabilidades e habilidades do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico em fase terminal; identificar as necessidades desses pacientes oncológicos; e enfatizar o papel do familiar no cuidado ao paciente oncológico em fase terminal.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neoplasias

As células que habitam harmonicamente no organismo humano, tem características morfológicas que fazem com que elas se unam em tecidos que formam órgãos para o funcionamento e equilíbrio da vida. Em algumas ocasiões, entretanto, pode haver uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular, impróprio ao tecido, ou seja, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente, dando origem a células descendentes, decorrente desse crescimento com divisões anormais. Assim, por consequência desta situação indiferente aos mecanismos reguladores normais, ocorre o surgimento do tumor ou neoplasia, que pode ser benigno ou maligno (Santos et al., 2011).

As neoplasias têm o crescimento celular descontrolado e, são denominadas de tumores e definidas como proliferação anômala do tecido, que está parcialmente, ou totalmente, fora do controle do organismo, tomando à autonomia e à progressão e, gerando impactos agressivos ao portador da patologia (Santos et al., 2011).

Os mais agressivos são os tumores malignos por serem invasivos e se alastrarem. A invasão propicia a infiltração nos vasos sanguíneos, linfáticos e cavidades corporais, criando as metástases (Santos et al., 2011).

As neoplasias malignas são conhecidas como sarcoma e se originam no tecido mesenquimal. Condrossarcoma é o nome dado ao tumor maligno do tecido cartilaginoso; lipossarcoma no tecido gorduroso e leiomiossarcoma no tecido muscular liso. Aos de origem nas células epiteliais são nomeados de carcinomas caso o epitélio seja de origem glandular nomeia-se adenocarcinoma. O crescimento rápido das células e o tamanho do tumor, são características que favorecem o processo de metástase, as metástases diminuem as chances de cura do paciente (Santos et al., 2011).

Já os tumores benignos tem o crescimento celular controlado, são denominados de hiperplasia, metaplasia. São de desenvolvimento lento e expansivo apresentando estroma comum, são vascularizados, e raramente causam hemorragia e necrose (Santos et al., 2011).

Cuidados paliativos

A princípio, a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP), estava ligado ao aparecimento dos hospices (hospedaria), que surgiram na idade média influenciados pelas peregrinações dos cristãos a ambientes considerado por eles como “santo”. Ao caminhar por muitos dias, meses e até mesmo anos, muitos adoeciam durante o percurso e eram encaminhados para os hospices, que funcionava como um abrigo coordenado por religiosos. Os peregrinos eram mantidos nos hospices até se recuperarem para continuar o percurso. O objetivo desses lugares era mais de acolher e aliviar o sofrimento do que conseguir a cura da doença (Alves et al., 2015).

O St Christopher’s Hospice, fundado na década de 1960 em Londres, no século XX por Cecily Saunders enfermeira, médica e assistente social, foi o primeiro hospice a mostra uma visão holística do ser humano. Para Cecily Saunders prestar cuidados de forma humanizada era essencial, ela buscava propiciar alívio da dor e controle dos sintomas. Sua filosofia de cuidados com os pacientes terminais destacou-se e influenciou as formas de cuidados de saúde da época, dando novas concepções ao processo de morte e luto. Através disso Saunders tornou-se pioneira no intitulado movimento hospice moderno, dando novo sentido ao termo hospice, que não era mais visto como um lugar para práticas de CP, mas como uma filosofia de trabalho, com programa de suporte que acolhe pacientes e seus familiares na fase terminal (Alves et al., 2015).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu os CP como cuidado ativo de pacientes cuja doença não responde mais a tratamento curativo. O termo “curativo” utilizado gerou debates e divergências, pois determinadas condições crônicas não podem ser curadas, mas podem ter uma expectativa de vida prolongada, o que fez com que em 2002 a OMS revisa-se essa definição e a substituiu pela atual, em que diz que os cuidados paliativos são medidas que tem como objetivo o aumento da qualidade de vida de pacientes e seus familiares que vivenciam doenças que ameaçam a vida, através da prevenção, identificação precoce, avaliação impecável, tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, (Alves et al., 2015).

A partir desta definição destaca-se alguns conceitos fundamentais dos CP:

- Priorizar a diminuição da dor e alívio dos sintomas, considerando um diagnóstico preciso e histórico de vida do paciente.
- Encerrar a morte como algo natural, respeitando o processo de morrer não antecipando e nem adiando, o objetivo é promover qualidade de vida ao paciente, pois quando a doença progride para terminalidade deve-se proporcionar conforto físico, emocional e espiritual ao doente.
- Dar assistência integral aos familiares do paciente para ajudá-los a enfrentar a doença e o luto.

Esses cuidados serão executados em equipe pelos profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, cuidadores, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais (Alves et al., 2015).

Com um modelo revolucionário de assistência no ramo da saúde, os CP ganharam espaço no Brasil e, diferentemente da medicina curativa, seu foco é no cuidado integral, por meio da prevenção e do controle de sintomas em pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Inclui-se na prestação desses cuidados os familiares, equipes de saúde e cuidadores, que conseqüentemente também sofrem ao vivenciar esse processo (Gomes; Othero; 2016).

Segundo Gomes e Othero (2016), ao comparar o modelo assistencial de cuidados paliativos com outros modelos de assistência, foi notado que os pacientes que receberam os cuidados paliativos, apresentaram uma qualidade de vida melhor, contou-se também uma diminuição dos transtornos de humor nesses clientes e, uma durabilidade de vida de até três meses a mais, que os que não receberam cuidados paliativos, constatando que o modelo de cuidados paliativos apresentado pela OMS, causam impactos positivos na vida do doente.

Sobre a formação em cuidados paliativos, segundo Maschio (2022) as instituições de ensino superior de enfermagem não ofertam uma formação apropriada e eficiente, pois abordam somente os fatores teóricos da assistência ao paciente terminal, não acontecendo

um preparo psicológico e prático para tal, refletindo negativamente na atuação profissional, pois formam profissionais sem aptidão para a cuidar de pacientes terminais, sem preparo até mesmo para lidar com os próprios sentimentos ao prestar essa assistência, gerando o afastamento do profissional enfermeiro e paciente, isto não coincide com a forma de cuidados dos CP.

Os cuidados paliativos são diversificados mundialmente, em razão de diferenças socioeconômicas, políticas de saúde e carências dos doentes e seus familiares, sendo que, cada país tem utilizado um modelo que melhor se aplique a sua realidade. Os cuidados paliativos podem ser ofertados em diferentes modelos de assistência, em hospitais exclusivos, enfermarias de hospitais gerais, equipe interconsultora, ambulatório, cuidados domiciliar, hospedarias e hospital-dia. Os cuidados devem ser definidos de acordo com as necessidades e recursos do ambiente, juntamente com as equipes de apoio e referencia, é fundamental a formação de todos os profissionais de saúde para promover medidas paliativas (Gomes; Othero; 2016).

Assistência de enfermagem ao paciente terminal

É notório o quanto é importante prestar os cuidados paliativos aos pacientes que se encontram na fase de terminalidade da vida, em especial, o oncológico, já que estes cuidados tem uma abordagem diferenciada e efetiva de tratamento, com objetivo principal de prestar um cuidado humanizado (Fernandes et al., 2013).

A assistência humanizada do profissional de enfermagem aos pacientes oncológicos terminais costuma ser negligenciada no ambiente profissional, consequência de cargas de trabalho extensivas e exaustivas, pressão de suas responsabilidades, momentos de estresse, ansiedade, tensão, e cotidiano, vivenciando diariamente a dor da perda e da morte, o que faz com que a maioria destes profissionais criem uma espécie de mecanismo de proteção, tais como o distanciamento e negação. Esse comportamento gera uma assistência insensível com o paciente e seus familiares (Maschio 2022).

Esses obstáculos vivenciados pelos profissionais de saúde em relação a assistência humanizada aos pacientes com câncer terminal, são resultados do excesso de trabalho, ambiente de trabalho inapropriado e alta demanda de serviços. A falta de infraestrutura, equipamentos, estrutura para o acolhimento, aperfeiçoamento do conhecimento e reconhecimento profissional, prejudica a oferta de uma assistência de qualidade (Maschio 2022).

Mesmo com todas as adversidades, a enfermagem exerce um papel fundamental, pois é a principal responsável pela inserção, manutenção da sistematização e humanização dos cuidados prestados em unidades de urgência e emergência. É também a categoria profissional mais procurada por familiares de pacientes terminais para prestação de cuidados paliativos (Fernandes et al., 2013).

O paciente terminal sempre deve estar no foco das atenções, deve ser acolhido e assistido de forma holística pelos profissionais de saúde, é também fundamental que a família apoie e acompanhe o paciente durante todo tratamento, os cuidados paliativos são insubstituíveis nessa fase da vida e estende-se até sua finitude. O câncer terminal causa sofrimento não só físico, mas também espiritual e emocional, deixando o doente fragilizado e suscetível a desordens psíquicas. Portanto, os tratamentos visam a diminuição do sofrimento e melhor qualidade de vida (Santos et al., 2011).

De acordo com Santos, Lattaro e Almeida (2011), 50% dos diagnósticos de câncer são em estágio avançado da doença e metade está fora de possibilidades terapêuticas. Assim, diante da terminalidade, quando já se esgotaram as possibilidades de tratamento, o avanço da doença e a morte tornam-se inevitáveis, sendo suma importância que sejam inseridos os cuidados paliativos.

Buscando fornecer conforto, os cuidados são direcionados a higiene, curativos, alimentação e atenção a analgesia, almejando o alívio do sofrimento para preservação da qualidade de vida. A dor do paciente não está relacionada apenas a questão física, mas também a emocional causada por ter que lidar com uma nova realidade de vida. O sofrimento vivenciado pelo paciente no fim da vida vai muito além do físico, aflige o paciente intrinsecamente e extrinsecamente, engloba tudo que o envolve (Fernandes et al., 2013).

Existem muitas modalidades terapêuticas nos cuidados paliativos, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde aprimorar seus conhecimentos e aplica-los, para conseguir diminuir o sofrimento e proporcionar uma assistência de qualidade. A equipe multidisciplinar que presta essa assistência precisa ter consciência que o paciente não é só um corpo doente, e sim um ser humano que tem suas próprias experiências e convicções, com uma história de vida fora desse cenário (Fernandes et al., 2013).

Os profissionais de saúde têm que ser empáticos e ter a sensibilidade de atentar-se aos detalhes, pois cada paciente vivenciará essa realidade de forma particular. Deve-se utilizar métodos que ajudem nesse processo. Estudos apontam, que ouvir música, um ato tão singelo, pode fazer mudanças efetivas no humor causando bem-estar e relaxamento, além de induzir os pacientes a expressarem seus sentimentos, ou seja, através da musicoterapia é possível reduzir o sofrimento espiritual e psicológico. Por tanto, cabe aos profissionais estarem capacitados para conseguir prestar uma assistência de qualidade ao paciente terminal (Fernandes et al., 2013).

A equipe de enfermagem busca estimular os pacientes terminais a terem autonomia e realizarem suas tarefas de autocuidado, respeitando sempre suas deficiências, buscando dessa forma dignificar a vida. É essencial que essa assistência seja prestada por profissionais qualificados, que busquem suprir as necessidades dos pacientes com os meios disponíveis. É importante ressaltar que é necessário estimular o doente a conversar, portanto, o profissional deve mais ouvir do que falar, e estar sempre atento no que está sendo dito, para que o paciente sinta-se acolhido, construindo um ambiente onde estes

possam sentir segurança para exteriorizar seus sentimentos e, dessa forma, serem melhor entendidos (Santos et al., 2011).

Diante disto, é fundamental que o profissional de enfermagem esteja cada vez mais capacitando-se e aprimorando seus conhecimentos técnicos, científicos e sua percepção em relação as necessidades dos pacientes terminais, realizando o planejamento dessa assistência. O diagnóstico de uma doença incurável apesar de angustiante, possibilita que a morte seja planejada amenizando de certa forma o sofrimento do paciente (Santos et al., 2011).

Logo, a enfermagem deve orientar o paciente e seus familiares em todo o processo de adoecimento, desde o diagnóstico, até a cura, ou quando o mesmo se encontra fora de possibilidades terapêuticas, em seus últimos dias de vida. É importante dar apoio emocional ao enfermo e seus familiares, mostrar-se disponível para ouvi-los e esclarecer suas dúvidas, visto que o tratamento é complexo e invasivo (Maschio 2022).

Aceitação da terminalidade paciente seus familiares e a enfermagem

Segundo Oliveira (2016) o que define uma patologia como terminal é sua gravidade, progressão, ser incurável, e a inexistência de possibilidades terapêuticas que acarretara no encerramento da vida. A terminalidade significa morte presumível e irremissível, mas que não deve ser vista como se não houvesse mais nenhuma conduta a ser realizada.

O paciente oncológico terminal está em sofrimento constante, o que consequentemente o deixa propício a ser invadido por sentimentos negativos tais como a ira, tristeza, angustia, negação entre outros, além de apresentar sintomas de ansiedade, depressão e medo, tudo está atrelado ao momento de alto estresse vivenciado. Mesmo com todo o tormento, a equipe multidisciplinar busca propiciar ao doente a experiência de abrir-se para outros sentimentos que o proporcione bem-estar, como o amor, felicidade, o alívio e tranquilidade (Maschio 2022).

Nessa fase crítica, muitas vezes pacientes depressivos não aceitam o diagnóstico e se recusam a enfrentar e superar a doença, ficando num processo de negação da própria realidade, negligenciando a si mesma, preferindo a morte quando se deparam com sua autonomia prejudicada e dignidade comprometida conforme a progressão da doença, isso interfere diretamente na qualidade de vida, por essa razão é tão importante implementar os cuidados paliativos, pois é por meio deles que os profissionais acolhem e dão apoio necessário ao doente e familiares que também sofrem vivenciando esse momento tão delicado (Santos et al., 2011).

É crucial que os profissionais de saúde estabeleçam uma comunicação objetiva e clara, tendo o cuidado de usar uma linguagem de fácil entendimento, principalmente quando se trata de pacientes leigos. É dever da equipe que está assistindo o doente esclarecer tudo que está acontecendo não somente ao paciente, mas também a sua família da forma

mais gentil e respeitosa possível. Cuidar de um cliente fora de possibilidades terapêuticas não é uma tarefa fácil, ter consciência que o risco de morte é iminente é angustiante tanto para os enfermeiros, quanto para a família (Santos et al., 2011).

Os familiares de pacientes oncológicos terminais carregam o fardo de saber que a qualquer momento terão que lidar com a dor da perda do ente querido, muitas vezes martirizam-se por acreditar que não estão fazendo o suficiente para suprir as necessidades do enfermo, lidam também com o dilema de não saber se o melhor para o doente é a morte para cessar a dor e o sofrimento, ou se é viver, por se tratar de alguém o qual tem muita estima. Estas questões causa grande sofrimento emocional, por isso deve-se ofertar suporte psicológico aos familiares desde o diagnóstico do paciente até o momento do enfrentamento do luto (Maschio 2022).

Durante a trajetória profissional, os enfermeiros presenciam a óbitos de diferentes circunstâncias, pois quando se cuida de uma vida deve estar preparado com a possibilidade de lidar também com a morte. A morte é um assunto que deve ser discutido, por mais que cause desconforto, principalmente pela equipe de enfermagem que lidam com ela no seu cotidiano. Compete às responsabilidades do enfermeiro a árdua tarefa de tentar preparar aos poucos o paciente terminal para este momento, isso causa grande sofrimento psicológico no profissional. O fato de vivenciar a morte diariamente não significa que estes profissionais estarão acostumados a lidar com os sentimentos negativos relacionados a ela, muitas vezes é necessário serem acompanhados por um profissional especializado, para minimizar este sofrimento e controlar suas emoções para conseguir acolher aos doentes e familiares (Maschio 2022).

Estabelecer uma relação entre o profissional e o paciente em fase terminal cria um vínculo de efetividade e familiaridade, toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para prestar os cuidados com empatia e de forma humanizada, para que o cliente aceite e enfrente seus problemas psicossociais. É de fundamental importância deixar claro as atitudes e condutas que compete ao médico e a equipe de enfermagem tanto se tratando do paciente quanto de seus familiares (Maschio 2022).

Nesta perspectiva, torna-se essencial manter a comunicação com o cliente e todos envolvidos no seu cuidado, a comunicação deve ser utilizada como instrumento terapêutico nos cuidados paliativos, pois é por intermédio dela que é dado todo o suporte emocional necessário ao paciente e familiares, e quando não realizada de maneira eficaz prejudica significativamente a assistência dos cuidados paliativos (Souza et al., 2021).

Segundo Souza et al., (2021) os enfermeiros almejam que o familiar acompanhe o paciente oncológico terminal na hospitalização e cuidados, pois enxergam como uma chance oportuna de instruí-los para efetuarem os cuidados a domicílio, aproveitando também para realizar o acolhimento destes, esforçando-se para suprir suas carências, que em grande parte refere-se à necessidade de informação, sendo primordial para esta a comunicação.

Diante disto a equipe de enfermagem destaca a comunicação como fundamental ferramenta no cuidar ao paciente em fase terminal, sendo necessária para inserção dos cuidados paliativos. É importante ressaltar que, paliar a dor, o desconforto e o sofrimento é propiciar ao doente o direito de ter uma morte digna, para isso torna-se essencial ouvir e respeitar o estado e as convicções do doente que vivenciam essa fase da vida repleta de limitações, angustias e receios. Esta forma de assistência busca manter uma interação também com a família do cliente e, empenham-se para proporcionar um cuidado eficaz ao paciente (Souza et al., 2021).

De acordo com Maschio (2022) é crucial analisar os interesses do doente por meio da comunicação terapêutica, estando disposto a escutar o que o paciente tem a dizer a respeito de seus valores em relação a morte e seu ponto de vista sobre como os sintomas da doença o afetam. É necessário que toda a equipe multidisciplinar tenha essa interação e não somente um profissional, para conseguir compreender como o cliente está reagindo a este momento.

Oliveira (2016) destaca, que é possível que o paciente em fase terminal em pleno domínio de suas faculdades mentais deixe registrado em testamento vital o que deseja que seja feito em termos de cuidados médicos, caso não seja capaz de tomar decisões por perda da capacidade cognitiva ou de comunicação, para evitar tratamentos desnecessários e obstinação terapêutica. O testamento vital também pode delegar pessoas de confiança do doente a autoridade de impedir ou descontinuar tratamentos inúteis ou visto como obstinação terapêutica indevida e decidir manter os cuidados paliativos. Portanto, o Conselho Federal de Medicina declara que a decisão do cliente explicita previamente em Testamento Vital deve ser respeitada pela equipe multidisciplinar de saúde e pelos familiares.

Ao se deparar com doenças oncológicas fora de possibilidades terapêuticas, os profissionais de saúde buscam tornar essa experiência menos dolorosa possível não apenas para o paciente mais também para os familiares, por intermédio da terapia medicamentosa, solidariedade, empatia, palavras de conforto e assistência nos momentos de vulnerabilidade. Diante disto, foi evidenciado que é necessário o aprimoramento e capacitação dos profissionais de enfermagem para prestar cuidados paliativos de qualidade (Souza et al., 2021).

MATERIAL E MÉTODOS

Para elaboração do presente trabalho, foi realizado um estudo de revisão da literatura de forma descritiva, através de buscas em livros e artigos científicos, achados por meio de pesquisas em bibliotecas virtuais, sites do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Utilizou-se dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Federal de Medicina (CFM), BlackBook Enfermagem e, também buscou por referências em artigos científicos na base de dados Google Acadêmico.

Para a pesquisa, foi realizado a leitura exploratória de livros, sites do Ministério da Saúde, OMS, e artigos científicos, selecionando materiais que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Como forma de inclusão foram aceitas as publicações no período de 2010 a 2023 em língua portuguesa e que contemplavam os descritores selecionados, foram excluídas as publicadas fora do período mencionado, em outras línguas e, que não possuíam os descritores designados.

Utilizando os descritores: Cuidados Paliativos, Neoplasias, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem de Cuidados paliativos na Terminalidade da Vida, Doente Terminal. Encontrados no site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) escolhidas por especialistas da área e agrupadas de forma hierárquica de acordo com a terminologia de modo a facilitar a localização de dados em bases específicas.

Totalizando 6 sites, 1 livro, e 6 artigos científicos selecionados, relacionados diretamente ao tema que auxiliaram para construção do trabalho e concretização do objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ser uma patologia crônica e agressiva o câncer terminal causa grande perturbação e sofrimento ao portador e sua família.

Essa doença decorre de mutações celulares transformando-se em tumor malignos ou benignos, podendo estar associado a vários fatores. Entre os vários tipos de câncer, o mais incidente é o de pele não melanoma que tem o menor índice de mortalidade (Santos et al., 2011).

As neoplasias malignas são invasivas e de proliferação rápida, essas particularidades possibilitam que aconteça o processo de metástase que conseqüentemente diminui as chances de cura da doença, já os tumores benignos tem o crescimento de forma controlada e raramente causa problemas (Fernandes et al., 2013).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a segunda causa de óbitos no Brasil é o câncer. Em homens o câncer de pulmão, intestino e próstata são os de maior incidência de morte, em mulheres são o câncer de mama, intestino e colo de útero.

Diante disto, Santos, Lattaro e Almeida (2011), relatam que o câncer quando diagnosticado de forma tardia reduz as chances de cura, induzindo o paciente ao estado de terminalidade.

Neste contexto, torna-se essencial prestar cuidados diferenciados aos clientes oncológicos terminais. Os cuidados paliativos são fundamentais ferramentas de cuidados a

estes pacientes, pois, priorizam a diminuição da dor, do sofrimento emocional e espiritual, como também o acolhimento aos familiares. Dando autonomia e dignidade ao doente, com respeito e compreensão, o amparando nos momentos difíceis, com a finalidade de ofertar uma assistência em saúde humanizada (Souza et al., 2021).

Portanto, Santos et al., (2011) destaca que o profissional de enfermagem precisa estar continuamente aprimorando suas habilidades e conhecimentos técnicos-científicos, visto que é o enfermeiro que está em contato direto com o doente, sendo capaz de ofertar proteção e conforto quando não há mais possibilidades terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma patologia que pode levar ao estado terminal e até mesmo a morte. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos destacam-se por ser uma estratégia efetiva de cuidado a pacientes fora de possibilidades terapêuticas e são fundamentais para manutenção da qualidade de vida destes clientes.

Diminuir o sofrimento físico, espiritual, social e emocional é fundamental para esta modalidade de cuidado, pois os doentes e familiares vivenciam uma experiência árdua e desgastante, que causa grande tormento e, conseqüentemente, os levam a buscar por ajuda para amenizar a dor dessa realidade.

O profissional enfermeiro está em contato direto com estes pacientes e familiares, tornando-se sua responsabilidade atender às necessidades destes, ouvindo a cada um de forma particular, para conseguir da melhor forma acolhê-los, tendo sempre um olhar holístico, humano e empático durante todo o processo da doença, principalmente em momentos de fragilidade de enfrentamento da enfermidade e também, inevitavelmente, na fase de terminalidade.

Diante disto, é crucial estimular estudos sobre o assunto cuidados paliativos para pacientes oncológicos terminais, com objetivo de adquirir contribuições que possibilitem a inserção dessa prática nos sistemas de saúde, em essencial como parte constituinte da assistência de enfermagem, buscando conscientizar gestores de políticas de saúde pública a respeito da relevância deste serviço.

AGRADECIMENTOS

Afirmo com convicção que chegar até aqui foi uma tarefa árdua, passar por cima das dificuldades e superá-las, torna-se a rotina de quem almeja realizar seus sonhos, nada vem de bandeja, tem que estar disposto a abrir mão, privar-se, para priorizar seus objetivos. Compreendo que assim se constrói o caráter do ser humano, damos valor ao que nos sacrificamos para conquistar.

Agradeço a Deus a cima de tudo, por me dar forças e não me deixar pensar em desistir. Gratidão a minha mãe Leonice de Moraes Batista, minha avó Creuza Barbosa de

Moraes, que tomaram meus sonhos como seus e não mediram esforços para realizá-los, ao meu pai Vivaldo Rodrigues de Souza que mesmo não estando entre nós me deixou amparada, ao meu companheiro Edinei Silva Lima que sempre me apoiou e incentivou, a meus sogros, irmãos e amigos que foram fundamentais nessa trajetória, também sou grata a minha orientadora Patrícia Honório Silva Santos, e a minha colega, dupla de turma e da vida Renata Verena Eça Santos Farias que transformou até os dias tristes em alegres.

“Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro”.

Jeremias 29:11

REFERÊNCIAS

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Câncer**. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em 5 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025**: Mama, em mulheres, e próstata, em homens, continuam sendo os tipos da doença com maior incidência no País. [S.l.]: Ministério da Saúde, 23 nov. 2022. Atualizado em 24 nov.2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em 7 de abr. 2023.

FERNANDES, Maria Andréa et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2589-2596, 2013.

SANTOS, Demétria Beatriz Alvarenga; LATTARO, Renusa Campos Costa; DE ALMEIDA, Denize Alves. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

ALVES, Railda Fernandes et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: revista de psicologia**, v. 27, p. 165-176, 2015.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016.

DE ALBUQUERQUE MASCHIO, Jefferson Reis. Atuação da enfermagem frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos Nursing care for cancer patients in palliative care. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 4704-4727, 2022.

OLIVEIRA, Reynaldo. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

GUSMÃO, Aucélio. **Testamento Vital**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 21 de fev.2013. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/testamento-vital/>. Acesso em 17 nov. 2023

DE SOUSA, Dionathan Almeida et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico em cuidado paliativo. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e26716-e26716, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **DeCS/MeSH**. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde, 2023. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/decs-atual/>. Acesso em 4 abr. 2023.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO: HUMANIZAÇÃO NA MORTE

Data de aceite: 01/02/2024

**Joyce Alexandra Afunuto Siqueira
Ribeiro**

Especialista em Urgência e Emergência,
UTI e Ortopedia e Traumatologia
Faculdade de São Lourenço - MG

RESUMO: O termo “cuidado paliativo” refere-se à atuação de uma equipe multidisciplinar junto a pacientes em fase terminal, ou seja, aqueles com doenças incuráveis. Busca-se auxiliar na adaptação às mudanças impostas pela enfermidade e pela dor, reafirmando a importância da vida ao considerar o processo de morrer como natural. Este estudo teve como objetivo compreender a relevância dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com consulta a materiais secundários nas bases de dados Scielo, BVS, LILACS e MEDLINE, englobando publicações em português dos últimos 20 anos. Pacientes fora de possibilidades de cura demandam cuidados até a finitude, visando qualidade de vida e dignidade. A atuação do enfermeiro é crucial nesse processo, agindo como interface entre familiares e a equipe de saúde, proporcionando qualidade de vida, respeito à condição humana, controle de

sintomas, além de focar apoio, conforto, humanização, comunicação e cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Paliativo. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

THE ROLE OF THE NURSE IN PALLIATIVE CARE: HUMANIZATION IN DEATH

ABSTRACT: The term “palliative care” refers to the work of a multidisciplinary team with terminally ill patients, that is, those with incurable diseases. The aim is to help adapt to the changes imposed by illness and pain, reaffirming the importance of life by considering the process of dying as natural. This study aimed to understand the relevance of palliative care in Primary Health Care. It is bibliographical research, consulting secondary materials in the Scielo, VHL, LILACS and MEDLINE databases, encompassing publications in Portuguese from the last 20 years. Patients without the possibility of a cure demand care until the end, aiming for quality of life and dignity. The nurse’s role is crucial in this process, acting as an interface between family members and the healthcare team, providing quality of life, respect for the human condition,

symptom control, in addition to focusing on support, comfort, humanization, communication and care.

KEYWORDS: Palliative Care. Palliative. Primary Health Care. Nursing.

INTRODUÇÃO

A atuação da enfermagem abarca prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, exigindo autonomia e adesão a princípios legais e éticos. Assim, quando a restauração da saúde é inviável, o enfermeiro se depara com uma experiência inesperada, visto que o foco inicial reside na preservação da vida. O desafio persiste, pois, a morte permanece como certeza, contradizendo o ideal de cura para o qual os profissionais de saúde são capacitados.

Neste sentido, este trabalho parte da premissa de que, diante da finitude do paciente, a enfermagem desempenha papel crucial na busca pela preservação da dignidade, qualidade de vida e humanização. As competências requeridas dos profissionais envolvem o saber agir de maneira responsável, reconhecido pelos outros sujeitos, evidenciando a importância de integrar, mobilizar e transferir conhecimentos em um contexto educacional específico.

Deste modo, surge o problema de pesquisa: Quais são os desafios enfrentados pelo enfermeiro em cuidados paliativos? A motivação para abordar essa questão decorre da convicção de que o paciente, ao confrontar sua finitude, necessita de cuidados que resgatem sua dignidade e proporcionem qualidade de vida.

O objetivo geral desta pesquisa é investigar a importância do trabalho de enfermagem nos cuidados paliativos, com objetivos específicos que abordam a discussão sobre os cuidados paliativos durante a doença, a compreensão da experiência do luto e a identificação dos potenciais benefícios proporcionados pela enfermagem em cuidados paliativos ao paciente no fim da vida.

A metodologia adotada consistiu em revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, BVS, LILACS e MEDLINE, com foco em artigos e livros publicados em português nos últimos 20 anos. Este estudo contribui para futuras pesquisas ao oferecer material e esclarecer profissionais de Enfermagem sobre as competências e habilidades necessárias em cuidados paliativos, promovendo reflexões sobre a importância de discutir a atuação do enfermeiro nesse campo, enriquecendo o debate e divulgando seu impacto positivo na sociedade.

CUIDADOS PALIATIVOS: ORIGENS E DESAFIOS NO BRASIL

Os cuidados paliativos, também conhecidos como paliativismo, são práticas assistenciais direcionadas a pacientes no ocaso da vida, notadamente àqueles incuráveis. O termo “paliativo”, derivado do latim “pallium”, denota algo capaz de proporcionar alívio

momentâneo, embora não seja curativo, como evidenciado nos cuidados paliativos, destinados a aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do enfermo (Carvalho; Parsons, 2012).

Hermes e Lamarca (2013) adicionam que o termo “paliativo” implica “proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe”, sugerindo uma medida que visa disfarçar ou aliviar sintomas. Cuidados paliativos, portanto, compreendem o cuidado ativo e integral a pacientes para os quais tratamentos curativos não são mais eficazes, buscando proporcionar qualidade de vida ao paciente e seus familiares.

A filosofia paliativa remonta à antiguidade e se entrelaça com as primeiras concepções sobre o cuidado. Durante a Idade Média, destacavam-se as hospedarias em mosteiros, denominadas “hospices”, que acolhiam não apenas os moribundos, mas também os pobres, famintos, órfãos, leprosos e mulheres em trabalho de parto (Carvalho; Parsons, 2012). O termo “hospice”, historicamente designando a prática dos cuidados paliativos, tem origem nas hospedarias medievais que abrigavam peregrinos doentes.

Instituições religiosas assumiram a responsabilidade pelo cuidado aos enfermos pobres nos séculos XVIII e XIX, caracterizando os primeiros hospices modernos, cujo propósito ia além da busca pela cura, enfatizando a proteção, acolhimento e alívio da dor (Carvalho; Parsons, 2012). No final do século XIX, o relatório anual de 1899 ressaltava que o hospice era uma casa para as pessoas pobres que estão no fim da vida (Floriani; Schramm, 2010).

No processo de secularização na Inglaterra, hospices modernos emergiram a partir de 1840, representando uma contraposição à tendência da época de organizar e legitimar os cuidados às pessoas pobres com doenças terminais. Em comparação com instituições tradicionais, proporcionavam assistência espiritual e cuidados diferenciados (Carvalho; Parsons, 2012).

Essas instituições, enfrentando dificuldades sociais, materiais e financeiras no século XIX, serviram como embrião do movimento hospice que emergiria cerca de um século depois. Em Londres, no ano de 1900, as Irmãs da Caridade fundaram o St Joseph’s Hospice, caracterizado pela peculiaridade de receber exclusivamente pessoas em fase terminal. Esse período de desenvolvimento culminou com o surgimento do movimento hospice em meados da década de 1970, liderado por Cicely Saunders (1918-2005), que fundou o St. Christopher’s Hospice em 1967, tornando-se um marco nos cuidados e na medicina paliativa (Carvalho; Parsons, 2012).

Os cuidados paliativos no Brasil tiveram origem no decênio de 1980, período coincidente com o final da ditadura militar e a predominância do sistema de saúde voltado para a medicina hospitalocêntrica. A Dra. Mirian Marteleite estabeleceu o primeiro Serviço de Cuidados Paliativos no Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1983. Esse marco foi seguido pela implementação de serviços semelhantes em São Paulo, Santa Catarina e Paraná. O Instituto

Nacional do Câncer – INCA, inaugurou, em 1998, o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos (Hermes; Lamarca, 2013, p. 2581).

Em São Paulo, o Dr. Antônio Carlos de Camargo iniciou os Serviços de Dor e Cuidados Paliativos em 1986, após adquirir conhecimento sobre o tema na Inglaterra. Nesse mesmo período, unidades de Cuidados Paliativos surgiram no Rio de Janeiro e em Florianópolis, consolidando a presença dessa abordagem no país (Palmeira et al., 2011).

Gomes e Othero (2016) observam que, a partir da década de 1990, o campo dos cuidados paliativos no Brasil experimentou uma expansão significativa. A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) foi fundada em 1997, com o objetivo de promover cuidados paliativos em doenças crônicas-evolutivas. A ABCP busca alcançar esse propósito por meio da formação de profissionais de saúde, promoção de assistência e desenvolvimento de pesquisas científicas.

Atty e Tomazelli (2018) destacam a Lei nº 10.241, instituída em março de 1999 no Estado de São Paulo, que aborda os direitos dos usuários dos serviços de saúde. Essa legislação, de abrangência estadual, representa um avanço ao garantir aos pacientes, inclusive fora dos contextos terapêuticos, um cuidado atencioso, digno e respeitoso.

No ano de 2009, conforme Gomes e Othero (2016), o Conselho Federal de Medicina incluiu os Cuidados Paliativos como princípio fundamental em seu novo Código de Ética Médica. A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) desempenhou um papel crucial no fortalecimento e consolidação dos cuidados paliativos no Brasil, viabilizando as diretrizes da OMS. Essa abordagem enfatiza o controle impecável dos sintomas por meio de práticas paliativas.

Atty e Tomazelli (2018) ressaltam que, apesar das conquistas nas últimas décadas, ainda persistem obstáculos significativos no reconhecimento dos cuidados paliativos como prática fundamental no Brasil. Dificuldades como a ausência de uma política nacional específica, acesso limitado a medicamentos, falta de disciplinas especializadas na formação de profissionais de saúde, escassez de recursos para pesquisas e ausência de programas e serviços especializados, representam desafios a serem superados.

O Brasil enfrenta um aumento significativo no índice de câncer, o envelhecimento da população e a emergência de condições como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tornando os cuidados paliativos uma necessidade premente de impacto social considerável. No entanto, Floriani e Schramm (2010) destacam que a estrutura eficaz e adequada de cuidados paliativos ainda não está completamente estabelecida no país, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

Os desafios à implementação dos cuidados paliativos no Brasil são significativos, conforme Floriani e Schramm (2010), e incluem a necessidade de aumentar a oferta de centros especializados, investir na qualificação de recursos humanos, inserir os cuidados paliativos na grade curricular, estruturar a rede hospitalar, fornecer suporte aos cuidadores e implementar uma política nacional de cuidados paliativos efetiva. Em síntese, o cenário

brasileiro indica a urgência do conhecimento aprofundado sobre os princípios essenciais dos cuidados paliativos e a necessidade de esforços na elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas aos indivíduos em fase terminal. A implementação eficiente, eficaz e de qualidade dos serviços de cuidados paliativos enfrenta desafios expressivos no sistema de saúde do país.

PAPEL DOS CUIDADOS PALIATIVOS DIANTE DA DOENÇA

Ao discutir os cuidados destinados a pacientes terminais, Caldas, Moreira e Vilar (2018) destacam que a concepção predominante, até meados do século XX, associava a doença terminal a uma imagem de sofrimento extremo, com o paciente intubado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essa percepção foi moldada no inconsciente coletivo, sendo a enfermidade terminal, principalmente nas sociedades ocidentais, associada a um indivíduo recluso em casa, cercado por familiares ou, em alguns casos, em instituições religiosas especializadas nesse tipo de cuidado.

Prata (2017, p. 107) corrobora essa visão ao afirmar que: no final do decênio de 1960, nos hospícios ingleses, “surgiram as primeiras unidades de cuidados paliativos e clínicas da dor [...] para atender às necessidades complexas dos doentes em fase terminal”. A abordagem dos cuidados paliativos, concentra-se na qualidade de vida do paciente, independente da extensão temporal. Proporciona assistência compassiva e humana às pessoas nas últimas fases de uma doença incurável, visando a garantir que vivam de maneira confortável. Essa filosofia aceita a morte como parte integrante da vida, sem antecipá-la ou adiá-la.

No ambiente de um hospice, os cuidados paliativos, de acordo com Pimenta, Mota e Cruz (2006), visam tratar a pessoa, não apenas a doença, controlando os sintomas para que a fase final da vida seja digna, com qualidade, sem dor e cercada por entes queridos. A abordagem inclui a família no processo de tomada de decisões e se concentra no alívio dos sintomas associados à doença, sem a expectativa de cura.

A decisão de iniciar os cuidados paliativos é tomada em conjunto pelo paciente, seu médico e familiares, visando melhorar a qualidade de vida. Pimenta, Mota e Cruz (2006, p. 29) ressaltam em sua pesquisa que “cuidar de pessoas com perda de vitalidade, restrição à movimentação, dor, fadiga e depressão, entre outros sinais e sintomas, é imperativo”.

Os cuidados paliativos, conforme Vicensi et al., (2016), devem ser incorporados principalmente nas doenças crônico-degenerativas (Aids, Câncer, Alzheimer, Esclerose Múltipla, cardíacas, renais etc.), indo além do período de morrer e da morte. Esse serviço busca melhorar a qualidade de vida de indivíduos com graves doenças. Destaca-se que não há pacientes paliativos, assim como não existem pacientes submetidos à quimioterapia ou diálise. Todos os pacientes com doenças graves, enfrentando ou não o final de suas vidas, podem se beneficiar dessa abordagem de cuidados.

O cuidado paliativo não se limita a um diagnóstico médico ou a uma fase específica da doença, mas representa uma abordagem abrangente que inclui diversas medidas, avaliação precisa de várias dimensões e a implementação de ações complexas, considerando as condições igualmente complexas. Além disso, conforme destaca Vicensi et al., (2016) em seu estudo, os cuidados paliativos não implicam a retirada de tratamentos ou a negação do melhor que a medicina e áreas afins podem oferecer aos pacientes. Ao contrário, eles auxiliam na ponderação de tratamentos hierarquizados e oportunos, considerando os benefícios e malefícios em cada estágio da doença.

Sousa e Alves (2015) explicam que cuidar em cuidados paliativos significa estar ao lado de pessoas com dor, perda de vitalidade, depressão, perda de autonomia, entre outros sintomas, buscando compreender e respeitar seus valores culturais e espirituais. Em enfermagem, oferecer cuidados paliativos é proporcionar um cuidado holístico, fundamentado na humanização, oferecendo um sistema de ajuda e apoio aos pacientes para viverem de maneira ativa e preenchendo as lacunas relacionadas às demandas da recuperação da dignidade no processo de saúde-doença.

Santos Junior, Santos e Pessalacia (2016, p. 2709) definem os cuidados paliativos como: “Uma abordagem de cuidados voltada para a melhoria da qualidade de vida de pacientes e suas famílias”. Dessa forma, as políticas voltadas para os cuidados paliativos enfatizam o respeito à dignidade do paciente, proporcionando a oportunidade de escolher o ambiente para o fim da vida. Nota-se que a maioria das pessoas prefere passar à fase final da vida em casa, tornando fundamental a disponibilidade de cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) para atender a essa preferência.

A EXPERIÊNCIA DO LUTO

No contexto da saúde contemporânea, as reflexões sobre a finitude humana têm ganhado destaque na sociedade, especialmente no que diz respeito às novas tecnologias e às possibilidades de prolongamento da vida diante de doenças graves, como discutido por Basso e Wainer (2011). Contudo, em certas situações, a cura se torna uma impossibilidade, e a morte se apresenta como inevitável. Perdas, morte e luto são elementos intrínsecos à condição humana. O luto é um processo natural de elaboração diante do rompimento de um vínculo significativo, envolvendo dimensões psíquicas, físicas, comportamentais, socioculturais e emocionais do indivíduo.

Gomes e Gonçalves (2015) afirmam que lidar com a perda de um ente querido não é uma tarefa simples, mas o processo de luto é essencial para mitigar o sofrimento decorrente da ausência do outro. O luto representa uma forma normal de elaboração diante da ruptura do vínculo afetivo, sendo um processo fundamental para que as pessoas possam reconstruir-se diante desse rompimento.

Trata-se de um desafio psíquico, emocional e cognitivo que todo ser humano enfrenta, implicando em alterações e ressignificações na relação com o que foi perdido. Conforme destacado por Gomes e Gonçalves (2015, p. 119): “O luto é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde mental, que se desenrola em função de uma perda, real ou abstrata. Esse processo não envolve apenas componentes emocionais, mas também fisiológicos e sociais. Embora geralmente associado à morte, o luto pode manifestar-se em casos de rompimento de relações, perda de objetos relacionais, emprego, entre outros. Assim, o luto é um processo que implica na adaptação a uma nova realidade sem o objeto, pessoa ou coisa perdida.

A morte, ao longo da história, é um evento fundamental na experiência humana, sendo interpretada de maneira única em cada cultura, carregada de significados e símbolos que orientam as ações e interpretações das pessoas. A vivência da morte ocorre de maneira repetitiva, seja na família, na comunidade ou de forma geral. No entanto, Basso e Wainer (2011) argumentam que a morte é vivida no próprio corpo, antecipadamente enlutado, limitado, mutilado, machucado, impedido de realizar atividades e desejos.

Maesso (2017) ressalta que, ao longo da vida, a elaboração do luto é inevitável e constante. A morte do outro é vista como uma “morte em vida”, representando a perda de uma parte do eu. Esse tipo de perda e sua ressignificação são denominados de “morte consciente” e “morte vivida”, marcando o rompimento de um vínculo de forma irreversível.

A morte, conforme Maesso (2017), desencadeia diversos sentimentos, sendo a perda, tanto simbólica quanto concreta, a única que pode ser realmente experienciada. A negação dos sentimentos, a visão da perda como uma fatalidade e a busca por eliminar a dor, indicando um possível crescimento diante desse acontecimento, são formas de evitar o sofrimento. A expressão dos sentimentos é fundamental para o desenvolvimento do luto nessa situação.

O luto pode ser considerado a perda de uma junção significativa entre o sujeito e seu objeto, sendo um episódio natural ao longo do desenvolvimento humano. Esse processo interfere em todas as áreas da vida, exigindo um conhecimento adequado para oferecer suporte aos indivíduos que enfrentam a perda. Maesso (2017, p. 343) esclarece que: “O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como a pátria, liberdade, um ideal etc.

Santos, Yamamoto e Custódio (2018) destacam que receber o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal é uma experiência devastadora, acarretando um processo comportamental, cognitivo e emocional sobre o indivíduo e seus entes queridos. O luto vivenciado nesse contexto difere daquele causado por uma perda repentina, pois ocorre de maneira lenta e gradual, dependendo do fator tempo. Além disso, o sujeito que é a causa do luto ainda está vivo, apesar de a doença muitas vezes prolongar-se por anos, levando o indivíduo a estar funcionalmente morto antes do óbito físico.

Fernandes et al., (2016) afirmam que, ao conscientizar-se da própria finitude, o doente experimenta um luto antecipado na convivência com a patologia, no medo de não conseguir seguir em frente, de dar trabalho e da própria morte. No cuidado ao paciente paliativo, é necessário oferecer recursos que transcendam a visão tecnicista, limitada e pessimista. O profissional de enfermagem deve adotar uma abordagem que compreenda a complexidade do processo saúde-doença, considerando os medos relacionados à perda, ao paciente paliativo, ao morrer e à morte, impactando todos os envolvidos.

Portanto, para Castro-Arantes (2016), o trabalho de enfermagem em cuidados paliativos é crucial, visto que se trata de interromper o processo de construção subjetiva na história do sujeito. Ao tentar evitar a possibilidade da morte, surge o horror da doença levado às últimas consequências. O entendimento do luto, que reconhece a revisão fundamental de mundo, sistemas de crença e narrativas de vida presumidos, é essencial tanto para o profissional de enfermagem quanto para o enlutado. Ambos precisam compreender o luto não como um obstáculo, mas como uma oportunidade de reconstruir o mundo e restaurar a coerência na narrativa do desenvolvimento da vida.

O ENFERMEIRO DIANTE DO ATENDIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A equipe de enfermagem enfrenta desafios significativos no atendimento a pacientes em cuidados paliativos, como destacado por Acioli et al., (2014). Apesar da dedicação dos enfermeiros, muitos deles se deparam com obstáculos psicológicos e técnicos ao lidar com pacientes no final da vida, indicando uma possível falta de preparo específico para esse tipo de cuidado.

Azevedo et al., (2016) apontam que, além das questões práticas, o enfermeiro enfrenta a escassez de medicamentos e materiais básicos para curativos, prejudicando o conforto do paciente. A burocracia interfere na disponibilidade desses insumos, levando a constantes improvisações e, por vezes, à chegada tardia dos materiais após o falecimento do paciente.

Cominato e Martins (2012) ressaltam que os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) têm impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, reduzindo também os custos com saúde. Essa prática, preconizada pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), assume especial importância em locais sem centros especializados nesse tipo de cuidado. A capacitação adequada dos profissionais de saúde, principalmente da equipe Saúde da Família, torna-se crucial para proporcionar cuidados paliativos nos contextos mais diversos.

Na APS, a estruturação dos cuidados paliativos demanda esforços consideráveis por parte dos profissionais de saúde. Souza et al., (2015, p. 350) destacam que “nesse contexto, evidencia-se a importância dos cuidados paliativos, bem como da reorganização dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar sua oferta”. O cuidado integral e

humanizado nos cuidados paliativos, embora oneroso tanto para a APS quanto para os próprios cuidados paliativos, é crucial.

Atty e Tomazelly (2018) enfatizam que os cuidados paliativos não seguem protocolos rígidos, mas sim princípios, não estando relacionados à possibilidade de cura, mas à terapia transformadora. A enfermagem desempenha papel crucial nesse contexto, possibilitando uma interação mais próxima com o paciente e sua família.

Ferreira, Périco e Dias (2017) contextualizam a prática de enfermagem nas dimensões sociopolíticas, de cuidado, ensino, pesquisa e gerência. Diante dos desafios dos cuidados paliativos, que anualmente atendem mais de 20 milhões de pessoas, sobretudo adultos acima de sessenta anos, é fundamental que os profissionais de enfermagem atuem nos diversos pontos de atenção, incluindo o domicílio e a APS.

A APS, oferece a entrada no sistema de saúde, atenção contínua à pessoa ao longo do tempo, cuidado para todas as condições, exceto as incomuns, e coordenação ou integração da atenção fornecida em outros lugares por terceiros. O conhecimento profundo dos pacientes e suas condições permite ao enfermeiro gerenciar o cuidado, incluindo reabilitação, acompanhamento de doenças, atenção à finitude da vida e, em alguns casos, o óbito. O cuidado visa auxiliar o paciente a ter autonomia para tomar decisões, contribuindo para a melhora na qualidade de vida (Brasil, 2013).

Sousa e Alves (2015) destacam que, em várias culturas, a consciência da finitude desperta sentimentos de angústia. A morte, embora muitas vezes evitada como um tema banal, é um evento inevitável na vida. Profissionais de cuidados paliativos devem abordar naturalmente e progressivamente a morte, esclarecendo as fases, tornando-a menos traumática.

Vasconcelos, Santana e Silva (2012, p. 129) afirmam que o cuidado de enfermagem nesse contexto deve “respeitar a unicidade e a complexidade de cada ser” e utilizar diversos meios de comunicação para uma percepção e compreensão integrais. Nessa perspectiva, é essencial que o profissional de enfermagem compreenda a morte como um processo contínuo e não como um fim. O cuidado no momento final inclui ouvir, entender e respeitar o paciente, reconhecendo-o como um ser social. Pacientes terminais e suas famílias necessitam de compreensão e apoio para superar as mudanças decorrentes de enfermidades graves e a iminência da morte.

Markus et al., (2017) destacam o papel do profissional de enfermagem no APS em favorecer a compreensão das preferências dos pacientes e seus valores na tomada de decisão. No entanto, o despreparo dos profissionais diante do processo de morte e o sofrimento vivenciado pelos enfermeiros impactam a qualidade da assistência ao usuário e sua família.

O cuidado em saúde vai além de procedimentos técnicos, exigindo o reconhecimento dos pacientes e seus familiares como seres humanos únicos, passando por uma fase delicada de suas vidas. Para Andrade, Costa e Lopes (2013), o trabalho do enfermeiro

em cuidados paliativos visa ajudar as pessoas sob cuidados paliativos e seus familiares a vivenciarem ativamente a finitude da vida. O enfermeiro desempenha um papel vital, permanecendo próximo ao paciente na maior parte do tempo, proporcionando uma parcela significativa dos cuidados e atuando como intermediador entre paciente, família e equipe multidisciplinar.

Sousa e Alves (2015) destacam que características como sensibilidade para a escuta ativa são fundamentais no desenvolvimento dos cuidados paliativos. No entanto, cuidar daqueles que estão no final de suas vidas representa um grande desafio para os profissionais de enfermagem, exigindo um foco na qualidade de vida em vez do tempo vivido e uma consideração do morrer como um processo natural no curso da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos, compreendidos como um conjunto de práticas assistenciais direcionadas a pacientes em fase terminal de doenças incuráveis, desempenham um papel fundamental na promoção da dignidade e alívio do sofrimento. Neste contexto, a equipe multidisciplinar, composta por farmacêuticos, médicos, psicólogos e profissionais de enfermagem, emerge como protagonista, buscando otimizar as habilidades remanescentes, reduzir a dor e fomentar a autonomia e dignidade do paciente diante da finitude da vida.

Destacando-se como um componente vital da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, o profissional de enfermagem assume uma posição central na oferta de conforto e cuidado. O notável crescimento dos cuidados paliativos nos últimos anos ressalta a importância significativa desse profissional na linha de frente, atendendo a uma quantidade expressiva de pessoas e contribuindo de maneira marcante para a humanização do cuidado.

Diante da complexidade dos quadros clínicos de pacientes com doenças incuráveis, a prestação de cuidados paliativos exige um enfoque humanizado, enfatizando a necessidade de considerar o estado psicológico do paciente. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado de enfermagem em cuidados paliativos deve priorizar o bem-estar, dignidade e a minimização da dor.

A prática assistencial de enfermagem em cuidados paliativos busca restaurar a dignidade humana do paciente terminal, ancorando-se em um plano terapêutico embasado nos princípios da bioética. O enfermeiro, na qualidade de profissional que prescreve o cuidado, desempenha um papel crucial nesse cenário, exigindo uma assistência alinhada aos princípios éticos dos cuidados paliativos.

Concluimos que pacientes que não apresentam perspectivas de cura demandam cuidados até o final da vida, visando promover qualidade de vida e dignidade. A atuação do enfermeiro se mostra essencial, com destaque para a presença contínua da equipe ao lado do paciente paliativo. A interface entre familiares e a equipe de saúde, mediada pelos profissionais de enfermagem, assegura qualidade de vida, respeito à condição

humana, controle de sintomas e dor, bem como suporte emocional, conforto, humanização, comunicação e cuidado.

Este estudo, embora não aspire a esgotar o tema, reconhece a riqueza e complexidade da realidade dos cuidados paliativos. Buscou-se contribuir para a discussão sobre a atuação da enfermagem nesse contexto, destacando a importância desse profissional no cuidado à saúde da população em fase terminal. Contudo, a falta de políticas públicas e as dificuldades nos serviços de saúde apontam para a necessidade de estudos mais abrangentes sobre a atuação do profissional de enfermagem nos cuidados paliativos, a fim de aprimorar a qualidade e abrangência dessa assistência.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Cristiane G.; COSTA, Solange F.G.; LOPES, Maria E.L. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal.** v. 18, n. 9, 2013, p. 2523-2530.
- ATTY, Adriana T.M.; TOMAZELLI, Jeane G. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **In. Revista Saúde e Debate.** v. 42, n. 116, 2018, p. 225-236.
- AZEVEDO, Cissa et al. Perspectiva para os cuidados paliativos na atenção primária a saúde: estudo descritivo. **In. Revista Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa.** v. 15, n. 4, 2016, p. 683-693.
- BASSO, Lissia A.; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **In. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** v. 7, n. 1, 2011, p. 35-43.
- BRASIL. **Melhor em casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CALDAS, Gustavo H.O.; MOREIRA, Simone N.T.; VILAR, Maria J. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em medicina. **In. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia.** v. 21, n. 3, 2018, p. 269-280.
- CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.
- CASTRO-ARANTES, Juliana. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. **In. Revista Ágora.** v. 19, n. 3, 2016, p. 637-648.
- COMBINATO, Denise S.; MARTINS, Sueli T.F. (Em defesa dos) Cuidados paliativos na Atenção Primárias a Saúde. **In. Revista o Mundo da Saúde.** v. 36, n. 3, 2012, p. 433-441.
- FERNANDES, Maria A et al. Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. **In. Esc Anna Nery.** v. 20, n. 4, 2016, p. 1-9.
- FERREIRA, Sandra R.S.; PÉRICO, Lisiane A.D.; DIAS, Vilma R.F.G. **Atuação do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

- FLORIANI, Ciro A.; SCHRAMM, Fermin R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **In. Revista, História, Ciência, Saúde – Manguinhos.** v. 17, n. 1, 2010, p. 165-180.
- GOMES, Lauren B.; GONÇALVES, Jadete R. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. **In. Revista de Ciências Humanas.** v. 49, n. 2, 2015, p. 118-139.
- HERMES, Héliida R.; LAMARCA, Isabel C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **In. Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v. 18, n. 9, 2013, p. 2577-2588
- MAESSO, Márcia C. O tempo do luto e o discurso do outro. **In. Revista Ágora.** v. 20, n. 2, 2017, p. 337-355.
- MARKUS, Lucimara A et al. A atuação do enfermeiro na Assistência ao paciente em cuidados paliativos. **In. Revista Gestão e Saúde.** v. 17, n. 1, 2017, p. 71-81.
- PALMEIRA, Heloísa M.; SCORSOLINI-COMIN, Fábio; PERES, Rodrigo S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **In. Revista Aletheia.** v. 1, n. 35-36, 2011, p. 179-189.
- PIMENTA, Cibele A.M.; MOTA, Dálete D.C.F.; CRUZ, Diná A.L.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2006.
- PRATA, Henrique M. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal.** 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.
- SANTOS JUNIOR, Aires G.; SANTOS, Fernando R.; PESSALACIA, Juliana D.R. desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **In. Revista de Enfermagem UFPE.** v. 10, n. 7, 2016, p. 2708-2719.
- SANTOS, Renato C.S.; YAMAMOTO, Yuri M.; CUSTÓDIO, Lucas M.G. Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. **In. Psicologia.PT: O portal dos psicólogos.** 2018. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2023.
- SOUSA, Janaina M.; ALVES, Elioenai D. Competências do Enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **In. Revista Acta. Paul. Enferm.** v. 28, n. 3, 2015, p. 264-269.
- SOUZA, Hieda L et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Considerações éticas. **In. Revista Biomédica.** v. 23, n. 2, 2015, 349-359.
- VASCONCELOS, Esleane V.; SANTANA, Mary E.; SILVA, Sílvia E.D. **Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos:** revisão integrativa. v. 3, n. 3, 2012, p. 127-130.
- VICENSI, Maria C et al (Orgs.). **Enfermagem em cuidados paliativos.** 1. ed. v. 4. Florianópolis, SC: Letra Editorial, 2016.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

Data de submissão: 16/01/2024

Data de aceite: 01/02/2024

Marineide Gomes do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/5193478271003459>

Luciano da Silva Lopes

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/6987596570822675>

RESUMO: **Introdução:** O câncer é definido como uma patologia crônica não transmissível, caracterizada pelo crescimento anormal das células que se dividem incontrolavelmente, podendo invadir órgãos, tecidos, e outras partes do corpo. As emergências oncológicas são condições agudas, causadas pelo câncer ou seu tratamento e que requer uma intervenção rápida a fim de evitar danos permanentes e severos, como a morte. **Objetivo:** Discutir acerca da importância da atuação do enfermeiro diante das principais emergências oncológicas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Após a busca dos artigos nos bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online*(SCIELO) e *Medical Literature*

Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), foram selecionados 15 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos. **Resultados:** O estudo evidenciou que inúmeros pacientes com neoplasias manifestam pelo menos uma emergência no curso da doença ou do tratamento, sendo as principais emergências oncológicas classificadas como hematológicas, metabólicas, urológicas, neurológicas, cardiovascular, complicações infecciosas e efeitos colaterais oriundos da administração dos quimioterápicos. Desse modo, observa-se que devido ao crescimento dos casos e morte em decorrência do câncer, é essencial que os enfermeiros saibam identificar uma situação de emergência oncológica e desta forma, prestar uma intervenção de enfermagem de acordo com a emergência apresentada pelo cliente. **Conclusão:** Assim, é de extrema importância que os enfermeiros oncologistas estejam preparados para prestar uma assistência de qualidade, com base nos conhecimentos técnico- científicos, na veracidade das informações, no cuidado, na empatia e afetividade, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia; Enfermagem em Emergência; Cuidados de Enfermagem.

NURSE'S ACTIVITY IN MAIN ONCOLOGICAL EMERGENCIES

ABSTRACT: Introduction: Cancer is defined as a chronic, non-transmissible pathology, characterized by the abnormal growth of cells, which divide uncontrollably and can invade organs, tissues, and other parts of the body. Oncological emergencies are acute conditions, caused by cancer or its treatment, requiring rapid intervention to avoid permanent and severe damage such as death. **Objective:** Discuss the importance of nurses' actions in the face of major oncological emergencies. **Methodology:** This is an integrative review of the literature. After searching for articles in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), 15 articles were selected that met the established criteria. **Results:** The study showed that numerous patients with neoplasms manifest at least one emergency in the course of the disease and treatment, with the main oncological emergencies classified as hematological, metabolic, urological, neurological, cardiovascular, infectious complications and side effects arising from the administration of chemotherapy drugs. Therefore, it is observed that due to the increase in cases and deaths resulting from cancer, it is essential that nurses know how to identify an oncological emergency situation and thus provide a nursing intervention according to the emergency presented by the client. **Conclusion:** Therefore, it is extremely important that oncologist nurses are prepared to provide quality care, based on technical-scientific knowledge, veracity of information, care, empathy and affection, with the aim of providing a better quality of life. to these patients. **KEYWORDS:** Oncology; Emergency Nursing; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma patologia crônica não transmissível, caracterizada pelo crescimento anormal das células que se dividem incontrolavelmente, podendo invadir órgãos, tecidos e outras partes do corpo (SILVANO; OLIVEIRA, 2014).

Por ser uma doença de intensa complexidade, o câncer é considerado um problema de saúde pública. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no ano de 2030 os casos de câncer em todo o mundo sejam de aproximadamente, 27 milhões (ONCOGUIA, 2015).

A cada ano, cerca de 7 (sete) milhões de pessoas morrem no mundo em consequência do câncer. No Brasil, o crescimento no número de casos de câncer ocorre devido à crescente exposição dos indivíduos aos meios que proporcionam o desenvolvimento cancerígeno, tais como a mudança no estilo de vida, aumento no consumo de produtos industrializados e também devido aos aspectos nutricionais, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional (RAMOS; SABOIA; FORTINI, 2018).

O câncer pode ser visto como uma emergência em sua plenitude, pois se trata de uma condição de agravo à saúde, que acarreta risco iminente de vida e/ou sofrimento intenso, necessitando de tratamento imediato. Em síntese, a emergência oncológica é uma condição aguda, sendo causada pelo câncer ou seu tratamento e que requer uma intervenção rápida para evitar danos permanentes e severos, como a morte (CASTRO, 2018).

Os atendimentos nos serviços de saúde de pacientes com emergências oncológicas ocorrem frequentemente e o atendimento inicial a esse agravamento é essencial para evitar as possíveis complicações e contribuir com a melhora na qualidade de vida desses pacientes (SILVA, 2019).

Diante dessas emergências, os profissionais necessitam proceder de maneira rápida, muitas vezes sem ter feito nenhum planejamento prévio dos cuidados que devem ser realizados diante da emergência. Por conseguinte, é essencial que se tenha eficácia, conhecimento e autonomia no intuito de evitar erros na assistência prestada a esses pacientes (KAMEO *et al.*, 2018). Desse modo, objetivou-se com o estudo discutir acerca da importância da atuação do enfermeiro diante das principais emergências oncológicas.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura. Este método possibilita sumarizar as pesquisas publicadas e obter conclusões a partir da pergunta norteadora. Uma revisão integrativa da literatura bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada e direcionada pela seguinte questão norteadora: “Qual a importância da atuação do enfermeiro diante das principais emergências oncológicas?” A seleção dos estudos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Google acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores: Oncologia, enfermagem em emergência e cuidados de enfermagem, localizados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos em inglês e português, que contemplasse o assunto em questão e publicados no período de 2014 a 2019. Como critérios de exclusão foram utilizados os artigos que não se correlacionavam com o assunto abordado e os que não estavam disponíveis na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca dos estudos nos bancos de dados selecionados foram encontrados, inicialmente, 2593 artigos. No entanto, após a utilização dos critérios de inclusão restaram 370 artigos, que após a leitura detalhada, foram selecionados 15 artigos que fizeram parte da amostra final deste estudo. A distribuição dos artigos utilizados nesta revisão integrativa é apresentada no quadro 1.

TÍTULO	AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO
Síndrome de lise tumoral induzida por esteróides em baixa dose em um paciente com carcinoma hepatocelular.	Kim <i>et al.</i> , 2015	Relato de caso
Oncological emergency: the work of nurses in the extravasation of antineoplastic chemotherapeutic drugs.	Souza, <i>et al.</i> , 2017	Estudo exploratório transversal, com abordagem quantitativa
Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento,	Gonçalves <i>et al.</i> , 2018	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo
Sistematização da assistência de enfermagem no derrame do pericárdio: um relato de experiência.	Silva; Duarte; Pereira, 2018	Relato de experiência, do tipo descritivo
Ações de enfermagem frente as reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos.	Guimarães <i>et al.</i> , 2015	Estudo de revisão integrativa da literatura
Penile emergencies: a review of the main conditions.	Dantas <i>et al.</i> , 2019	Ensaio pictórico
Neutropenia: occurrence and management in women breast câncer receiving chemotherapy.	Nascimento <i>et al.</i> , 2014	Estudo observacional longitudinal e prospectivo
Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência.	Boaventura; Vedovato; Santos, 2015	Estudo quantitativo com delineamento retrospectivo de carácter exploratório
O Cuidado de Enfermagem no Atendimento de Emergência Oncológicas: uma revisão Integrativa.	Ramos; Saboia; Fortini, 2018	Pesquisa, do tipo revisão integrativa,
Síndrome da veia cava superior: caso clínico.	Braga <i>et al.</i> , 2014	Caso clínico
Concurrent Cardiac Tamponade and Superior Vena Cava Syndrome: A Concerning Situation.	Asif; Mahmood; Pauly, 2019	Relato de caso
Oncological emergencies associated with gastrointestinal tumors.	Prenen; Prenen, 2015	Estudo de caso
Profile of Spinal Cord Malignant Compression: One Year Study at the Regional Cancer Center.	Rassol <i>et al.</i> , 2016	Estudo prospectivo
Self-care of men with priapism and sickle cell disease.	Costa <i>et al.</i> , 2018	Pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa
Desmistificando as emergências oncológicas na assistência de enfermagem.	Castro, 2018	Revisão integrativa de literatura

Quadro 1: Caracterização dos artigos

Fonte: os autores

De acordo com Silva, Castro e Popim (2018), o câncer é definido como o aumento anormal de células, podendo invadir órgãos e tecidos. Nesse contexto, convém destacar que os pacientes oncológicos necessitam de um acompanhamento multiprofissional, no intuito de incluir medidas que minimizem os efeitos adversos oriundos da terapêutica. Assim, dentre os profissionais que prestam assistência aos indivíduos em tratamento de neoplasias, o enfermeiro oncologista é o responsável por elaborar as intervenções de

enfermagem, prestar cuidados diretos a esses pacientes e realizar a administração de antibióticos antineoplásicos. Entretanto, os enfermeiros devem realizar qualificações e treinamentos para poder realizar a infusão dos fármacos.

É essencial que os enfermeiros oncologistas estejam preparados para prestar uma assistência de qualidade, com base nos conhecimentos técnico-científicos, na veracidade das informações, no cuidado, na empatia e afetividade, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes (SOUZA *et al.*, 2017).

Segundo Gonçalves *et al.* (2018), atualmente, ocorre-se com frequência atendimentos hospitalares aos indivíduos em tratamento neoplásico, e dentre os motivos pelos quais esses pacientes buscam os serviços de saúde, estão às emergências oncológicas, que podem expandir-se de forma repentina ou demorar meses até que venha a desenvolver-se e, em alguns casos, podem evoluir para o óbito devido às suas complicações.

Conforme Boaventura, Vedovato e Santos (2015), inúmeros pacientes com neoplasias manifestam pelo menos uma emergência no curso da doença e tratamento, sendo as principais emergências oncológicas classificadas como hematológicas, metabólicas, urológicas, neurológicas, cardiovasculares, complicações infecciosas e efeitos colaterais oriundos da administração dos quimioterápicos.

A emergência hematológica de maior incidência é a trombose venosa profunda (TVP), ocasionada pela formação de coágulos sanguíneos em consequência da influência das células cancerígenas na ativação de cascata de coagulação por intermédio da eliminação da proteína pró-coagulante. O enfermeiro deve atentar-se a qualquer sinal de complicação da trombose, como a trombólise pulmonar, que ocasiona obstrução no pulmão e apresenta como sintomas, dor torácica, hemoptise, dispneia, choque e taquicardia. Desse modo, o médico deve ser comunicado mediante o aparecimento de qualquer uma dessas manifestações (CASTRO, 2018).

Quanto às emergências metabólicas, a que mais acomete os pacientes oncológicos é a lise tumoral e a hipercalcemia. Esta última surge devido ao aumento do nível de cálcio no sangue e acomete cerca de 20 a 30% dos pacientes. A hipercalcemia apresenta como sintomas: fraqueza muscular, coma, fadiga, arritmia, parada cardíaca, bloqueio cardíaco, náuseas, vômitos, constipação, anorexia, polidipsia e insuficiência renal progressiva. Essa emergência acomete principalmente os pacientes com câncer de mama, pulmão, rim, esôfago e mieloma múltiplo (PRENEN; PRENEN, 2015).

Nessa perspectiva, Ramos, Saboia e Fortini (2018), inferem que os enfermeiros que prestam assistência aos pacientes com hipercalcemia devem avaliar o padrão respiratório e a hidratação venosa, com o objetivo de minimizar os desconfortos oriundos da mesma.

A síndrome da lise tumoral é a emergência metabólica de elevada complexidade, ocasionada pela dissolução ou pelo rompimento da membrana plasmática que libera citocina, fósforo, ácido nucléico e potássio acima dos níveis que permitem a homeostase. O potencial de lise tumoral, a comorbidade do paciente, a massa ou o volume da doença

leva a predisposição de novos casos de lise tumoral e, dentre os fatores de risco de maior importância para o desenvolvimento dessa emergência, destaca-se a presença de desidratação, oligúria, doença renal crônica, PH urinário baixo e hipotensão (KIM *et al.*, 2015).

Nesse sentido, Ramos, Saboia e Fortini (2018), enfatizam que os pacientes com a síndrome da lise tumoral, devem ser orientados a prevenir as complicações realizando uma ingestão hídrica nas 24 a 48 horas que antecede a terapia citotóxica, a fim de evitar a possível ocorrência de uma insuficiência renal.

Em relação às emergências urológicas, destaca-se o priapismo, caracterizado pela ereção peniana durante um período bastante extenso, que em geral, apresenta-se de forma dolorosa, podendo originar-se sem causa específica ou se desenvolver após a ereção. Classifica-se em dois tipos: priapismo de alto fluxo e priapismo de baixo fluxo. Este último é classificado como uma emergência urológica, podendo causar disfunção erétil ou modificações isquêmicas irreversíveis, devido às intensas pressões carvenosas de duração muito extensa (DANTAS *et al.* (2019).

Para Costa *et al.* (2018), a enfermagem deve desenvolver ações educativas para pacientes com priapismo, de modo a promover o autocuidado, adotar medidas que aliviem as dores e estabeleçam terapias de acordo com os sintomas apresentados.

No contexto das emergências oncológicas neurológicas, é importante citar a compressão medular, que acomete cerca de 5 a 10% de todos os casos de câncer e é considerada uma neoplasia metastática que atinge a medula espinhal, por apresentar um grande fluxo sanguíneo próximo à coluna torácica e lombar e possuir vértebras de maior tamanho. Essas regiões são as mais acometidas, podendo desencadear o desenvolvimento de estenose e oclusão do plexo venoso epidural, edema vasogênico e a desmielinização. Dentre os sintomas, destaca-se a dor nas costas, incontinência urinária, dormência em ambos os membros e diminuição da sensibilidade caudal (RASSOL *et al.*, 2016).

O enfermeiro diante de uma compressão medular deve planejar uma assistência voltada para a avaliação da mobilidade do paciente e investigação sobre origem da dor apresentada pelo mesmo (RAMOS; SABOIA; FORTINI, 2018).

No que se refere às emergências cardiovasculares, de acordo com Asif, Mahmood e Pauly (2019), a emergência cardiovascular denominada derrame maligno do pericárdio, origina-se em decorrência da radioterapia, de infecções simultâneas, de metástase secundária ou invasão direta do pericárdio. Essa emergência pode apresentar como sintomas: dor no peito, tosse e falta de ar. Assim, os profissionais que atuam no atendimento a estes pacientes necessitam prestar um atendimento em conjunto, objetivando minimizar os sintomas e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

A enfermagem deve elaborar planos de cuidados para cada indivíduo portador dessa emergência e realizar a elevação de 45° da cabeceira da cama para proporcionar conforto a esses pacientes (SILVA; DUARTE; PEREIRA, 2018).

Segundo Braga *et al.* (2014) a emergência cardiovascular que também acomete alguns pacientes oncológicos é a síndrome da veia cava superior, ocasionada devido ao bloqueio sanguíneo na veia cava, em consequência da opressão da veia cava por patologias já existentes, podendo acometer linfonodos, estruturas mediastinais, pulmão e trombose da própria veia cava superior.

Dentre os principais cuidados prestados pelos enfermeiros para minimizar as complicações originadas pela síndrome da veia cava, destaca-se a realização do controle hídrico, o controle hidroeletrólítico, orientação sobre o repouso absoluto, elevação dos membros inferiores e um adequado posicionamento da cabeça, no intuito de proporcionar um adequado conforto respiratório e também propor intervenções que possa minimizar a dor nesses pacientes (RAMOS; SABOIA; FORTINI, 2018).

Segundo Nascimento *et al.* (2014), entre as emergências oncológicas ocasionadas pelas complicações infecciosas, destaca-se a neutropenia febril, que se desenvolve quando os níveis de neutrófilos encontram-se muito abaixo dos valores considerados normais e, conseqüentemente, o indivíduo fica mais propício ao desenvolvimento de infecções e febre.

A enfermagem deve orientar os pacientes com neutropenia febril sobre a ingestão hídrica, os efeitos colaterais oriundos do tratamento quimioterápico e radioterápico e sobre o controle no uso de drogas que promovam a analgesia. Dessa forma, esses profissionais proporcionam uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa emergência (RAMOS; SABOIA; FORTINI, 2018).

Guimares *et al.* (2015) também destaca como emergência, aquelas provocadas pela utilização dos antineoplásicos como, por exemplo, o extravasamento de fármacos e a diarreia. Esta última é mais comum nos pacientes em tratamento quimioterápico na região pélvica. A enfermagem deve orientar esses indivíduos a realizar uma adequada hidratação, consumindo pelo menos dois litros de líquidos por dia, adotar uma alimentação fraca em fibra e rico em potássio e proteína, para prevenir infecções e lesões na região perianal. Deve-se orientar ainda, a realização da lavagem da região anal após cada evacuação.

O extravasamento de fármacos que necessitam de atendimento de emergência são os vesicantes, caracterizados pelo desenvolvimento de vesículas, eliminação de tecidos e em alguns casos, pode evoluir para uma necrose. Desse modo, é de extrema importância o reconhecimento imediato dos sinais e sintomas que caracterizam o extravasamento, como edema no local, dor, diminuição ou ausência do retorno venoso e diminuição da velocidade de infusão (SOUZA *et al.*, 2017).

Assim, dentre as medidas que podem ser utilizadas para evitar esta complicação, destaca-se a seleção do dispositivo de punção adequado, escolhas de veias mais calibrosas, orientação ao paciente a não fazer movimentos exagerados com o membro puncionado e evitar a administração de drogas vesicantes em veias periféricas por mais de 60 minutos (SOUZA *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

De acordo com os dados coletados na literatura, percebeu-se que a assistência de enfermagem a pacientes oncológicos é de extrema importância devido às complicações oriundas das emergências. Em alguns casos, essas podem evoluir para o óbito. Dessa forma, para a realização de uma assistência adequada, é essencial que o profissional tenha capacitação e saiba reconhecer os sinais e sintomas que caracterizam cada emergência para prestar uma assistência específica de acordo com a apresentada pelo paciente durante o atendimento.

No entanto, ainda são poucos os estudos que evidenciam quais as intervenções de enfermagem realizadas nos paciente com emergência oncológica, comparada com outras profissões da área da saúde.

REFERÊNCIAS

ASIF, S.; MAHMOOD, M.; PAULY, R. R. Concurrent Cardiac Tamponade and Superior Vena Cava Syndrome: A Concerning Situation. **Cureus**, v. 3, n. 11, 2019.

BOAVENTURA, A. P.; VEDOVATO, C. A.; SANTOS, F. F. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 2, p.51-62, 2015.

BRAGA, S. F. *et al.* Síndrome da veia cava superior: caso clínico. **Angiol Cir Vasc**, v. 10, n. 01, 2014.

CASTRO, A. T. A. C. T. Desmistificando as emergências oncológicas na assistência de enfermagem. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 07, n. 07, p.07-32, 2018.

COSTA, D. O. *et al.* Self-care of men with priapism and sickle cell disease. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p.2418-2424, 2018.

DANTAS, G. C. *et al.* Emergências penianas: uma revisão das principais condições. **Radiol Bras**, v. 52, n. 2, p.123-127, 2019.

GONÇALVES, M. M. *et al.* Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, v. 8, n. 2595, p.01-10, 2018.

GUIMARÃES, R. C. B. *et al.* Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p.2440-2452, 2015.

KAMEO, S. Y. *et al.* Oncology Emergencies: Integrative Literature Review. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p.541-550, 2018.

KIM, J. O. *et al.* Síndrome de lise tumoral induzida por esteróides em baixa dose em um paciente com carcinoma hepatocelular. **Clin Mol Hepatol**, v. 21, n. 1, p.85-88, 2015.

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

NASCIMENTO, T. G *et al.* Neutropenia: occurrence and management in women with breast cancer receiving chemotherapy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p.301-308, 2014.

ONCOGUIA. 2015. <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estimativas-no-mundo/1706/1/> /<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estimativas-no-brasil/1705/1/>.

PRENEN, K.; PRENEN, H. Oncological emergencies associated with gastrointestinal tumors. **Ann Gastroenterol**, v. 28, n. 4, p.426-430, 2015.

RAMOS, L. G. A.; SABÓIA, V. M.; FORTINI, R. G. O Cuidado de Enfermagem no Atendimento de Emergências Oncológicas: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, n. 86, 2018.

RASOOL, M. T. *et al.* Profile of Spinal Cord Malignant Compression: One Year Study at the Regional Cancer Center. **Indian J Palliat Care**, v. 22, n. 02, p.125-129, 2016.

SILVA, I. M. C. Emergencias oncologicas: revisão integrativa da prática hospitalar. **Conexão Ci**, v. 14, n. 01, p.39-46, 2019.

SILVA, T. C. M. S.; CASTRO, M. C. N.; POPIM, R. C. Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p.2383-2391, 2018.

SILVA, W. L. T. C.; DUARTE, J. S.; PEREIRA, A. L. S. Sistematização da assistência de enfermagem no derrame do pericárdio: um relato de experiência. **Gep News**, v. 01, n. 01, p.163-166, 2018.

SILVANO, L, V. M.; OLIVEIRA, C. L. A. perfil nutricional de pacientes oncológicos internados em um hospital militar do município de natal – RN. **Revista Uni-RN**, v. 13, n. 1/2, p.125-143, 2014.

SOUZA, N. R. *et al.* Oncological emergency: the work of nurses in the extravasation of antineoplastic chemotherapeutic drugs. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.01-09, 2017.

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO NO APH

Data de aceite: 01/02/2024

Mayana Lima Cavalcante da Silva

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Dênis Albuquerque Silva Dias

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: O politraumatismo caracteriza-se em múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química (impactos ou queimaduras). O termo “traumatismo” refere-se às ações e consequências locais e gerais do trauma para a estrutura e o funcionamento do organismo. O atendimento pré-hospitalar é o primeiro contato que a vítima tem com um serviço de saúde depois de ter ocorrido o acidente, com isso, a equipe de enfermagem apresenta importante papel no atendimento, recuperação e reabilitação da vítima politraumatizada, visto que o enfermeiro se faz presente em todas as etapas desse processo, ele deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas. O objetivo deste artigo foi compreender o

correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro. Foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva e bibliográfica, realizada por meio da revisão da literatura identificando trabalhos sobre o papel da enfermagem ao paciente politraumatizado, publicados entre o período de 2018 a 2023. Como resultado, foi possível observar que o politraumatismo é a terceira maior causa de mortalidade no Brasil, e que a maioria dos estudos buscava avaliar, descrever, identificar, apresentar e verificar a necessidade de uma boa qualificação e preparo do enfermeiro com o intuito de estabilizar e manter um bom quadro clínico da vítima politraumatizada. A partir disso, pode-se concluir que o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas, uma vez que eles guiarão todas as etapas da assistência e irão garantir uma maior sobrevivência do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: politraumatismo, enfermeiro, assistência pré-hospitalar, manejo.

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Brasileira de Trauma Ortopédico, o politraumatismo é caracterizado por múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química, podemos citar quedas, acidentes de trânsito, queimaduras, entre outras lesões. Ele pode causar danos em órgãos vitais e diversos sistemas e, em casos extremos, pode levar a óbito.

De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, 5,8 milhões de pessoas morrem por ano devido às consequências do trauma em todo o mundo, sejam lesões intencionais ou decorrente de violências. As colisões automobilísticas por si só, são a principal causa de morte por trauma no mundo (WILL et al., 2020).

No Brasil, conforme dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2021, o país registrou 33.813 mortes por acidente de trânsito, 1.097 óbitos a mais que no ano de 2020, gerando assim um percentual de 3,35% no total de óbitos por acidente de trânsito. (ONSV, 2023).

A equipe de enfermagem apresenta importante papel no atendimento, recuperação e reabilitação da vítima politraumatizada, visto que o enfermeiro se faz presente em todas as etapas desse processo. Além disso, ele deve estar capacitado para tomar decisões rápidas e realizar a assistência com maior complexidade (VON AMELN, 2021).

Segundo Will et al., o enfermeiro precisa ter conhecimento teórico-prático das condutas a serem tomadas na prática, isto inclui os procedimentos a serem realizados, a dinâmica do processo de enfermagem e a assistência qualificada, eficaz e segura.

Existem técnicas de primeiros socorros que estão sendo cada vez mais aperfeiçoadas, e constantemente atualizadas através de publicações do Suporte Avançado de Vida que traz novas modernizações a cada publicação com base nas recentes pesquisas sobre o suporte básico e avançado de Vida, visando uma melhor eficiência e garantindo uma maior chance de sobrevivência da vítima (PHTLS, 9ª edição).

Diante do exposto, justifica-se a importância deste estudo por contribuir com a qualificação do profissional de saúde, considerando a importância da atuação do enfermeiro como profissional qualificado e capaz de intervir positivamente em situações de alta complexidade como essa. A partir disso, objetiva-se compreender o correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado.

REFERENCIAL TEÓRICO

O termo “traumatismo” refere-se às ações e consequências locais e gerais do trauma para a estrutura e o funcionamento do organismo. Neste sentido, “traumatismo” seria em outras palavras a consequência de um trauma. Porém, normalmente, “traumatismo” é utilizado como sinônimo de trauma físico (ATLS, 2010).

O trauma pode ocasionar lesões físicas e/ou mentais temporárias ou não, podendo também levar o paciente ao óbito. Por isso, trata-se de um assunto de extrema importância socioeconômica mundial, em variados graus de acometimento, sendo os acidentes de trânsito sua maior incidência (ONU/OMS, 2011).

O politraumatismo caracteriza-se em múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química (impactos ou queimaduras). Entre elas podemos citar quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos, ferimentos por armas de fogo, entre outras, essas lesões podem acometer órgãos vitais e diversos sistemas levando a óbito (DA SILVA MELO, 2021).

Durante a fase pré-hospitalar, os socorristas enfatizam a permeabilidade das vias aéreas, controle do sangramento externo e choque, imobilização do doente e o transporte imediato para o hospital de referência mais próximo. (ATLS, 10° edição)

Na avaliação pré-hospitalar, utiliza-se o XABCDE do trauma, identificando mais rapidamente lesões que levam a óbito. O tempo para tal avaliação médica é bastante rápido. Com apenas o questionamento do paciente do seu nome e do que ocorreu e, já recebendo uma resposta apropriada, sugere a ausência de comprometimento de vias aéreas, que a respiração não está gravemente comprometida, o aporte sanguíneo e o nível de consciência também não estão alterados, ou seja, o X, A, B, C e D foram avaliados. Já a falha dessa resposta, sugere anormalidades. As lesões identificadas devem ser tratadas com ordem de prioridade baseado nos danos que podem causar (ATLS, 10° edição).

De acordo com a 9° edição do PHTLS e Farias et al. 2018, o X significa hemorragias exsanguinantes, uma hemorragia externa com risco de vida deve ser identificada e tratada imediatamente na revisão primária de um paciente com trauma. Se houver hemorragia externa exsanguinante, deve ser verificado antes mesmo de avaliar as vias aéreas (ou simultaneamente se a ajuda adequada estiver disponível no palco), pois o sangramento exsanguinante pode matar um paciente mais rápido do que a maioria dos outros mecanismos de trauma.

Esse tipo de sangramento geralmente envolve o sangramento arterial de um membro, mas também pode ocorrer no couro cabeludo ou na junção de um membro com o tronco e outros locais.

Para conter a hemorragia, deve ser colocado imediatamente um torniquete o mais próximo possível do membro afetado (ou seja, perto da virilha ou axila). Além dessa, outras medidas de controle de sangramento, como compressão direta e agentes hemostáticos, também podem ser utilizadas, mas não devem atrasar ou tomar o lugar da colocação do torniquete em tais casos. Em casos de hemorragia não arterial grave, devem ser aplicados nos membros e sangramento grave do tronco a compressão direta, a embalagem e os curativos hemostáticos. Às vezes, a tensão arterial distal ou menor pode ser controlada com compressão focal direta da artéria. No entanto, isso só deve ser feito se esse sangramento puder ser controlado com um curativo compressivo rapidamente aplicado ou se houver

pessoal suficiente na cena para que um prestador de cuidados pré-hospitalar possa manter a compressão manual direta. Se isso não for possível, um torniquete deve ser aplicado no membro afetado. A hemorragia severa em áreas de ligação pode ser gerenciada colocando um dispositivo de ligação adequado, se disponível, ou embalagem com gaze hemostática e colocando curativos compressivos.

A letra A corresponde à abertura das vias aéreas e a estabilização da coluna cervical, onde poderá haver a necessidade de aspirar narinas e boca, além de retirar corpos estranhos que possam dificultar o processo espontâneo de respiração. A oferta de oxigênio suplementar será administrada com volume de acordo com a necessidade da vítima. Ainda nesta abordagem são realizados o controle e estabilização da coluna cervical, visto que em traumas o comprometimento pode ser maior, e quando manipulado de maneira inadequada, sequelas importantes poderão ser geradas. A princípio, a manipulação será manual e o mais rápido possível com a administração segura do colar cervical.

O B é a avaliação respiração e ventilação, que é verificada através da visualização da expansão torácica e ausculta da região torácica e abdominal, a fim de identificar obstruções das vias aéreas superiores ou inferiores, como na avaliação primária o tempo é curto para medir uma frequência ventilatória, as aberturas devem ser estimadas como lentas, normais, rápidas ou muito rápidas. Uma frequência ventilatória lenta, em conjunto com o choque, geralmente indica que um paciente está em choque profundo e pode estar a momentos de uma parada cardíaca. Uma frequência ventilatória rápida é motivo de preocupação e deve servir como um impulso para procurar a causa do choque. Também pode ser um sinal de um problema puramente respiratório, como um simples pneumotórax ou adulteração cardíaca precoce. A ventilação funciona para efetivamente fornecer oxigênio aos pulmões do paciente e ajudar a manter o processo metabólico aeróbico. A hipóxia pode resultar da ventilação inadequada dos pulmões e levar à falta de oxigenação dos tecidos do paciente.

A letra C expõe sobre o controle da circulação, verificação do pulso central, ausculta cardíaca em busca de disfunções valvulares, ou sons inaudíveis, e/ou anormalidades da frequência ou ritmo do miocárdio. O estado circulatório geral do paciente pode ser determinado verificando pulsos periféricos (a verificação rápida de pulso revela se o paciente tem taquicardia, bradicardia ou um ritmo irregular), cor da pele, as mucosas e extremidades que possam constatar perda de volume, temperatura e sudorese, além da verificação de lesões e sangramentos importantes .

O sangramento, seja externo ou interno, é a causa mais comum de morte evitável por trauma. A reposição volêmica pode se fazer necessária, dessa forma a punção venosa periférica deverá ser realizada com cateter calibroso para melhor abrangência do líquido a ser infundido.

A letra D é o próximo passo após avaliar e corrigir, na medida do possível, os fatores envolvidos no fornecimento de oxigênio para os pulmões e sua circulação pelo corpo. Nele é avaliada a função cerebral, que é uma medida indireta de oxigenação cerebral. Isso começa com a determinação do nível de consciência do paciente (NDC).

O prestador de cuidados pré-hospitalares deve assumir que um paciente confuso, agressivo, combativo ou não cooperativo é hipóxico ou sofreu um ECA até que se prove o contrário. A maioria dos pacientes quer ajuda quando suas vidas são medicamente ameaçadas. Se um paciente rejeita, a razão deve ser questionada. O paciente se sente ameaçado pela presença de um provedor no local? Se assim for, mais tentativas de estabelecer entendimento muitas vezes ajudarão a ganhar a confiança do paciente. Se nada na situação parecer ameaçador, a fonte do comportamento deve ser considerada fisiológica, e condições reversíveis identificadas e tratadas.

Durante a avaliação, a história pode ajudar a determinar se o paciente perdeu a consciência em algum momento desde a lesão, se substâncias tóxicas (e quais poderiam ter sido), e se o paciente tem alguma condição pré-existente que poderia produzir uma diminuição do NDC ou comportamento aberrante. Uma observação cuidadosa da cena pode fornecer informações inestimáveis a esse respeito.

A classificação EcG é uma ferramenta usada para determinar NDC e é preferida sobre a classificação AVDI. É um método rápido e simples para determinar a função cerebral e é preditivo do prognóstico do paciente, especialmente a melhor resposta motora.

Também fornece uma linha de base da função cerebral para avaliações neurológicas sérias. A classificação ecg é dividida em três seções: abertura dos olhos, resposta verbal, e resposta motora.. O paciente é atribuído uma classificação de acordo com a melhor resposta a cada componente do ECG.

Abertura Ocular 		Espontânea	+ 4 pontos
		Para comando verbal	+ 3 pontos
		Dor	+ 2 pontos
		Sem abertura dos olhos	+ 1 ponto
Resposta Verbal 		Orientado	+ 5 pontos
		Confuso	+ 4 pontos
		Palavras Impróprias	+ 3 pontos
		Sons Incompreensíveis	+ 2 pontos
		Sem Resposta Verbal	+ 1 ponto
Melhor Resposta Motora 		Obedece aos Comandos	+ 6 pontos
		Localiza a dor	+ 5 pontos
		Afasta a dor	+ 4 pontos
		Flexão à dor	+ 3 pontos
		Exntensão à dor	+ 2 pontos
		Sem resposta motora	+ 1 ponto
Reatividade Pupilar 		Nenhuma reatividade	-2 pontos
		Unilateral	-1 ponto
		Reatividade bilateral	0 pontos

Fonte: <https://portal.wemeds.com.br/escala-de-coma-de-glasgow/>

A letra E corresponde a exposição, nessa etapa serão observadas lesões que não foram visualizadas nas etapas anteriores. Também é realizado o aquecimento da vítima, visando evitar quadros de hipotermia ou choque. Manter a temperatura corporal do paciente dentro de uma faixa normal é crucialmente importante. Embora seja importante expor o corpo do paciente traumatizado para completar uma avaliação eficaz, a hipotermia é um problema sério na gestão de um paciente traumatizado. Apenas o necessário deve ser exposto ao ambiente ao ar livre.

O maior perigo da hipotermia é seu efeito na coagulação sanguínea, à medida que o corpo esfria, a coagulação se deteriora. Embora as temperaturas frias retenham tecidos por algum tempo, a queda de temperatura deve ser muito rápida e muito baixa para que a preservação ocorra.

O trauma pode ser torácico, abdominal e pélvico, cranioencefálico, raquimedular e musculoesquelético. De acordo com o ATLS, 2018 e Freitas, 2020, o trauma torácico é uma das maiores causas de morte, representa de 10% a 15% do total de traumas no mundo. No Brasil, corresponde 7,3% das ocorrências, sendo o segundo tipo de trauma mais frequente, atrás apenas do trauma de extremidades. Representa aproximadamente 25% das mortes causadas por trauma, além de ser fator contribuinte em outros 25%. Ele pode ser classificado como penetrante (aberto) e contuso (fechado) e suas principais consequências são hipóxia, acidose e hipercarbida. Sua gravidade é determinada de acordo com a extensão da lesão, que é dividida em quatro principais categorias: lesões da parede torácica, do pulmão, do mediastino e do diafragma. As lesões mais comuns nesse tipo de trauma são as fraturas de costelas, lesões cardíacas, aorta, vias aéreas e diafragma. Obstrução das vias aéreas, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tamponamento cardíaco e hemotórax maciço são as lesões com maior risco imediato de morte. Já os casos de pneumotórax simples, hemotórax, contusão pulmonar, tórax instável, trauma cardíaco fechado, ruptura traumática de aorta, ruptura traumática de diafragma e lesão penetrante de o mediastino são considerados potencialmente fatais e precisam ser diagnosticados e tratados com exames secundários.

As lesões que ameaçam a vida de forma imediata devem ser tratadas de forma rápida e simples, a maioria delas pode ser tratada com controle da via aérea, descompressão do tórax com uma agulha, descompressão digital e drenagem em selo d'água com dreno tubular. As lesões mais graves passam por uma avaliação secundária, que deve levar em conta o histórico do trauma e manter alto índice de suspeita.

Ainda segundo a 10ª edição do ATLS, a região abdominal é uma das mais afetadas nos pacientes que sofrem trauma. O trauma abdominal, assim como o torácico, pode ser dividido em penetrante e fechado, o trauma fechado é decorrente de impacto direto, ocorre principalmente em acidentes automobilísticos, causando esmagamento compressão ou esmagamento de vísceras abdominopélvicas e da estrutura óssea da pelve. A deformação de órgãos sólidos e vísceras ocas ocorre devido a energias produzidas pela desaceleração

do corpo sobre essa superfície, podendo gerar uma ruptura dos mesmos e evoluir para uma hemorragia. Os órgãos mais acometidos em pacientes vítimas de trauma fechado são o baço, o fígado e o intestino delgado.

Já o trauma penetrante é causado por arma branca ou de fogo, gerando danos teciduais por corte e laceração. O ferimento por arma branca há menor liberação de energia, assim lesando estruturas abdominais adjacentes, envolvendo principalmente o fígado, o intestino delgado, o diafragma e o cólon.

No ferimento por arma de fogo, a energia transferida é maior causando maior dano ao redor do trajeto do projétil pelo corpo. O tipo de arma, o tipo de munição e o formato do cano são fatores determinantes do grau de lesão tecidual. Esse tipo de ferimento ocorre principalmente no intestino delgado, cólon, fígado e estruturas vasculares abdominais.

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma lesão cerebral decorrente de agressões ocasionadas por forças externas contra a cabeça atingindo couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo e/ou nervos cranianos. Ele pode gerar apenas uma alteração no nível de consciência ou levar a comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais (LORENA, T. et al.). O TCE pode ser classificado em leve, moderado e grave de acordo com a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a duração da perda de consciência e da amnésia pós-traumática e pelas alterações nos exames de imagem. O TCE leve ocorre em cerca de 80% dos casos, nessa classificação, o paciente está consciente e verbalizando, podendo referir desorientação, amnésia ou perda momentânea de consciência, evoluindo em sua maioria sem intercorrências. Ele é definido quando o paciente apresenta um escore de 13 a 15 na Escala de Coma de Glasgow. O trauma moderado é definido em pacientes com escore de 9 a 12 na ECG, os pacientes dessa classificação ainda são capazes de obedecer alguns comandos, mas estão confusos e sonolentos e podem apresentar déficit neurológico focal, como a hemiparesia, 10% a 20% dos pacientes acometidos por esse trauma evoluem apresentam piora e evoluem para o coma. Já o trauma grave, é definido como ECG entre 3 e 8, as vítimas desse tipo de trauma não são capazes de obedecer ordens simples, mesmo após a estabilização cardiopulmonar, a abordagem terapêutica deve ser imediata, através da estabilização hemodinâmica e de suporte ventilatório adequado para reduzir lesões neurológicas decorrentes de hipóxia (GERHARDT, S. et al., 2016).

O trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma. Aproximadamente 5% dos pacientes com TCE apresentam lesão associada na coluna, enquanto 25% dos pacientes com TRM apresentam pelo menos um TCE moderado.

As lesões desse trauma ocorrem, principalmente, no sexo masculino e suas principais causas são acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa ferimentos por arma de fogo. Cerca de 55% das lesões ocorrem na região cervical, 15% na região torácica, 15% na região toracolombar e 15% na região lombossacra. A

classificação desse tipo de trauma é feita após a avaliação dos tratos envolvidos, essa classificação é dividida em lesão completa e incompleta, para tal classificação existe uma escala chamada de Avaliação da ASIA (ASIA- American Spine Injury Association). Em 1992, a Associação Americana do Trauma Raquimedular desenvolveu padrões para a avaliação e classificação neurológica do TRM, são eles:

Escala de Deficiência da ASIA	
<i>A: Lesão completa</i>	<i>Não existe função motora ou sensitiva nos segmentos sacrais S4-S5.</i>
<i>B: Lesão incompleta</i>	<i>Preservação da sensibilidade e perda da força motora abaixo do nível neurológico, estendendo-se até os segmentos sacrais S4-S5.</i>
<i>C: Lesão incompleta</i>	<i>Função motora é preservada abaixo do nível neurológico, e a maioria dos músculos chaves abaixo do nível neurológico possui grau menor ou igual a 3.</i>
<i>D: Lesão incompleta</i>	<i>Função motora é preservada abaixo do nível neurológico, e a maioria dos músculos chaves abaixo do nível neurológico possui grau maior ou igual a 3.</i>
<i>E: Normal</i>	<i>Sensibilidade e força motora normal.</i>

Fonte: Revisão Trimestral de Temas Neurocirúrgicos - 2006 - Vol. 3/12.

As complicações desse trauma podem ocorrer devido à isquemia ou progressão do edema da medula e da movimentação excessiva da coluna vertebral. A principal preocupação deve ser a possibilidade de insuficiência respiratória, uma vez que a paralisia dos músculos intercostais pode ocasionar uma hipoventilação. Outras lesões potencialmente graves como abdome agudo ou dor pélvica associada com fraturas da bacia podem ser mascaradas devido à incapacidade de perceber estímulos dolorosos. Além disso, complicações como o choque neurogênico e choque medular podem ser decorrentes desse tipo de trauma. Embora os movimentos excessivos da coluna vertebral apresentam perigo ao paciente, o tempo prolongado em uma prancha rígida e com o colar cervical também pode ser perigoso. Além do desconforto, podem ocorrer lesões por pressão graves e insuficiência respiratória (ATLS, 2018); (FREITAS, 2020).

No trauma musculoesquelético, as lesões do sistema musculoesquelético, frequentemente, apresentam-se de forma dramática e ocorrem em até 85% dos pacientes vítimas de trauma fechado, mas geralmente não apresentam risco imediato à vida ou membro da vítima. Durante a avaliação primária da vítima, é imprescindível a urgência de reconhecer e controlar hemorragias oriundas dessa lesões, as hemorragias decorrentes de fraturas de ossos longos podem ser significantes, em particular, as fraturas de fêmur apresentam importante perda sanguínea. Lesões musculoesqueléticas graves são resultado de força significativa, por exemplo, pacientes com fraturas em ossos longos de membros superiores e inferiores correm o risco de ter lesões internas de tronco. As lesões causadas

por esmagamento grave liberam mioglobina pelo músculo que podem se acumular nos túbulos renais e causar falência renal (CAVALCANTI;ILHA, 2012).

Além dessas complicações, edemas em compartimentos musculofasciais intactos podem causar uma síndrome compartimental aguda que pode causar comprometimento do membro e até a perda do mesmo caso não seja diagnosticada e tratada. Também pode ocorrer uma embolia gordurosa, complicação incomum mas fatal de de fratura de ossos longos que pode causar falência pulmonar e comprometimento da função cerebral.

Observações, cuidados e achados pré-hospitalares como horário da lesão, posição que o paciente foi encontrado, ferimentos abertos próximo de fraturas, deformidades ou luxações evidentes, curativos realizados, talas aplicadas, horário de colocação do torniquete, presença ou ausência de função motora e/ou sensorial de cada extremidade, hemorragia ou poças de sangue na cena, mecanismos de esmagamento, entre outros, são importantes para auxiliar na identificação de lesões(ATLS, 10º edição).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e bibliográfica, realizada por meio da revisão da literatura identificando trabalhos sobre o papel da enfermagem ao paciente politraumatizado, publicados entre o período de 2018 a 2023. Foi realizada uma consulta em artigos científicos, selecionados através das bases de dados: Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), como critérios de inclusão foram os artigos que estavam dentro do período estipulado, objetivo, resultado apresentados, bem como artigos que estavam nas bases de dados citadas.

Após a seleção dos artigos, foi feita uma análise do conteúdo dos mesmos através da Análise de Conteúdo de Bardin, essa avaliação é dividida em três etapas, são elas: 1- organização ou pré-análise que tem como objetivo organizar e estruturar as ideias iniciais, compreendendo assim, a leitura geral do material escolhido para ser analisado; 2- análise da temática que consiste na mudança das informações examinadas, essa fase tem como objetivo o entendimento e o esclarecimento de todo o conteúdo; 3- categorização que é tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo captar conteúdos obtidos do material coletado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após uma extensa busca crítica com base nos critérios estabelecidos, foram selecionados 16 artigos para análise e leitura, dos quais foram selecionados 5 para serem usados como base para a construção do presente artigo, para isso, foi elaborado um instrumento de análise para fichamentos dos dados encontrados, contemplando as seguintes informações: autor/ano, título, objetivo do estudo e conclusão:

Autor/ Ano	Título	Objetivo	Conclusão
Bessa, 2018	A importância do atendimento pré-hospitalar frente a unidade móvel de emergência.	Investigar as intervenções de enfermagem no atendimento pré-hospitalar.	Destaca-se a importância do serviço móvel, visto que sua implementação e aceitação gerou uma grande melhoria na assistência prestada à vítima, assistência essa que ocorre de forma rápida, segura e eficaz.
WILL et al. (2020)	Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados na emergência.	Reconhecer os cuidados desenvolvidos pelos profissionais da área de enfermagem a vítimas politraumatizadas atendidas em uma emergência hospitalar do Alto Vale do Itajaí – SC.	Os resultados demonstraram a importância do enfermeiro frente ao julgamento e nas execuções do cuidado prestados a vítima politraumatizada.
MARTINS, 2021.	Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado.	Descrever a importância do enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado.	Salienta-se, que quando a qualificação na assistência prestada e a boa execução da mesma é feita pela equipe de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, os resultados alcançados são os melhores possíveis.
SILVA MELO, 2021.	Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em emergência hospitalar: uma revisão da literatura.	Identificar a assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado no ambiente hospitalar de emergência.	Concluiu-se que a vítima de múltiplos traumas necessita de cuidados iniciais específicos. Dessa forma, o enfermeiro deve ter conhecimento técnico-científico e conhecimento do Processo de Enfermagem, uma vez que ele é um dos principais profissionais responsáveis pelo atendimento inicial, o cuidado e a manutenção da vida do paciente politraumatizado.
VON AMELN, 2021.	Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista.	Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o atendimento ao paciente politraumatizado em um Pronto Socorro (PS).	Identificou-se que o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e seu trabalho se dá em equipe, existindo um elo com os demais profissionais da área da saúde. Quanto aos procedimentos, percebeu-se que não há uma padronização, porém não destacam o prejuízo que isso pode causar ao paciente.

Após análise dos artigos, foi possível perceber que a maioria dos estudos buscava avaliar, descrever, identificar, apresentar e verificar a necessidade de uma boa qualificação e preparo do enfermeiro com o intuito de estabilizar e manter um bom quadro clínico da vítima politraumatizada, também foi possível observar entre os artigos selecionados, que essa é a terceira maior causa de mortalidade no Brasil, e principalmente decorrente de acidentes automobilísticos e violência urbana.

Vale ressaltar a importância de tratar de um assunto de extrema importância socioeconômica mundial, uma vez que o trauma pode ocasionar lesões físicas e/ou mentais temporárias ou não, podendo também levar o paciente ao óbito e sua principal incidência são os acidentes de trânsito. Além disso, convém ressaltar a necessidade de uma boa capacitação e atualização dos profissionais de saúde, bem como a constante atualização e utilização do ATLS, PHTLS e escala de coma de Glasgow, visando implementar assistência eficaz e segura das vítimas, com o intuito de minimizar possíveis complicações e óbitos das vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa revisão de literatura, foi possível concluir que o correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado demanda conhecimento dos devidos protocolos pré-definidos que permeiam o APH, uma vez que eles guiarão todas as etapas da assistência e irão garantir uma maior sobrevivência do paciente.

Com a análise, também foi possível compreender o quanto é fundamental e necessária a atualização e capacitação dos profissionais de enfermagem na estabilização e manejo desses pacientes, o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas.

A partir disso, pode-se concluir que o presente artigo alcançou seu principal objetivo traçado, uma vez que, conseguiu descrever os cuidados/manejos dos profissionais à vítima politraumatizada no APH, tendo como base os protocolos já preconizados. Apesar disso, ainda se faz necessária a realização de mais estudos sobre o tema abordado, estudos estes que devem evidenciar a prática e a percepção dos enfermeiros no cuidado aos pacientes politraumatizados, com o intuito de oferecer uma melhoria nos atendimentos prestados.

REFERÊNCIAS

ATLS - Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons. 10a. Ed 2018.

Bessa, Simone Lorena da Silva. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado nas unidades de atendimento móveis. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2758/Bessa,%20Simone%20Lorena%20da%20Silva%20-%20Assist%C3%AAncia%20de%20enfermagem%20ao%20paciente%20politraumatizado%20nas%20unidades%20de%20atendimento%20m%C3%B3veis.pdf?sequence=1>>.

BONFIM, L. N. et al. Papel do enfermeiro ao paciente politraumatizado: uma revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 4, p. 768–780, 2023.

CALVANCANTI, C. D. K. Cuidados de enfermagem ao paciente vítima de múltiplos traumas: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC. 2012.

FARIAS, M. T. D.; DE SOUZA, M. S.; CAMPOS, A. J. P. Assistência pré-hospitalar móvel ao paciente politraumatizado vítima de acidente de trânsito. revista ciência (in) cena, v. 2, n. 5, 2018.

FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de. Trauma e Emergência / Guilherme Barroso Langoni de Freitas. 1. ed. 2. Vol. - Irati: Pasteur, 2020.

GERHARDT, S. et al. Trauma cranioencefálico. Acta méd. (Porto Alegre), p. [5]-[5]. 2016.

LORENA, T. et al. Trauma cranioencefálico: caracterização das vítimas atendidas na emergência de um hospital referência em urgência e trauma de Goiânia. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/traumacranioencefalicocharacterizacaodasvitasatendidasnaemergenciaumhospitalreferenciaemergenciaetraumadegoiania.pdf>>.

MARTINS, Beatriz da Silva Soares et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado. Revista Rebis, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/236/172>.

PHTLS. Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado. 9a ed. Jones & Bartlett Learning, 2018.

SILVA MELO, D. M. DA et al. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em emergência hospitalar: uma revisão da literatura. recima21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, v. 2, n. 7, p. e27556, 2021.

VON Ameln, R. S., Azevedo, N. A., de Lima Neves, J., do Amaral, D. E. D., & Pinto, A. A. (2021). Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista. Research, Society and Development, 10(3), e1110312981-e1110312981.

WILL, Rubyely Caroline et al. Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 263, p. 3766-3777, 2020.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO A PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (TCE) NO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR (APH)

Data de aceite: 01/02/2024

Francielly Valentim

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Denis Albuquerque

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), é um dos principais problemas de saúde responsável por causar mortalidades no Brasil, o traumatismo craniano é uma lesão traumática, que afeta o parênquima cerebral ou suas estruturas tais como meninges, encéfalos, vasos, calotas cranianas e/ou couro cabeludo, causado por um trauma contuso ou penetrante como golpes, e /ou pauladas. As lesões cranioencefálicas encontrassem ente os tipos de traumas mais frequentes vistos nos Serviços de Emergências. **Objetivo:** Atender os pacientes de forma célere, de acordo com as manobras adequadas e direcioná-lo para a unidade mais próxima, atendendo de forma breve afim de diminuir os riscos secundários. **Materiais e Métodos:** Para realização

desse trabalho foi necessária uma seleção de artigos como base para esse trabalho uma seleção de estudos como base de dados do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), Revista Científica de Enfermagem, Sanarmed. Como metodologia científica foi utilizada Revisão bibliográfica de caráter qualitativo. **Resultados:** A partir dos artigos selecionados foram abordados diversos aspectos e pensamentos diferentes sobre o tema apresentado, os estudos se adequaram em uma das comparações e os resultados encontrados fazem análises críticas a respeito do tema quando se fazem necessárias. **Conclusão:** Conclui-se que o enfermeiro tem papel significativo no atendimento pré-hospitalar, onde suas responsabilidades são necessárias e também que tenha capacitações para tais profissionais periodicamente.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo craniano. Lesão traumática. Enfermeiro. Mortalidades.

THE NURSE'S PERFORMANCE TO PATIENTS VICTIMS OF TRAUMA BRAIN INJURY IN PRE-HOSPITAL CARE

ABSTRACT: Traumatic Brain Injury (TBI) is one of the main health problems responsible for causing deaths in Brazil. Head trauma is a traumatic injury that affects the brain parenchyma or its structures such as meninges, brains, vessels, skull caps and/or or scalp, caused by blunt or penetrating trauma such as blows and/or sticks. Cranioencephalic injuries were among the most frequent types of trauma seen in Emergency Services. Objective: Serve patients quickly, according to appropriate maneuvers and direct them to the nearest unit, providing brief assistance in order to reduce secondary risks. Materials and Methods: To carry out this work, a selection of articles was necessary as a basis for this work, a selection of studies as a database from the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Sciences and Health (LILACS) , Scientific Journal of Nursing, Sanarmed. As a scientific methodology, a qualitative bibliographic review was used. Results: From the selected articles, different aspects and different thoughts on the topic presented were addressed, the studies were adapted in one of the comparisons and the results found make critical analyzes regarding the topic when necessary. Conclusion: It is concluded that nurses have a significant role in pre-hospital care, where their responsibilities are necessary and also that they have training for such professionals periodically.

KEYWORDS: Head trauma. Traumatic injury. Nurse. mortalities

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), é um dos principais problemas de saúde responsável por causar mortalidades no Brasil, o traumatismo craniano é uma lesão traumática que pode ser como uma fratura ou laceração que afete o parênquima cerebral ou suas estruturas tais como meninges, encéfalos, vasos, calotas cranianas e/ou couro cabeludo, causado por um trauma contuso ou penetrante como golpes, pauladas, que irá resultar nas alterações seja de momentos ou permanentes e de natureza cognitiva ou funcional.

Segundo o Manual MSD versão para profissionais de Saúde o tratamento no primeiro atendimento a vítima consiste em suporte respiratório e manutenção adequada de ventilação, oxigenação e pressão arterial (PA), dessa forma dependendo do grau da lesão que o paciente sofreu pode evitar que o mesmo venha à óbito antes mesmo de chegar ao hospital.

De acordo com o Sanar MED as lesões cranioencefálicas encontrassem entre os tipos de traumas mais frequentes vistos nos serviços de emergências e cerca de 90% das mortes no pré-hospitalar estão relacionadas ao trauma com lesão cerebral.

De acordo com as Diretrizes Clínicas Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo Atendimento Pré Hospitalar a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado, com isso temos a cinemática do trauma.

A sistematização garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental. O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação

A estruturação do atendimento pré-hospitalar (APH) deve se dar de tal maneira que o intra-hospitalar deverá ser notificado durante o transporte da vítima, visando a provisão de todos os recursos humanos e materiais necessários ao atendimento.

Nisso, os profissionais de enfermagem que são o primeiro contato com a vítima visam ter eficácia no atendimento a fim de realizar todos cuidados necessários aumentando assim a sobrevivência daquela vítima tentando evitar o máximo de sequelas possíveis na mesma. Os cuidados com as vítimas de TCE se baseiam nas condições que o paciente se encontra na cinemática do trauma, isso irá exigir agilidade e objetividade no que fazer, como fazer, e trabalhar contra o tempo é indispensável e que a equipe esteja em sincronia e que seja profissional integrado a fim de tratar o paciente como deve ser tratado com mínimo de danos.

Atender os pacientes de forma célere, de acordo com as manobras adequadas e direcioná-lo para a unidade mais próxima, analisando assim a assistência de enfermagem em pacientes vítimas de TCE e de que forma o enfermeiro está envolvido nesta dinâmica. Atende-lo de forma breve e dinâmica diminuindo riscos; Qual conduta que o enfermeiro deverá fazer frente ao paciente vítima de TCE; Realizar avaliação primária, a fim de garantir a permeabilidade das vias aéreas, estabilização da coluna cervical, oferecerem oxigênio para uma ventilação adequada, monitorar circulação e avaliar precocemente a Escala de Coma de Glasgow.

Exemplo da Tabela abaixo da Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular 		Espontânea	+ 4 pontos
		Para comando verbal	+ 3 pontos
		Dor	+ 2 pontos
		Sem abertura dos olhos	+ 1 ponto
Resposta Verbal 		Orientado	+ 5 pontos
		Confuso	+ 4 pontos
		Palavras Impróprias	+ 3 pontos
		Sons Incompreensíveis	+ 2 pontos
		Sem Resposta Verbal	+ 1 ponto
Melhor Resposta Motora 		Obedece aos Comandos	+ 6 pontos
		Localiza a dor	+ 5 pontos
		Afasta a dor	+ 4 pontos
		Flexão à dor	+ 3 pontos
		Extensão à dor	+ 2 pontos
		Sem resposta motora	+ 1 ponto
Reatividade Pupilar 		Nenhuma reatividade	-2 pontos
		Unilateral	-1 ponto
		Reatividade bilateral	0 pontos

Fonte Portal WeMeds

Wanda Aguiar Horta diz que Partindo da teoria proposta o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem: — Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano» (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

E também se utiliza o Mnemônico do Trauma XABCDE onde o X- Hemorragias, A- abertura de vias aéreas e proteção da coluna cervical, B- Respiração, C- Circulação e controle de pequenas hemorragias, D- Neurológico, E- Exposição do paciente, tanto a Escala de Glasgow quanto o Mnemônico se faz necessário, para atender e resgatar a vítima, a fim de diminuir os agravos desses pacientes e não venha ocorrer o óbito, antes de ter os cuidados adequados no hospital de referência. No TCE também pode citar os acidentes automobilísticos, atropelamentos, agressões físicas, queda da própria altura, ferimento por arma branca (FAB) e ferimento por arma de fogo (FAF).

Pesquisa tem o objetivo de mostrar os altos índices de morbimortalidade a pacientes vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), levando em consideração todos os agravos após o acidente como sequelas das vítimas, óbitos, as consequências que vem pós-acidentes.

O TCE constitui um problema de saúde mundial, muito dos pacientes acometidos por essa enfermidade evoluem com insuficiência respiratória necessitando de intubação traqueal e suporte ventilatório artificial, apresentando como complicações frequentes a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).

Os cuidados às vítimas de TCE baseiam-se na estabilização das condições vitais do paciente. O atendimento se dá por meio de suporte à vida, permanecem validas todas as recomendações da abordagem primária, em especial a proteção da coluna cervical, pela possibilidade de lesão associada (Trauma Raquimedular).

Na cinemática do trauma o profissional irá avaliar a cena do acidente, definir as lesões para saber qual foi a força gerada neste paciente, se for acidente automobilístico por exemplo verificar o dano ao mesmo, qual foi a distância da frenagem, a posição das vítimas se as mesmas usavam cinto de segurança. No ambiente pré-hospitalar o atendimento da assistência do enfermeiro junto com a comunidade, polícia e corpo de bombeiros quando necessário, par assim ter o cuidado de remover a vítima com toda segurança e minimizar mais os danos ocorridos.

Visando atender todos os protocolos a serem seguidos e todas as condutas e normas para atender o paciente o enfermeiro irá visar a vítima como um todo não só a questão do controle da pressão intracraniana (PIC) e da perfusão cerebral (PPC), mas sim todos os parâmetros que traz o trauma crânio encefálico

REFERENCIAL TEÓRICO

A importância de identificar as vítimas no Trauma Crânio Encefálico descrito pelo PHTLS segundo a “Livre Tradução do PHTLS 9a edição, Parte do Capítulo 6, da página 169 a 180”, Semelhante ao ACLS, em que a prioridade da pesquisa primária mudou de ABC para CAB, a pesquisa principal do paciente vítima de trauma agora enfatiza o controle de sangramento externo com risco de vida como o primeiro passo da sequência. Enquanto as etapas da pesquisa primária são ensinadas e exibidas de forma sequencial, muitos dos passos podem, e devem, ser realizados simultaneamente. Os passos podem ser lembrados usando o mnemônico XABCDE:

- **X - Hemorragias Exsanguinolenta (Controle de Sangramento Externo);** A hemorragia externa é identificada e controlada na pesquisa primária, porque, se a hemorragia grave não for controlada o mais rápido possível, o potencial para o paciente evoluir a morte aumenta. Os três tipos de hemorragias externas são - capilares, venosos e arteriais.
 1. O sangramento capilar é causado por escoriações que raspam os minúsculos capilares logo abaixo da superfície da pele. O sangramento capilar geralmente não é ameaça a vida e pode ser retardado ou mesmo parar antes da chegada do operador de cuidados pré-hospitalar.
 2. O sangramento venoso é causado por laceração ou outra lesão de uma veia, o que leva a um fluxo constante de sangue de cor vermelho vinho, da ferida. Este tipo de sangramento geralmente é controlável com pressão direta.
 3. O sangramento arterial é causado por uma lesão que lacera uma artéria. Esse é o tipo de perda de sangue mais importante e difícil de controlar. é geralmente caracterizado por perda de sangue de cor vermelho vivo.
- **A - Gerenciamento de vias aéreas e estabilização da coluna cervical;**

A via aérea do paciente é verificada rapidamente para garantir que está pérvia (aberta e clara) e que nenhum perigo de obstrução existe. Se a via aérea estiver comprometida, ela terá que ser aberta, inicialmente usando métodos manuais (elevador de queixo traumatizado ou trauma-mandíbula-impulso), e limpa de sangue, substâncias do corpo, e corpos estranhos, se necessário. Eventualmente, à medida que o equipamento e o tempo se tornam disponíveis, a gestão das vias aéreas pode avançar para incluir sucção mecânica (via oral, via aérea nasal, vias aéreas supra glóticas, e intubação endotraqueal ou métodos transtraqueais). Numerosos fatores desempenham um papel na determinação do método manejo das vias aéreas, incluindo o equipamento disponível, o nível de habilidade do prestador de cuidados pré-hospitalares e a distância do centro de trauma. Algumas lesões das vias aéreas, como fratura laríngea ou transecção incompleta das vias aéreas, são agravadas por tentativas de intubação endotraqueal. A gestão das vias aéreas é discutida em detalhes na Airway e capítulo Ventilação.

Estabilização da Coluna Cervical

Todo paciente traumatizado com um mecanismo contuso de lesão é suspeito de lesão medular até que esta possível lesão medular seja conclusivamente descartada. É particularmente importante manter um alto índice de suspeita de lesão medular em idosos ou pacientes cronicamente debilitados, mesmo com menor mecanismos de lesão.

• **B - Respiração (ventilação e oxigenação);**

A respiração tem a função efetiva de entregar oxigênio aos pulmões do paciente para ajudar a manter o processo de metabolismo aeróbio. A hipóxia pode resultar de ventilação inadequada nos pulmões e levar à falta de oxigenação dos tecidos. Quando a via aérea do paciente estiver aberta, a qualidade e quantidade de respiração do paciente (ventilação) pode ser avaliada da seguinte forma:

Manejo das vias aéreas baseado em respostas espontâneas taxa de ventilação.

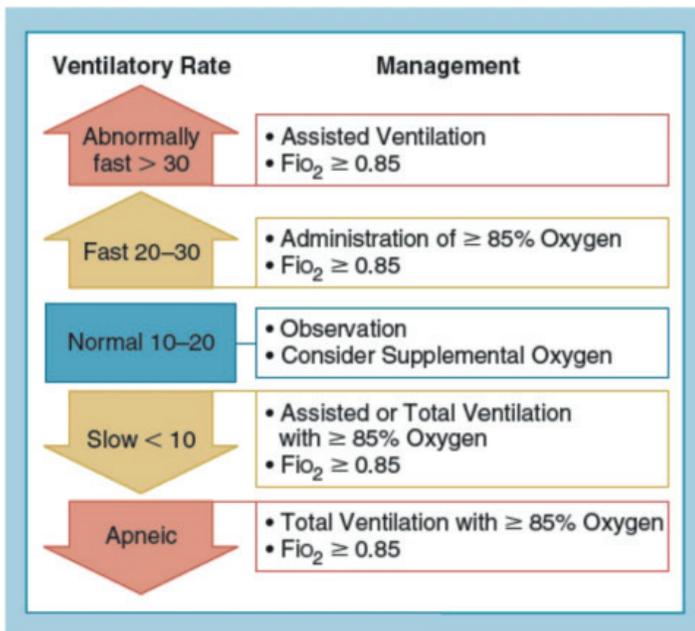


Figure 6-3 Airway management based on spontaneous ventilation rate.

• **C - Circulação (perfusão e outras hemorragias)**

A avaliação do comprometimento ou falha do sistema circulatório é o próximo passo para cuidar do paciente traumatizado. A oxigenação dos eritrócitos sem entrega às células do tecido é de nenhum benefício para o paciente. No primeiro passo da sequência, os sangramentos com risco a vida foram identificados e controlados.

- **D – Deficiência Neurológica**

Depois de avaliar e corrigir, na medida do possível, os fatores envolvidos na entrega de oxigênio para os pulmões e circulando por todo o corpo, o próximo passo na pesquisa primária é a avaliação da função cerebral, que é uma medida indireta da oxigenação cerebral. Esta começa com a determinação do nível de consciência do paciente (LOC). O prestador de cuidados pré-hospitalares deve assumir que um paciente confuso, delirante, combativo ou não cooperativo é hipóxico ou sofreu um TCE até que se prove o contrário.

A maioria dos pacientes quer ajuda quando suas vidas são ameaçadas. Se um paciente recusar ajuda, o motivo deve ser questionado. O paciente se sente ameaçado pela presença de um provedor em cena? Em caso afirmativo, outras tentativas de estabelecer o relacionamento ajudará muitas vezes a ganhar a confiança do paciente.

- **E - Expor / ambiente.**

Um passo inicial no processo de avaliação é remover as roupas do paciente, porque a exposição do paciente com trauma é fundamental para encontrar todas as lesões (Figura 6-5). O ditado, “A única parte de o corpo que não está exposta será a parte mais gravemente ferida”, nem sempre pode ser verdade, mas a verdade, é que muitas vezes, exige um exame corporal total. Além disso, o sangue pode ser absorvido por roupas e passar despercebido. Depois de ver todo o corpo do paciente, o prestador de cuidados pré-hospitalares deve, em seguida, cobrir o paciente novamente para conservar o calor do corpo. Embora seja importante expor o corpo de um paciente com trauma para completar uma avaliação eficaz, a hipotermia é um problema sério na gestão de um paciente traumatizado.



Figure 6-5 Clothing can be quickly removed by cutting, as indicated by the dotted lines.

A teoria de Freud “ A noção do trauma vem desde que se inicia entre 1885 e 1886, no hospital Salpêtrière com suas experiências com Jean-Martin Charcot, Freud queria estudar a anatomia do Sistema Nervoso conforme os seus estudos entre Paris e Berlim (Freud, 1956[1886])”, Charcot veio a se interessar pelas doenças nervosas crônicas. Freud assinalou que até 1886 a histeria era caracterizada como coisa negativa a doença era irritação genital e não tinha nem sintomas que pudesse defini-la.

A teoria de Wanda Horta, disse que a enfermagem e outras áreas da saúde trabalham na observação do paciente dando aos mesmos a necessidade básica que precisam. Com isso Horta criou seis passos de grande importância e irá reger a enfermagem até os dias de hoje. Três deles foram essenciais: Histórico, diagnóstico que é realizado pelo médico e o plano assistencial, a partir das análises o qual foi possível saber conduzir da melhor forma o tratamento do paciente e de forma humanizada.

É essencial que tenha um plano de cuidado, fazer uma análise na evolução desse paciente e por último o prognóstico que será feito pelo profissional de enfermagem, terá um resultado que será confiável que irá proporcionar um bem-estar ao paciente e uma ótima qualidade de vida do mesmo.

Segundo Fabiana Lenharo a correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranio encefálico foram utilizados como padrões tomográficos: hematoma subgaleal, fratura óssea da calota craniana, fratura da base do crânio, área de contusão cerebral confusão hemorrágica e coleção sanguínea extra parenquimatosa, edema cerebral difuso, hemorragia subaracnóidea, padrão de três ou mais achados.

Segundo a Revista Científica a Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás. “Cândido Santiago “O número de internações foi predominante no sexo masculino (76,23%), na faixa etária entre 20 e 29 anos (17,65%); em relação à permanência hospitalar, foi obtido uma média de 6,2 dias de internação; os índices de mortalidade foram maiores no sexo masculino (10,06%), assim como o valor gasto com os pacientes, com 81,39% para esse sexo.

Com esses dados podemos observar que o TCE, é um grande problema no Brasil, segundo “Randhall Bruce Kreismann Carteri” 1,2, “Ricardo Azevedo da Silva”², diz que entre 2008 e 2019 ocorreram, 131.014,83 internações por TCE ao ano foi de 65,54 por 100 mil habitantes.

Segundo o Sanarmed Existem três tipos de TCE de acordo com a Escala de Coma de Grau Leve, moderado e grave cada condição irá dizer qual conduta o enfermeiro deverá ter com o paciente, TCE leve o enfermeiro irá colher a história do paciente, fazer um exame geral, excluir possíveis lesões sistêmicas, exames neurológicos; TCE moderado Exame inicial como o exame físico assegurando a estabilidade cardiopulmonar; TCE grave Avaliação primária, reanimação Intubação orotraqueal, tratar a hipotensão, hipovolemia e hipóxia do mesmo.

MATERIAL E MÉTODOS

Após a delimitação do tema foi elaborado o plano de trabalho, inicialmente pensando sobre algumas questões para nortear o trabalho tais como: As possíveis intervenções de enfermagem frente ao pacientes vítimas de TCE.

Para realização desse trabalho foi necessária uma seleção de artigos como base para esse trabalho uma seleção de estudos como base de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), Revista Científica de Enfermagem, Sanarmed. Como metodologia científica Revisão bibliográfica de caráter qualitativo.

É analisar criticamente as principais tendências e desenvolvimentos no APH para identificar lacunas no conhecimento existente e destacar áreas de pesquisa promissoras., utilizando palavras-chave como Traumatismo craniano. Lesão traumática. Enfermeiro. Mortalidades, as relações entre essas categorias serão examinadas para identificar padrões emergentes. Os resultados serão sintetizados por meio de uma análise comparativa das descobertas. As principais tendências e lacunas identificadas serão destacadas, e conclusões serão formuladas com base nos padrões emergentes observados.

Para a pesquisas forão utilizados os seguintes descritores para a pesquisa como Traumatismo craneoencefálico, condutas de enfermagem a vítimas de traumatismo craneoencefálico no APH, os critérios utilizados foram artigos, revistas publicadas entre 2008 a 2019 com o tema em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos artigos selecionados foram abordados diversos apectos e pensamentos difrentes sobre o tema apresentado, os estudos se adequaram em uma das comparações e os resultados encontrados fazendo analises críticas a respeito do tema quando se fazem necessárias. Também foi possível identificar a visão dos diversos autores a respeito da condução que o enfermeiro trás no atendimento ao paciente vítima de traumatismo crânioencefálico.

De acordo com a Revista Eletrônica Acervo Saúde Os traumas também são responsáveis pela maior parte das incapacitações permanentes, pois a cada morte por lesões traumáticas, três pessoas ficam com sequelas permanentes, gerando gastos de aproximadamente 670 bilhões de dólares por ano com os custos médicos e a perda da produtividade (DRUMOND D, 2014).

A incidência, prevalência e letalidade do trauma na sociedade impacta não só em termos de custos diretos e indiretos em saúde, mas também pela incapacidade e modificação na rotina de vida das vítimas Acreditas-se que conhecer as características da população vítima de trauma, as características dos atendimentos dos mesmos e as características clínicas dos traumas nesse estado brasileiro irá subsidiar informações que contribuirão

para o planejamento e direcionamento dos programas e políticas voltadas à prevenção deste evento no estado (DRUMOND D, 2014; ABC, 2019). Diante disso, o objetivo do estudo foi descrever as características sociodemográficas das vítimas de traumas, bem como aspectos circunstanciais e clínico-assistenciais de suas ocorrências em um centro de trauma na região centro-oeste do país.

De acordo com a tabela abaixo está a distribuição proporcional dos pacientes com trauma atendidos na emergência considerando os meses do ano de 2019.

Mês	Número de traumas	%	Amostra
Janeiro	1659	8,94	102
Fevereiro	1428	7,69	88
Março	1536	8,27	96
Abril	1469	7,91	91
Mai	1540	8,30	95
Junho	1399	7,54	87
Julho	1584	8,53	98
Agosto	1448	7,80	89
Setembro	1580	8,51	98
Outubro	1678	9,04	104
Novembro	1622	8,74	100
Dezembro	1622	8,74	100
TOTAL	18.565	100,00	1148

Fonte: Paulo GML, et al., 2021.

Os dados coletados no estudo abaixo foram referentes aos atendimentos de TCE realizados pelo SUS. Foram incluídos dados sobre morbidade hospitalar, média de permanência, taxa de mortalidade, valor gasto por internação e dados epidemiológicos relacionados ao acometimento por sexo e faixa etária. O período analisado foi de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, obtendo-se uma análise epidemiológica da morbidade por um intervalo de 10 anos.

Na década citada foram registradas 1.045.070 internações por TCE. Conforme os dados analisados e registrados na Tabela 1 pode-se concluir que o maior número de internações foi no sexo masculino.

Faixa Etária de Acometimento	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total de internações
Menor de 1 ano	14.163	10.828	24.991
1 a 4 anos	31.172	21.874	53.046
5 a 9 anos	29.148	15.971	45.119
10 a 14 anos	28.274	11.422	39.696
15 a 19 anos	63.537	17.407	80.944
20 a 29 anos	153.832	30.705	184.537
30 a 39 anos	130.941	25.434	156.375
40 a 49 anos	111.281	22.696	133.977
50 a 59 anos	91.812	21.171	112.983
60 a 69 anos	65.428	20.519	85.947
70 a 79 anos	47.169	23.997	71.166
80 anos e mais	29.991	26.298	56.289
Total	796.748	248.322	1.045.070

Tabela 1: Internações por Traumatismo Intracraniano de 2010 a 2019 no SUS abordando faixa etária e sexo

(SANTOS JC, 2020) Tabela de autoria própria.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A taxa de mortalidade hospitalar maior foi no sexo masculino e em relação à idade dos pacientes internados foram encontradas taxas mais significativas a partir dos 60 anos de idade.^{15,25} A maior taxa de mortalidade encontrada também foi no sexo masculino, na faixa etária de 80 anos ou mais, como ilustrado na Tabela 2.

Faixa Etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Menor de 1 ano	2,23	1,52	1,92
1 a 4 anos	1,33	1,52	1,41
5 a 9 anos	1,38	1,65	1,48
10 a 14 anos	2,98	2,93	2,97
15 a 19 anos	8,1	5,43	7,53
20 a 29 anos	8,93	5,66	8,38
30 a 39 anos	9,36	5,93	8,8
40 a 49 anos	10,74	7,3	10,15
50 a 59 anos	12,38	9,01	11,75
60 a 69 anos	14,31	11,12	13,55
70 a 79 anos	16,6	13,41	15,53
80 anos e mais	21,76	17,68	19,85
Total	10,06	7,65	9,49

Tabela 2: Taxa de mortalidade 2010-2019 por Traumatismo Intracraniano no SUS abordando faixa etária e sexo

(SANTOS JC, 2020) Tabela de autoria própria.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

CONCLUSÃO

Conclui-se que o enfermeiro tem papel significativo no atendimento pré-hospitalar, onde suas responsabilidades são necessárias e também que tenha capacitações para tais profissionais periodicamente, o enfermeiro também é responsável pelo atendimento padronizado e educação permanente dos técnicos que ali trabalham para o conforto e recuperação dos seus pacientes junto com a equipe multiprofissional, para que tenha atendimento eficaz.

Percebeu-se que é no atendimento pré hospitalar (APH) que o profissional de enfermagem determina as condições de sobrevivência do paciente, tanto no agravo, e caso não saiba como realizar o atendimento e com os cuidados e na tomada de decisões em favor de estabilizar o quadro do trauma, quanto após este atendimento e também no cuidado continuado.

Evidenciou-se que nas ações do cuidado ao paciente vítima de TCE, requer do profissional de enfermagem participação direta em todo o processo. Ele vivencia ativamente do início ao fim do processo de atendimento ao indivíduo com este tipo de trauma.

A presença do enfermeiro é primordial no atendimento a uma vítima de TCE, tendo em vista que este profissional tem fundamental o cuidar, sendo também o Norte para sua equipe sempre gerenciando situações, e possíveis complicações advindas do trauma.

Durante a avaliação primária do atendimento pré hospitalar ressalta-se a importância da estabilização da coluna cervical do paciente, primeiramente com as mãos até a avaliação do nível de consciência deste paciente, seguindo com a colocação do colar cervical adequado ao paciente, até que seja completamente descartado uma possível lesão de cervical, e em seguida, realizar a avaliação do ABCDE do trauma, ressaltando assim também a necessidade de um conhecimento apurado sobre aplicação efetiva da escala de Glasgow e reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um TCE grave.

Assim, tendo a equipe de enfermagem participação direta no quadro de melhora do indivíduo vítima de TCE, deve-se ter o profissional esta consciência e buscar atualizar-se diariamente, como também é de responsabilidade da equipe gestora esta formação continuada.

AGRADECIMENTOS

Venho primeiramente agradecendo a Deus, por ter me dado vida, agradeço inclusive pela minha trajetória acadêmica, durante esses 5 anos, não foram fáceis so quem esteve comigo sabe do que estou falando. Aos amigos que fiz e aos futuros colegas de profissão, meu muito obrigado, As brigas, discussões, e a tudo que passamos nesses anos foram com certeza essenciais a cada um de nós, pensei em desistir várias vezes, por vários motivos mas sei que o caminho a ser trilhado seria difícil mas não o impossível.

A minha Rainha (Josinete) que não poderia deixar de fora por ter me dado todo suporte que conseguia a todos esses anos, por ser meu alicerce quando sempre precisei e não me desamparou, ao meu irmão que sempre me ajudou Állisson, obrigada por tudo, achei que não chegaria tão longe mas, sempre deixou claro que consigo chegar onde quiser é so ir, cheguei viu, a Formatura está por vir, Gratidão a Victor por mesmo não entender do assunto se fazia presente sempre que precisava me auxiliando também. Agradecer as meninas do Grupinho que me acolheram Mayana, Patricia, Isabele e Brenna que aos troncos e barrancos chegamos hein, foi difícil e chegamos ate o final.

Agradecer ao meu orientador Prof Ms. Denis Albuquerque por ter acreditado em mim e na realização deste trabalho, pela contribuição durante a minha graduação como sempre diz vocês vão odiar e no final vão acabar se apaixonando pela Urgência e Emergência e pela linda profissão que é a Enfermagem foi o que aconteceu. Enfim, meu muito obrigado a todos que me ajudaram de forma direta ou indireta na construção desse sonho, e que não foram aqui mencionados, expresso a minha profunda gratidão.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King”).

REFERÊNCIAS

A noção de trauma em Freud e Winnicott Nat. hum. v.6 n.2 São Paulo dez. 2004 disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000200003#:~:text=Pode%2Dse%20concluir%20que%20a,%C3%A9%20sempre%20de%20natureza%20sexual>

ANDRADE, Ananda Cira da Cruz. o paciente vítima de tce na unidade de emergência: cuidado da equipe de enfermagem. Disponível em arquivo pdf em <: 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso da (Graduação). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2014. <http://ri.ufrb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2021/1/Paciente_Vitima_Tce_TC_C_2014.pdf>

Atendimento de Urgência ao Paciente Vítima de Trauma Diretrizes Clínicas Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Atendimento%20de%20Urg%C3%AAncia%20ao%20Paciente%20V%C3%ADtima%20de%20Trauma.pdf>

Condutas de enfermeiros ao paciente vítima de traumatismo cranioencefálico Carina Bernardino Soares¹ Damiana veras² Josiane Dantas Siqueira³ Edmara da Nóbrega Xavier Martins⁴ Kilmara Melo de Oliveira Sousa⁵ Érica Surama Ribeiro César Alves⁶, Disponível em <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17107.pdf>>

Escala de Glasgow <https://portal.wemeds.com.br/escala-de-coma-de-glasgow/>

Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxicac%C3%A7%C3%A3o/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce>>

Pedroso Leticia disponível em < <https://irp-cdn.multiscreensite.com/64d4fda7/files/uploaded/Aula%201%20-Introdo%C3%A7%C3%A3o%20Cinem%C3%A1tica%20trauma.pdf>

RANDHALL Bruce Kreismann Carteri, Ricardo Azevedo da SILVA, disponível no link: <[https://www.scielo.br/j/rbti/a/K5yzpQH78f4FmwmjPjppCm/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20an%C3%A1lise%20dos%20dados%20dispon%C3%ADveis,ao%20TCE%20\(Tabela%201\).https://www.sanarmed.com/trauma-cranioencefalico](https://www.scielo.br/j/rbti/a/K5yzpQH78f4FmwmjPjppCm/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20an%C3%A1lise%20dos%20dados%20dispon%C3%ADveis,ao%20TCE%20(Tabela%201).https://www.sanarmed.com/trauma-cranioencefalico)

Santana Karlene Dsponível: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/4209/1KARLENESANTANA.pdf>

Santos JC. Traumatismo cranioencefálico no Brasil: análise epidemiológica. Disponível em <Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago". 2020;6(3):e6000014 (file:///C:/Users/NOVO/Downloads/249-Texto%20do%20artigo-719-1-10-20201216%20(1).pdf)

SANTOS, Julia do Carmo Traumatismo Cranioencefálico No Brasil: Análise Epidemiológica, disponível no link: <file:///C:/Users/NOVO/Downloads/249-Texto%20do%20artigo-719-1-10-20201216.pdf

Trauma cranioencefalico caracterização das vítimas atendidas na emergência de um hospital referencia em urgência e trauma de goiania.pdf disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/>

Trauma cranioencefalico caracterização das vítimas atendidas na emergência de um hospital referência em urgência e trauma de Goiânia Disponível em <<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/TRAUMACRANIOENCEFALICOCARACTERIZACAODASVITIMASATENDIDASNAEMERGENCIADEUMHOSPITALREFERENCIAEMURGENCIAETRAUMADEGOIANIA.pdf>

Trauma cranioencefálico: atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar Revista científica de enfermagem Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/479/498AGRADECIMENTOS> (opcional)

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS EM OBSTETRÍCIA

Data de submissão: 16/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Emanuella Pereira de Lacerda

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís- Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-4399-1161>

Amanda Silva de Oliveira

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís- Maranhão
<https://orcid.org.br/0000-0003-0787-9989>

Fabiano Rossi Soares Ribeiro

Maternidade de Alta Complexidade do
Maranhão- MACMA
São Luís- Maranhão
<https://orcid.org.br/0000-0001-6336-3421>

Danessa Silva Araújo Gomes

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA São Luís-
Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9600992265820479>

Rose Mary Soares Ribeiro

Universidade Estadual do Maranhão-
UEMA São Luís- Maranhão-
<http://lattes.cnpq.br/9171422898320938>

Suzana Portilho Amaral Dourado

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSERH
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7133793096287504>

Karla Andreia da Costa Carvalho

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSERH
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7041735563282346>

Jade Mendonça Pereira Carvalho

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA/EBSERH
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/421482141700131>

Livia Anniele Sousa Lisboa

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís – Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-5835-9038>

Alessandra dos Santos

Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão- HUUFMA
São Luís – Maranhão
<https://lattes.cnpq.br/9370529862971475>

Iza Fernanda Vieira Oliveira

Maternidade de Alta Complexidade do
Maranhão- MACMA
São Luís- Maranhão

RESUMO: Objetivo capacitar a equipe de enfermagem com atualizações frente às urgências e emergências hipertensivas de gestantes e puérperas. **Metodologia** O presente do estudo ocorreu em um Centro obstétrico que atende a cliente relacionada lacionada. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e intervencionista. A capacitação ocorreu in loco nos plantões diurnos e noturnos, com duração de 45 min/ por plantão e ao final realizou-se rodas de conversa com cada membro da equipe e arguição oral direcionada aos envolvidos. **Resultados alcançados:** Após a capacitação, os membros da equipe de enfermagem puderam dirimir as dúvidas referentes ao atendimento às gestantes e puérperas com crises hipertensivas agravadas ou não. **PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão; Enfermagem; Hipertensão Induzida pela Gravi- dez; Educação em saúde; Obstetrícia.

EXPERIENCE REPORT: UPDATING THE NURSING TEAM ON HYPERTENSIVE EMERGENCIES AND URGENCIES IN OBSTETRICS

ABSTRACT: Objective: To provide the nursing team with updates on hypertensive urgencies and emergencies in pregnant and puerperal women. Methodology: This study was carried out in an obstetric center that serves this clientele. This is an explo- ratory and interventionist study. The training took place on site during the day and night shifts, lasting 45 minutes per shift, and at the end there were discussi- on circles with each member of the team and oral arguments directed at those involved. Results achieved: After the training, the members of the nursing team were able to resolve any doubts regarding the care of pregnant and postpartum women with aggravated or non-aggravated hypertensive crises. **KEYWORDS:** Hypertension; Nursing ;Hypertension, Pregnancy-Induced; Health Education; Obstetrics.

INTRODUÇÃO

As Síndromes Hipertensivas da Gestação constituem um dos capítulos mais relevantes dentro da obstetrícia, pois é a principal causa de morbimortali- dade materna e perinatal no Brasil (FUNDAÇÃO FIOCRUZ, 2023).

A hipertensão crônica está presente em 0,9 a 1,5% das grávidas, e estima-se que a pré-eclâmpsia (PE) complica de 2 a 8% das gestações globalmente. Tais síndromes são fatores causais relacionados com óbitos materno e perinatal, podendo causar limitações definitivas à saúde materna e problemas graves decorrentes de prematuridade associada às indicações precoces de intervenção (prematuridade eletiva) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020).

Em pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Instituto Çarê, expõe como as mulheres negras são as que mais sofrem com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. de 2014 a 2021, a cada 1.000 partos no Brasil, 28,4 apresentaram eclâmpsia ou pré?eclâmpsia. Para as mulheres brancas, essa taxa foi de 24,9, enquanto para as pardas foi de 27,5 e para as pretas 32,8 (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022).

A incidência de eclâmpsia varia de acordo com a assistência, de acordo com diversos estudos, países de alta renda: 1,6 a 10 /10.000 partos. Já países de baixa e média renda: 19,6 a 142/10.000 partos O sulfato de magnésio é a principal medicação para prevenção e/ou tratamento da eclâmpsia, comprovadamente superior a outros anticonvulsivantes (FUNDAÇÃO FIOCRUZ, 2023).

A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma condição que não tem cura (SHG), exceto pela interrupção da gestação, podendo evoluir para HELLP (Haemolysis, Elevated enzymes activity e Low platelets) CID (Coagulação Intravascular Disseminada) (BRASIL, 2010). Essas condições são consideradas como agravamento do quadro de pré- eclampsia e, se manejadas inadequadamente podem levar a morte materna e neonatal (THULER; WALL, 2021).

Dessa maneira a pré-Eclâmpsia é caracterizada pela identificação de hipertensão arterial + proteinúria ou sinais de comprometimento de órgãos-alvo após a 20ª semana de gestação, sua incidência varia de 5%- 10% de todas gestações com Pressão Arterial Sistólica > 140 e/ou Pressão Arterial Diastólica > 90 mmHg, duas ou mais aferições com intervalo ≥ 4 horas, presença de proteinúria: > 300 mg/24h ou relação proteína/albumina na urina ≥ 3,0 ou dipstick (fita) ≥ ++. Acomete órgãos-alvo: disfunção hepática, neurológica, renal, hematológica, edema pulmonar (FEBRASGO, 2021).

O papel do profissional de saúde sobretudo, do enfermeiro(a) é primordial. Visto que, ele acompanha a gestante desde a captação da gravidez, o pré- natal, o parto, o puerpério e o pós-alta hospitalar, não esquecendo claro da família que também é fundamental (FASSARELA *et. al*, 2020).

Em um centro obstétrico, a chegada do paciente na emergência em busca de atendimento requer avaliação atenta e humanizada por parte dos membros da equipe de saúde, identificando se há necessidade de atendimento de urgência ou não. Durante a assistência de enfermagem é necessário que haja agilidade no atendimento, na atenção dispensada ao paciente tanto na forma de acolher e coletar as informações necessárias como em verificar sinais e sintomas, principalmente em situações em que o usuário não saiba ou não consegue expressar sua queixa (BARBOSA *et al.*, 2022).

O objetivo do referido estudo foi capacitar a equipe de enfermagem com atualizações frente às urgências e emergências hipertensivas de gestantes e puérperas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa exploratória proporciona ao pesquisador obter maiores informações sobre determinado assunto, facilitando a delimitação do tema de trabalho e a definição dos objetivos, e ainda, provoca a formulação das hipóteses da pesquisa, as quais a investigação pode resultar na descoberta de um novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente (ANDRADE, 1999). Para Gil (2002, p. 41), “estas pesquisas têm como objetivo

proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Já a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

O presente do estudo trata-se de um relato de experiência desenvolvido em um Centro obstétrico que atende a gestantes e puérperas com quadro de Síndrome Hipertensiva em situações de urgência e emergência.

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. É a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde.

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e intervencionista. A capacitação ocorreu in loco nos plantões diurnos e noturnos, com duração de 45 min/ por plantão e ao final realizou-se rodas de conversa com cada membro da equipe e arguição oral direcionada aos envolvidos.

Devido a adequação ao cenário apresentado, as rodas de conversa possibilitam encontros dialógicos criando assim possibilidades de produção e ressignificação de sentidos e saberes sobre a experiência de cada participante. A sua metodologia se baseia na horizontalização das relações de poder onde é desconstruída a figura do “mestre” como centro do processo e a fala se molda como produtora de valores, práticas e discurso. As rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados já que são construídas pela fala crítica e escuta sensível de forma lúdica favorecendo o entrosamento e a confiança entre os participantes (FARIAS, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atualização da equipe ocorreu baseada na utilização de Metodologias Ativas de ensino possibilita que os participantes ocupem seus lugares na construção de sua aprendizagem, se tornando, assim, profissionais críticos, reflexivos. Desse modo, preparam-se para enfrentarem a complexidade de problemas que venham a se apresentar em seu trabalho, mais especificamente, na área da saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2018).

Portanto, um dos méritos das Metodologias Ativas está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para, efetivamente, alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

A educação dos profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem exige uma formação contínua, que proporcione o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades, que possibilitem aos indivíduos escolher as ferramentas necessárias e aplicá-las em seu aperfeiçoamento pessoal e profissional, a fim de se obter um cenário de trabalho mais colaborativo e eficiente para os envolvidos em sua assistência (ALEXANDRE *et al.*, 2019).

Após a capacitação os membros da equipe de enfermagem puderam dirimir às dúvidas referentes ao atendimento às gestantes e puérperas com crises hipertensivas agravadas ou não. Destaca-se como principais resultados:

Mais segurança e autonomia na realização das atividades; Melhora na relação interpessoal entre os membros da equipe de enfermagem e demais membros da equipe assistencial; E maior atenção por parte dos profissionais de enfermagem na rotina de acompanhamento das pacientes hipertensas do centro obstétrico.

A redução da morte materna relacionada às Síndromes Hipertensivas no Brasil pode ocorrer através da construção de estratégias locais para disseminação e educação permanente dos profissionais de saúde que considerem os marcadores sociais contextualizados que podem ampliar os riscos às gestantes; Tornar todos os locais de atenção à saúde adequados e autossuficientes; Seguir a assistência nos três níveis de atenção à saúde no SUS, dentre diversas outras ações intra e intersetoriais (FUNDAÇÃO FIOCRUZ, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a atual concepção formativa para atender as necessidades de saúde da população deve integrar ensino, pesquisa e serviço, como uma proposta estratégica, com visão da política de formação profissional e desenvolvimento com estímulo da sua continuidade.

Assim, apreende-se o quão importante se fez a realização de tal iniciativa educacional com a equipe de enfermagem visto que, tais profissionais são imprescindíveis no atendimento à gestantes puérperas com quadro hipertensivo e podem corroborar de maneira significativa com um desfecho favorável para o binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Natália Nayane Neves *et al.* EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Temas em Saúde**, Cajazeiras Paraíba, v. 00, n. 00, p. 50-61, out. 2019. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/07/FSM03.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1999

BARBOSA, Maria Emanuele Interaminense *et al.* Crise hipertensiva: atuação da enfermagem em uma unidade de emergência / hypertensive crisis. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 11747-11757, 28 jun. 2022. Sou- th Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n3-311>.

Barroso et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 . Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS- 2020.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2023.

BRASIL. Departamento de ações programadas e estratégicas. **Gestão de Alto Risco: Manual técnico**. 5ª edição- Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf (saude.gov.br). Acesso: 03 de outubro de 2023.

Escrita Acadêmica. **O relato de experiência**. Disponível em: [Www.escretaaca-demica.com/topicos/generos-academicos/o-relato-de-experiencia/](http://www.escretaaca-demica.com/topicos/generos-academicos/o-relato-de-experiencia/) . Acesso em 18/10/2023.

FARIAS, Ana Paula Nogueira. **A RODA DE CONVERSA COMO METODOLOGIA EDUCATIVA NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MINAS GERAIS**. 2019. 29 f. TCC (Graduação) - Curso de

Curso de Especialização em Formação Pedagógica na Área de Saúde, Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-Mg, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/32993>. Acesso em: 25 out. 2023.

FASSARELA et. al. Cuidados de enfermagem direcionados à gestantes portadores de doença hipertensiva específica da gestação. Artigo de revista. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e343996768, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.6768. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6768>. Acesso em: 18 de outubro 2023.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRAS- GO). Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FE- BRASGO-Obstetrícia, n. 73 / Comissão Nacional Especializada em Gestão de Alto Risco).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Prevenção da Mortalidade de Materna por Hipertensão**. Rio de Janeiro, 26 out. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/prevencao-da-mortalidade-materna-por-hipertensao/>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Prevenção da eclâmpsia: o uso do sulfato de magnésio**. Rio de Janeiro, 26 out. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/prevencao-da-eclampsia-o-uso-do-sulfato-de-magnesio/>.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Instituto Çarê. Boletim Çarê-IEPS n. 1/2022 Saúde Materna da Mulher Negra. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Boletim_Care-IEPS-1-Saude-Materna-Mulher_Negra.pdf.

WEBER, Lidia Catarina. **METODOLOGIAS ATIVAS NO PROCESSO DE ENSINO DA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA**. 2018. 83 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Mestrado em Ensino, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstream/39b9c76a-8c53-4e75-abd3-6589b6651b0f/content>. Acesso em: 25 out. 2023.

SOUZA, Elaine Fernanda Dornelas de; SILVA, Amanda Gaspar; SILVA, Ariana Ieda Lima Ferreira da. Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 920-924, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/T3MbRzVD93QZhZ7WRRDwtQQ/?lang=en#>. Acesso em: 26 out. 2023.

THULER, Andréa Cristina de Moraes Chaves; WALL, Marilene Loewen. CONS-TRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 26, p. 1-13, 30 ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75754>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/cenf/a/t9K9hdPnDY7kmbfsQftqhMM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2023.

TRIVIÑOS, Antonio Nibaldo S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de submissão: 07/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Macon Daniel Chassot

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0001-7017-6982>

Juciane A. Furlan Inchauspe

<https://orcid.org/0000-0002-2386-1378>

Elisiane de Oliveira Machado

Parobé - RS

<https://orcid.org/0009-0002-9227-1213>

Simone Thais Vizini

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-4929-1406>

Suimara Santos

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-8739-4385>

Raquel Adjane de Magalhães Machado

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0004-8576-9165>

Fernanda dos Reis

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/000-1593-0508>

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

<https://orcid.org/0009-0008-7353-4851>

Michelle Dornelles Santarem

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-7046-7007>

RESUMO: A Síndrome de Takotsubo se caracteriza por uma disfunção ventricular esquerda, de caráter transitório, seu quadro clínico mimetiza a síndrome coronariana aguda, ainda pouco conhecida e subdiagnosticada, acomete em sua maioria mulheres e não tem seu processo fisiopatológico bem esclarecido. Trata-se de um estudo baseado na revisão da literatura com utilização artigos científicos, publicados em meio eletrônico abordando o tema Síndrome de takotsubo. **OBJETIVO:** verificar sua relação com o infarto agudo do miocárdio, verificar a prevalência da doença em relação ao sexo e a faixa etária, conhecer como se desencadeia esta síndrome e demonstrar seus fatores desencadeantes.

MÉTODOS: levantamento bibliográfico, realizado de janeiro de 2007 a maio de 2016; disponibilidade dos mesmos na íntegra e no idioma português, constituindo assim uma amostra de 33 artigos. **RESULTADOS E CONCLUSOES:** A análise dos artigos mostra que a síndrome de takotsubo ainda é uma doença subdiagnosticada, pouco conhecida, que teve uma maior atenção e notoriedade nos ultimo anos devido a sua maior incidência, a prevalência ocorre no sexo feminino em situação pós menopausa, sugere uma relação com a diminuição do

estrogênio nas mulheres, corresponde a cerca de 2% dos casos de síndrome coronariana que chegam a emergência e está intimamente relacionada ao estresse e a hipertensão arterial sistêmica, não podendo ser descartado seu diagnóstico aos pacientes que chegam a emergência com o quadro sugestivo de síndrome coronariana aguda e principalmente se o mesmo foi desencadeado por evento estressor.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Takotsubo; Síndrome coronariana aguda; Infarto agudo do miocárdio.

ABSTRACT: Takotsubo Syndrome is characterized by left ventricular dysfunction, of a transient nature, its clinical picture mimics acute coronary syndrome, still little known and underdiagnosed, it mostly affects women and its pathophysiological process is not well understood. study based on literature review using scientific articles, published electronically, addressing the topic of takotsubo syndrome. **OBJECTIVE:** to verify its relationship with acute myocardial infarction, verify the prevalence of the disease in relation to sex and age group, understand how this syndrome is triggered and demonstrate its triggering factors. **METHODS:** bibliographic survey, carried out from January 2007 to May 2016; availability of them in full and in Portuguese, thus constituting a sample of 33 articles. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** The analysis of the articles shows that takotsubo syndrome is still an underdiagnosed, little-known disease, which has received greater attention and notoriety in recent years due to its higher incidence, the prevalence occurs in post-menopausal females, suggests a relationship with the decrease in estrogen in women, it corresponds to around 2% of cases of coronary syndrome that arrive at the emergency room and is closely related to stress and systemic arterial hypertension, and its diagnosis cannot be ruled out in patients who arrive at the emergency room with a condition suggestive of acute coronary syndrome and especially if it was triggered by a stressful event.

KEYWORDS: Takotsubo Syndrome; Acute coronary syndrome; Acute myocardial infarction.

INTRODUÇÃO

Tem-se os primeiros relatos na literatura em 1990 no Japão, por Satoh et al. Onde “tako” é traduzido como polvo e “tsubo”, panela de barro. O nome faz referência a um vaso-armadilha comumente utilizado por pescadores para a captura de polvos, de gargalo estreito e fundo alargado, semelhante ao aspecto visual do coração acometido durante ventriculografia esquerda (MACIEL, et AL, 2013)

Conhecida também como cardiomiopatia de estresse ou simplesmente síndrome do coração partido, a síndrome de Takotsubo é uma doença rara. Os sintomas apresentados pelos pacientes são: dor torácica típica de síndrome coronariana aguda e dispnéia (MACIEL, et AL, 2013).

A principal queixa dos pacientes que procuram a emergência é dor torácica de início súbito seguida de dispnéia (REIS; ROSAS, 2010).

Em sua maioria, a apresentação é precedida por uma situação de estresse (MACIEL, et al, 2013).

Reis e Rosa (2010), também citam em seu estudo que os sintomas da doença mimetizam uma síndrome coronariana aguda e que somente um estudo através de cateterismo cardíaco pode mostrar as características desta doença, assim como ausência de lesões coronarianas significativas, citam a importância do diagnóstico diferencial do infarto agudo do miocárdio, sobre a necessidade de se conhecer mais sobre a doença, para a partir de então ter uma abordagem de tratamento correta e sem iatrogênias.

A síndrome coronariana aguda (SCA) é caracterizada por meio do diagnóstico clínico e/ou laboratorial que demonstre isquemia aguda, onde ocorre um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica. A SCA é classificada como angina instável (AI), infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (SCASSST), infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (SCACSST) e morte súbita (FOX *et al*,2002)

A Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do segmento ST (SCACSST) é caracterizada por sintomas típicos de isquemia miocárdica, onde ocorre elevação do segmento ST e subsequente liberação de biomarcadores de necrose miocárdica (O'GARA *et al*,2013).

A elucidação diagnóstica entre síndrome coronariana aguda e doença de Takotsubo, depende de estudo hemodinâmico (MACIEL, *et al*, 2013).

Segundo Maciel *et al* (2013) um estudo europeu estimou prevalência geral de 1,2% dentre todos os pacientes com diagnóstico inicial de Infarto agudo do miocárdio, taxa que se elevou para 4,9% dentro da amostra feminina, demonstrando a sua prevalência com o sexo feminino.

Segundo Reis e Rosas (2010), em seu estudo relatam que cerca de 1,7% dos pacientes que chegaram ao serviço de emergência com suspeita de síndrome coronariana aguda apresentavam a síndrome de takotsubo

Dados americanos revelam prevalência de 0,02% dentre todas as hospitalizações, principalmente em mulheres idosas com hábitos tabagistas, etilistas, estados de ansiedade e hiperlipidemia. A epidemiologia mostra um acometimento maior no sexo feminino em situação pós-menopausa (MACIEL, *et al*, 2013). Essa incidência maior no sexo feminino e principalmente após a menopausa sugere que o estrogênio seja fator protetor contra a sua patogênese (REIS; ROSAS, 2010).

A fisiopatologia da síndrome de Takotsubo permanece, ainda, pouco conhecida. Entretanto, a disfunção do miocárdio mediada por excesso de catecolaminas é a teoria mais aceita (MACIEL, *et al*, 2013).

Segundo Reis e Rosas (2010), a concentração plasmática de catecolaminas chega a ser sete a 34 vezes maior que os valores de referência na fase aguda da cardiomiopatia de Takotsubo e duas a três vezes maior do que em pacientes com IAM em classe funcional correspondente.

Diversos mecanismos fisiopatológicos já foram propostos para explicar os achados dessa síndrome tais como: vasoespasma coronariano, anormalidades na função microvascular coronariana e, sobretudo, cardiotoxicidade mediada por catecolaminas. Percebeu-se que de fato os níveis de catecolaminas durante a fase aguda estão elevados em mais de 70% dos pacientes, possivelmente resultado do estresse emocional frequentemente relatado (DE FARIA, et al, 2010).

O estudo trás como tema a doença de takotsubo e como problemática o seguinte questionamento: Qual a relação da doença com o sexo feminino e os fatores desencadeantes? Tendo como objetivo geral: verificar sua relação com o infarto agudo do miocárdio e, objetivos específicos: verificar a prevalência da doença em relação ao sexo e a faixa etária; conhecer como se desencadeia esta síndrome e seus fatores desencadeantes

A motivação para a escolha do tema em estudo é pelo fato da doença ainda ser subdiagnosticada, e pouco conhecida por muitos profissionais da área da saúde, e por apresentar ainda algumas dúvidas quanto ao seu fator etiológico.

Mesmo sendo uma doença de origem cardiovascular, poucos fatores de risco relacionados a esta classe aparecem como principais no aparecimento da doença, mas sim um grande componente psicossomático, além de fatores de etiologia ainda desconhecida.

Conhecer mais a doença, fazer uma busca de estudos, assim como mesclar estudos e conhecimento pode ser de grande importância para futuras pesquisas sobre o assunto e para desenvolver estratégias de cuidado e atendimento.

É de grande relevância se conhecer essa relação e prevalência da doença relacionada ao sexo, assim como os fatores associados ao seu surgimento, para que se possa manejar melhor a doença, melhorar o atendimento e priorizar os cuidados ao paciente.

Metodologia

Trata-se de uma revisão da literatura. Este tipo de pesquisa permite a prevenção de vieses no processo de inclusão e exclusão dos ensaios clínicos aleatórios, usa de métodos reprodutíveis que tendem a evidenciar estudos bem desenhados e conduzidos (ATALLAH; CASTRO, 1997).

Foi feito um levantamento bibliográfico da literatura, com abordagem qualitativa, onde foram usados artigos científicos, publicados em meio eletrônico como tema Síndrome de Takotsubo. A pesquisa foi realizada no mês de agosto e setembro de 2016, através de publicações indexadas ou catalogadas nas bases de dados LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (A ScientificElectronic Library Online) e Google Acadêmico.

Os critérios de inclusão foram publicações realizadas entre janeiro de 2007 e julho de 2016. Disponibilidade desses artigos na íntegra com texto completo e em português, A amostra foi composta por 33 artigos, sendo selecionados 10 artigos de acordo com os

critérios de inclusão. Após a leitura e análise do material selecionado foram criados 03 categorias, sendo divididas por temas que englobaram; a relação da doença de takotsubo com o infarto agudo do miocárdio, a prevalência da doença em relação ao sexo e a faixa etária; fatores desencadeantes desta síndrome.

Para a busca bibliográfica, foram usados os descritores ou palavras-chave: Síndrome de Takotsubo/ síndrome coronariana aguda/infarto agudo do miocárdio em cada uma das base de dados.

REVISÃO DA LITERATURA

A doença de Takotsubo: Conceito

Conhecida também como cardiomiopatia de estresse, síndrome do balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo, síndrome da disfunção ventricular apical transitória ou, simplesmente, síndrome do coração partido, a síndrome de Takotsubo trata-se de uma doença rara, só recentemente descrita na literatura mundial, que vem apresentando mais notoriedade na comunidade médica nos últimos anos, devido a sua importância e seu diagnóstico diferencial na síndrome coronariana aguda. Os sintomas apresentados pelos pacientes são: dor torácica típica de síndrome coronariana aguda (MACIEL et al, 2013).

Rodrigues et al (2014) também reforça que a doença de takotsubo é considerada uma por disfunção ventricular esquerda aguda em resposta a estresse físico ou emocional, assim como apresenta características clínicas e de imagem que mimetizam síndrome coronariana aguda (SCA), sendo dor torácica e dispnéia as queixas comuns.

Hoekstra et al,2014, diz em seu estudo que a doença de takotsubo tem forte relação com situações de estresse agudo assim como acomete, em maior parte, mulheres; sendo conhecida como síndrome do coração partido ou cardiomiopatia induzida por estresse e é uma desordem transitória e segmentar do ventrículo esquerdo (VE) na ausência de coronariopatia obstrutiva.

Em 2006, a *American Heart Association* classificou-a no grupo de cardiomiopatias adquiridas, sob o nome de cardiomiopatia induzida por estresse (HOEKSTRA, et al, 2014)

Macedo et al, 2008 também trás em seu estudo a associação da doença de takotsubo com uma forte associação com o estresse físico ou psíquico, de caráter reversível, predominando em mulheres na pós-menopausa e que mimetiza muitas vezes uma síndrome coronariana aguda (SCA), podendo culminar até em choque cardiogênico.

Prevalência e fatores associados a doença

Em estudo de caso de caso realizado por Boso et al (2008), revelou-se uma associação do surgimento desta síndrome com um estado de estresse por doença instalada, assim como a relação com sexo feminino, onde um paciente de 77 anos, feminino, desenvolve

a doença durante uma internação para tratamento de uma pneumonia. Isso só reforça a associação da doença com estados de estresse emocional e/ou físico, ao sexo de maior prevalência, assim como também uma correlação com a hipertensão arterial sistêmica em alguns pacientes.

Em 85% dos casos, a doença de Takotsubo é travada por eventos de estresse emocional ou físico que podem preceder os sintomas em minutos ou horas. Estresse emocional inclui dor (morte de um ente querido), medo (assalto, falar em público), raiva (discussão com cônjuge), conflitos de relacionamento e problemas financeiros.

Estressores físicos incluem pneumonia, asma aguda, cirurgia, quimioterapia e acidente vascular cerebral (BOSO et al, 2008)

Está evidente a associação, na maioria dos estudos encontrados na literatura, da clínica da síndrome coronariana aguda, doença de takotsubo e infarto agudo do miocárdio, porém Menezes et al (2014), trás em seu estudo um relação diferente, onde foram encontrados no mesmo paciente sinais da cardiomiopatia do estresse e a confirmação de infarto agudo do miocárdio de forma simultânea. Caso raro na literatura, pois geralmente uma condição predispõe o surgimento de outra, mas Menezes et al (2014) cita que a raridade não exclui a possibilidade, ou seja, um fator pode ter sido o desencadeador de outro. Também reforça na descrição de seu estudo a relação de outros fatores como a dislipidemia e hábitos tabágicos

Hernandes et al(2016), em seu estudo de caso revela a relação do fator estresse no surgimento da doença de takotsubo, assim como a relação com sexo feminino; onde após um estresse emocional por perda de ente querido a paciente apresenta sinais sugestivos de SCA, com alterações eletrocardiográficas e alterações de disfunção ventricular esquerda, confirmando mais adiante síndrome de takotsubo. Reforça associação com Hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia.

Sinais, sintomas e diagnóstico

A principal queixa dos pacientes, cerca de 91%, que procuram a emergência e tem o diagnóstico de doença de takotsubo; é a dor torácica de início súbito seguida de dispnéia (REIS; ROSAS, 2010).

O sintomas mais comumente encontrados são : a dor no peito, dispnéia, e menos comuns o edema agudo pulmonar, choque cardiogênico e parada cardíaca. A taxa de recorrência da doença foi maior que 3% ao ano nos primeiros quatro anos e a taxa de recorrência após 4 anos foi de 11% após a manifestação inicial (HERNANDES et al, 2016)

Em sua maioria, a apresentação é precedida por uma condição estressante como, por exemplo, a morte de pessoas queridas, procedimentos cirúrgicos, estadia numa unidade de cuidados intensivos e uso de drogas ilícitas (MACIEL, et AL, 2013).

Reis e Rosa (2010), também reforçam em seu estudo que a sintomatologia da doença se assemelha a síndrome coronariana aguda e que somente um estudo hemodinâmico pode mostrar as características peculiares desta doença, assim como ausência de lesões coronarianas significativas.

Hoekstra et al, 2014, trás em seu estudo que as principais manifestações da doença de Takotsubo são: dor torácica, alterações eletrocardiográficas de isquemia, discreto aumento de enzimas cardíacas e comprometimento segmentar da função ventricular, sem coronariopatia obstrutiva.

Reis e Rosas (2010) alertam para a importância do diagnóstico diferencial do infarto agudo do miocárdio, sobre a necessidade de maior conhecimento da doença para que se possa ter uma abordagem de tratamento correta e que evite, principalmente o uso de trombolíticos, de forma desnecessária.

A semelhança da manifestação clínica da doença de Takotsubo com a da SCA faz da doença um dos principais diagnósticos diferenciais de infarto agudo do miocárdio (IAM). O diagnóstico somente pode ser definido após a realização da cineangiocoronariografia e ventriculografia esquerda, que evidenciam, respectivamente, ausência de lesões ateroscleróticas importantes nas coronárias e presença de acinesia ou discinesia apical ou da parte média do VE associada à hipercinesia basal dessa cavidade (HOEKSTRA et al, 2014).

A elucidação diagnóstica entre síndrome coronariana aguda e doença de Takotsubo, depende da cineangiocoronariografia e ventriculografia (MACIEL, et al, 2013).

Segundo MACIEL *et al*, 2013, um estudo europeu estimou prevalência geral de 1,2%, da doença de takotsubo, dentre todos os pacientes com diagnóstico inicial de Infarto agudo do miocárdio, taxa que se elevou para 4,9% dentro da amostra feminina, demonstrando a sua prevalência com o sexo feminino, já nos estados Unidos, segundo Rodrigues et al, 2014, essa taxa representa 1,2-2,2 % dos casos admitidos como infarto agudo do miocárdio (IAM). A doença de Takotsubo representa entre 1,7% e 2,2% dos casos investigados como síndrome coronariana aguda, indo ao encontro dos demais estudos (HOEKSTRA et al, 2014).

Rodrigues et al, 2014, em seu estudo, também reforça que a síndrome de takotsubo acomete mais comumente idosos (entre 62-75 anos) e mulheres (82,0-100,0 % dos casos) e é frequentemente é subdiagnosticada

Segundo Reis e Rosas (2010), em seu estudo relatam que cerca de 1,7% dos pacientes que chegaram ao serviço de emergência com suspeita de síndrome coronariana aguda apresentavam a síndrome do balonamento apical.

Dados americanos revelam prevalência de 0,02% dentre todas as hospitalizações nos Estados Unidos, principalmente em mulheres idosas com hábitos tabagistas, etilistas, estados de ansiedade e hiperlipidemia. A epidemiologia mostra um acometimento maior no sexo feminino em situação pós-menopausa (MACIEL, et al, 2013).

Acometem, em 90% dos casos, as mulheres, após a sexta década de vida, ou seja, no período pós-menopausa, o que determinou a sugestão de que o estrogênio seja fator protetor contra a sua patogênese (REIS; ROSAS, 2010).

Boso et al (2008) também cita em seu estudo a prevalência do surgimento da doença em mulheres na pós-menopausa em 90% dos casos, onde a idade média fica entre 62 a 76 anos. A razão para essa predominância ainda permanece desconhecida porém, alguns estudos sugerem que a falta de estrogênio na pós-menopausa desempenharia papel crucial na patologia

Mulheres pós-menopausa representam 90% das vítimas da doença de Takotsubo, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem uma prevalência de 76,0%, sendo essas duas condições consideradas fatores de risco para a doença (HOEKSTRA et al, 2014).

Hernades et al (2014), sustenta a associação e prevalência da doença de takotsubo com o sexo feminino, numa relação de 9:1 de mulheres/ homens em estudo com cerca de 1750 pacientes. Cita que no Japão a doença de takotsubo é mais freqüente em homens, uma curiosidade ainda com causa pouca clara e definida.

A cardiomiopatia de takotsubo deve ser lembrada como diagnóstico diferencial, principalmente em pacientes femininas na pós-menopausa, apresentando sintomas agudos de dor torácica acompanhada ou não de dispnéia e com evento estressor intenso e recente (RODRIGUES, et al, 2014).

Fisopatologia

A fisiopatologia da síndrome de Takotsubo permanece, ainda, desconhecida. Causas neuroendócrinas, hormonais, neuropsicológicas e vasculares têm sido propostas para explicar a patogênese dessa condição. Entretanto, disfunção do miocárdio mediada por excesso de catecolaminas é a teoria mais aceita (MACIEL et al, 2013).

Segundo Reis e Rosas (2010), a hipótese mais provável é que seja conseqüente à elevação aguda das concentrações séricas de catecolaminas, o que acontece após importante estresse emocional ou físico, consideram a concentração plasmática de catecolaminas sete a 34 vezes maior que os valores de referência na fase aguda da cardiomiopatia de Takotsubo e duas a três vezes maior do que em pacientes com IAM em classe funcional correspondente. Esses dados vão ao encontro do estudo de Hoekstra et al (2014), que diz que a fisiopatologia da doença de Takotsubo ainda é incerta e que níveis elevados de catecolaminas encontrados nos pacientes acometidos sugerem que a base da síndrome seja uma estimulação simpática exagerada em resposta ao estresse.

Diversos mecanismos fisiopatológicos já foram propostos para explicar os achados dessa síndrome tais como: vasoespasma coronariano, anormalidades na função microvascular coronariana e, sobretudo, cardiotoxicidade mediada por catecolaminas. Percebeu-se que de fato os níveis de catecolaminas durante a fase aguda estão

elevados em mais de 70% dos pacientes, possivelmente resultado do estresse emocional freqüentemente relatado (DE FARIA, et al, 2010).

Rodrigues et al (2014), também, cita em seu estudo que existem várias hipóteses para explicar a fisiopatologia doença de takotsubo. Uma seria que as catecolaminas liberadas em resposta a um estresse intenso promovem um efeito tóxico direto aos cardiomiócitos, além de promover sobrecarga de cálcio intracelular, levando à disfunção cardíaca. Outras hipóteses referem-se a: disfunção da microvasculatura coronariana; espasmo de múltiplos vasos coronarianos epicárdicos; presença de placa aterosclerótica instável na artéria descendente anterior esquerda, com rápida reperfusão; mecanismo mediado neurologicamente; papel desempenhado pela redução dos níveis estrogênicos na pós-menopausa.

Para Boso et al (2008), existem muitas hipóteses para explicar a ocorrência da cardiomiopatia de Takotsubo. Dentre elas a mais aceita seria que as catecolaminas liberadas em resposta a um estresse intenso seriam tóxicas para os miócitos cardíacos, além de desencadear disfunção cardíaca por sobrecarga de cálcio intracelular.

Isso vem ao encontro dos demais estudos, onde a fisiopatologia ainda não é totalmente conhecida, mas que citam a estreita relação com a liberação de catecolaminas após situações de estresse e sua maior prevalência no sexo feminino. A doença geralmente tem bom prognóstico, com recuperação e reversão do quadro em poucas semanas e o tratamento é baseado no suporte aos sintomas e aos distúrbios conseqüentes da doença.

Hernandes et al (2016) cita que mesmo após 25 anos de estudos e grandes esforços, não se sabe e não se tem um resposta para a etiologia desta enfermidade, existindo um relação com a atividade simpática e descarga adrenérgica elevada nos pacientes que desenvolveram a síndrome. Sustenta em seu estudo a relação com a liberação de catecolaminas e faz inferência a possibilidade e variabilidade individual dos receptores B-adrenérgico e excesso de atividade simpática nos pacientes com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da síndrome.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Takotsubo é ainda pouco conhecida, seu diagnóstico ainda é subestimado entre a população da área da saúde fazendo com que, talvez, os dados encontrados na literatura sobre sua incidência na população sejam maiores do que os que existem hoje.

Tem maior prevalência entre as mulheres e em situação de pós menopausa, alguns autores trazem que essa relação pode estar ligada à queda do estrogênio. Isso ainda é carente de estudos mais aprofundados, sendo um viés para novas pesquisas e, talvez, novas medidas terapêuticas, principalmente na população de risco

Conhecendo a estreita relação da doença com o estresse, sendo este o fator desencadeante de maior impacto, se faz necessário maior investimento no tratamento multidisciplinar desta patologia, incluindo atendimento terapêutico, social e psicológico.

Mesmo tendo um prognóstico favorável, não se exclui a possibilidade do doente ficar com alguma complicação, pois se percebeu uma associação do aparecimento da doença em pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

É uma doença de etiologia e fisiopatologia ainda pouco conhecida, sabe-se muito sobre o que a desencadeia e que tem forte relação clínica com a síndrome coronariana aguda. Ainda se faz necessário maiores estudos e maiores pesquisas sobre a doença buscando descobrir a forma de preveni-la, assim como manter um tratamento após o seu aparecimento, pois existe a possibilidade de ela reaparecer.

Hoje sabemos que a síndrome de Takotsubo tem íntima relação com situações de estresse, tanto físicos quanto psíquicos e, isso já está mais que comprovado através de vários estudos, necessitando hoje um olhar maior para sua prevenção e principalmente acompanhamento multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

De faria GAB, Muzzi ES, lage BL et al. Síndrome de Takotsubo. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4 Supl 2): S105-S108

Maciel BA, Cidrão AAL, Sousa IBS, et al. Pseudo Infarto agudo do miocárdio devido a síndrome da disfunção ventricular apical transitória (síndrome de takotsubo). Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25(1):63-67

Satoh H, Tateishi H, Uchida T, et al. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Kodama K, Haze K, Hon M, editors. Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure. Tokyo: Kagakuhyouronsya; 1990. p. 56-64

Reis JGV, Rosas G. Cardiomiopatia de takotsubo:Um diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda: Revisão da Literatura. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4): 594-600

Cardiologia, SB. [iv guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for treatment of acute myocardial infarction with st-segment elevation]. Arq Bras Cardiol. 2009; 93: e 179-264.

Fox KA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous O, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the global registry of acute coronary events (grace). Eur Heart J. 2002; 23:1177-1189.

O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, de Lemos JA, et al. Physicians A Co E, Interventions SfCAa. 2013 accf/aha guideline for the management of st elevation myocardial infarction: A report of the american college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013;61:e78-140.

PESARO, A. E. P. et al. Síndromes Coronárias Agudas: Tratamento e Estratificação de Risco. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, V. 20 N. 2, p 197 – 204, 2008.

Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with st-segment elevation. The task force on the management of acute myocardial infarction of the european society of cardiology. *Eur Heart J*. 2003;24:28-66.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6º Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ATALLAH, A.; CASTRO, A. A. Medicina baseada em evidencias. São Paulo: Lemos, 1998. Disponível em: www.centrocochranedobrasil.org/bestevidencia.htm. Acesso em: 15/07/2013.

Rodrigues VLA, Souza JFS, Longhi A et al. Cardiomiopatia de Takotsubo: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Cardiol*. 2014 mar-abr ;27(2):135-138.

Hoekstra BE, Reis ESS, Ribeiro B et al. Doença de Takotsubo (Síndrome do coração partido): Uma doença subdiagnosticada? *Rev Bras Cardiol*. 2014 set-out ;27(5):327-332

Boso AC, Oberger JV, Utsumi GMT et al. Cardiomiopatia de takotsubo após pneumonia: Relato de caso. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015 jan-mar;13(1):65-8.

Menezes MN, Silva D, Almeida AG et al. Um caso raro de cardiomiopatia de stress (Takotsubo) e enfarte agudo do miocárdio concomitantes. *Rev Port Cardiol*. 2015 dez-jan;34(7-8):499.e1---499.e3

Hernádes MAE, Lópes VR, Salcedo HDR et al. Síndrome de Takotsubo. *Med Int Méx*. 2016 julio;32(4):475-491.

ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES DE CLIENTES NA UTI: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de submissão: 13/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Déborah Pestana Lima Vieira

Faculdade Santa Terezinha São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/4868506285486507>

Bruna Caroline Silva Falcão

Universidade Federal do Maranhão São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/9858347033128236>

Bruna Rafaella Carvalho Andrade

Universidade Federal do Maranhão São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/1508168354002126>

Reivax Silva do Carmo

Universidade Federal do Maranhão São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/8090436719122594>

Florindomar Souto Romeu

Faculdade Santa Terezinha São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/5710460465118422>

Valéria Pereira Lima

Universidade CEUMA São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/5941957458304170>

Talita Raquel Almeida Portella

Universidade Federal do Maranhão São Luís – MA
<http://lattes.cnpq.br/4476773930844729>

RESUMO: Os profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) necessitam de um amplo aporte de conhecimentos sobre procedimentos e cuidados para com os clientes desta área específica, bem como para com seus familiares que desenvolvem necessidades gritantes frente a internação em UTI de um ente querido. O enfermeiro destaca-se como mediador neste contexto, instituindo estratégias no cuidado para com os familiares de clientes críticos com a finalidade de orientar sobre a patologia a ser enfrentada, minimizando a dor pelo sofrimento, afastamento e isolamento do cliente. Este trabalho tem como objetivo evidenciar as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros para com os familiares dos clientes em UTI, identificando as principais necessidades e desafios enfrentados por este público alvo. Trata-se de um estudo de revisão de literatura realizada nas bases de dados SCIELO, BVS, LILACS e Google, considerando a nacionalidade dos artigos, data de publicação e abordagem do tema proposto. Foi possível concluir que a literatura sobre o tema é ampla e que o enfermeiro tem papel fundamental no desenvolvimento de estratégias para o acolhimento de familiares

com clientes em UTI, garantindo aos mesmos segurança no atendimento recebido.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Comunicação.

STRATEGIES FOR WELCOME CLIENTS' FAMILY IN THE ICU: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Professionals who work in Intensive Care Units (ICU) need a broad range of knowledge about procedures and care for clients in this specific area, as well as their families who develop significant needs when faced with the hospitalization of a loved one in the ICU. The nurse stands out as a mediator in this context, instituting care strategies for the family members of critical clients with the purpose of providing guidance on the pathology to be faced, minimizing the pain caused by the client's suffering, withdrawal and isolation. This work aims to highlight the main strategies used by nurses towards the families of clients in the ICU, identifying the main needs and challenges faced by this target audience. This is a literature review study carried out in the SCIELO, VHL, LILACS and Google databases, considering the nationality of the articles, publication date and approach to the proposed topic. It was possible to conclude that the literature on the topic is broad and that nurses have a fundamental role in developing strategies for welcoming family members with clients in the ICU, ensuring them safety in the care they receive.

KEYWORDS: Nursing. Intensive care unit. Communication.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar que concentra recursos profissionais e tecnológicos especializados, destina-se ao acompanhamento de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de agravamento de estado, por este motivo se propõe a estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas (GOMES, 1988 apud OLIVEIRA, 2006).

As práticas de humanização têm ganho grande enfoque no atendimento em saúde e recebido destaque no que se refere a UTI (VILA; ROSSI, 2002), uma vez que a condição humana do profissional se sensibiliza pelo estado do cliente e de seu familiar, afinal, ambos cada um a seu modo, chocam-se pelo impacto de uma internação neste setor que causa alarme pela condição crítica de um ente querido. Assim, é imprescindível destacar o acolhimento como o alicerce para as práticas humanísticas.

Nos serviços de saúde o destaque dado a maneira de acolhimento dos profissionais aos clientes, tem recebido grande enfoque, uma vez que se nota a fragilidade encontrada no processo de adoecimento e reconhece-se a necessidade de esclarecimento, sobre o atendimento, patologias e cuidados. O acolhimento como modo e prática utilizada pelos profissionais nos diversos setores das unidades de saúde auxilia na construção das relações de confiança e compromisso com as equipes e os serviços, favorece a instituição de ações solidárias entre serviço e clientela, além de estreitar os laços entre cuidador e cuidado.

No que se refere à educação o enfermeiro de Terapia intensiva , deve ter um compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional, sendo capaz de atuar nos processos educativos dos profissionais da equipe de saúde, em situações de trabalho, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os profissionais, responsabilizando-se ainda pelo processo de educação em saúde dos indivíduos e familiares sob seu cuidado, reconhecendo o contexto de vida e os hábitos socioeconômicos e culturais destes, contribuindo com a qualificação da prática profissional, construindo novos hábitos e desmistificando os conceitos inadequados atribuídos a UTI (GUIMARÃES, 2010).

Portanto, o tema abordado foi escolhido mediante a observação das necessidades dos familiares de pacientes nas unidades de terapia intensiva, visando aprimorar os conhecimentos acerca deste assunto, enfocando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no cuidado humanizado aos familiares, com destaque a utilização de tais atitudes sendo aplicadas com fidedignidade na UTI como importantes colaboradores no processo saúde-doença. Outrossim, o tema abordado, além de tais aspectos, também foi contemplado pela afinidade da pesquisadora com o assunto, além da mesma ter se encontrado na situação destes familiares, uma vez que conviveu com um parente em UTI, sentindo “na pele” as necessidades e desafios que se enfrentam neste contexto, associados às sensações de compaixão, tristeza, e empatia pelo sofrimento de seu ente querido.

Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é identificar as estratégias de acolhimento, implementadas pelos enfermeiros, aos familiares dos clientes internados em unidades de terapia intensiva. Tendo como objetivos específicos: identificar as principais necessidades e desafios enfrentados pelos familiares dos clientes em UTI; caracterizar a visão do familiar sobre o papel do Enfermeiro como orientador do cuidado na assistência de pacientes na UTI; e, verificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros no acolhimento dos familiares de clientes internados em UTI.

REFERENCIAL TEÓRICO

Terapia Intensiva (UTI) é uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde estão localizados equipamentos de alta complexidade e uma unidade multidisciplinar especializada, onde são especializados em pacientes que requerem uma condição de saúde grave, mas que têm chance de sobrevivência (DIAS et al 2023). Essas unidades se desenvolveram no decorrer dos anos, visando oferecer os melhores recursos humanos, organizacionais e tecnológicos aos pacientes, com o objetivo de reduzir a mortalidade (SILI et al., 2023).

De acordo com o Ministério da Saúde, a UTI é setor de grande especialização e onde há maior concentração de suporte tecnológico, caracterizado como espaço destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimentos e habilidades para a realização de procedimentos (BRASIL, 2006).

A UTI é um setor que carrega consigo fortes tendências de negatividade principalmente por representar ameaça de morte e incapacidades perante ao estado de gravidade de um paciente, além de gerar também grandes reações para os que estão do outro lado deste contexto, os familiares (SILVEIRA et al., 2005). Então, por envolver fragilidade tanto para o paciente quanto para a família, faz-se necessária a utilização de métodos que venham a minimizar esses efeitos, assim ressalta-se a humanização no atendimento para subsidiar o modo de relacionamento entre profissional, cliente e sua família.

Ao perceber a relevância do acolhimento nos serviços de saúde o Ministério da Saúde (2006) elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH) que visa aprimorar as relações entre profissionais da saúde e usuários, na busca de atendimento a suas necessidades. A palavra “acolhimento” tem como significado modo de receber ou maneira de ser recebido (FERREIRA, 2010). Pode-se descrever o ato de acolher como o estabelecimento de uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, usuários, profissionais e equipes de saúde que favoreça a construção de uma relação de confiança e respeito para com aquele que busca o atendimento (COELHO, JORGE, ARAÚJO, 2009).

Existe uma percepção de que muitas vezes o acolhimento e a humanização no atendimento dos familiares de pacientes internados na UTI não ocorrem, a humanização ainda é vista como um conjunto muito complexo de atitudes e ações motivadas por pensamentos éticos, humanísticos, sociais e holísticos (FETTERMANN et al., 2019).

A comunicação é um dos fatores mais importantes na percepção da qualidade do cuidado na unidade de terapia intensiva na perspectiva dos familiares dos pacientes (van Mol et al. 2016). Nota-se a importância da implementação de práticas voltadas para o acolhimento dos familiares de pacientes em UTI através da elaboração de estratégias para amenizar a dor e o sofrimento daqueles que esperam a recuperação de pacientes graves (VILA; ROSSI, 2002).

Assim, ao fazer referência às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), nota-se ainda mais acentuada a utilização de práticas voltadas ao acolhimento tanto dos pacientes que necessitam de atenção minuciosa, devido às suas restrições e/ou agravo de saúde, bem como dos familiares que se encontram fragilizados, desmotivados, algumas vezes desconhecem de fato a gravidade da patologia enfrentada por seu ente querido, e isto leva a estados desesperadores e ao medo do desconhecido.

Uma vez que o enfermeiro tem plena consciência dos reflexos que uma internação em UTI traz para a conjuntura familiar, este com sua visão humanística, pode utilizar de estratégias que visem promover tranquilidade ao familiar, confiança na equipe, e diminuição da tensão e medo causados pela internação de alguém querido

Ao contemplar as dificuldades enfrentadas pelos usuários e seus familiares no âmbito da UTI, a carência de informações sobre o real estado do cliente, bem como sobre os progressos e regressos diários tornam-se imprescindíveis ações de enfermagem que primem pelo acolhimento dos serviços de saúde, e em especial no setor de terapia

intensiva, a fim de garantir excelência no atendimento e promover um ambiente mais ameno, através da confiabilidade conquistada pelo profissional em suas práticas de cuidado também expressa com os familiares destes clientes . A provisão de suporte psicológico e de orientação a todos os membros da família tornam-se fundamentais neste momento de estresse (AZOULAY et al., 2001; HARDICRE, 2003; WAIDMAN E ELSEEN, 2004). A necessidade de empatia por quem sofre, e os demais desafios enfrentados pelos familiares com clientes em UTI, validam a busca por estratégias que possam acolher de maneira mais eficaz ao familiar do cliente em UTI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica exploratório descritivo, sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais e destinadas aos familiares de clientes em UTI.

Campo de Estudo

O trabalho foi realizado mediante levantamento de dados em sites especializados, livros, revistas e artigos científicos. A seleção teve como critério de inclusão os artigos que retratassem a assistência humanizada aos familiares de clientes em Uti, casos clínicos, as estratégias utilizadas para aprimorar a assistência, cuidados e atribuições de Enfermagem aplicados a humanização dos clientes e familiares em UTI, bem como os artigos publicados em português datados no período de 2000 a 2017.

A pesquisa utilizou a base de dados dos sites: Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em saúde), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google. Como critérios de seleção foram considerados: artigos, dissertações, teses e livros.

Durante a pesquisa pela internet foram usados os seguintes descritores: “humanização aos familiares de clientes em uti”, “estratégias no acolhimento de familiares em uti” e “intervenções de enfermagem para acolhimento dos familiares dentro da UTI”.

No levantamento realizado foram identificados 61(sessenta e uma) publicações, dentre artigos, dissertações e manuais. Deste total, 42 (quarenta e dois) foram excluídos por serem repetidos. Dessa forma, apenas 18(dezoito) foram considerados para a análise. Os estudos levantados dos bancos de dados Scielo, BVS, Lilacs e Google, totalizaram 61 (sessenta e uma) produções científicas, referentes as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para com os familiares dos clientes em UTI, foram excluídos 42 (quarenta e dois) por não abordar os critérios definidos para seleção. Desta forma foram considerados para análise 19 (dezenove) produções, sendo devidamente correlacionados aos critérios e objetivos a serem alcançados.

Análise de Dados

A análise foi realizada em três etapas: críticas das informações e dados coletados, leitura seletiva e interpretação dos dados e publicações

Aspectos Éticos na Pesquisa Científica

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo por ser de revisão de literatura não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há muito tempo ouve-se sobre a preocupação na prestação de serviços voltados a saúde, cada vez com mais enfoque nas práticas assistenciais direcionadas a humanização implementada nestes serviços, contudo a humanização do cuidado e das relações não deve ser apenas uma meta do sistema de saúde, mas uma filosofia dos profissionais que nele atuam (PESSALACIA et al., 2012).

Muitos profissionais imaginam a assistência unicamente como o cumprimento de todas as tarefas e procedimentos realizados para garantir a recuperação dos usuários, esquecendo-se do ser humano como ser afetivo e perceptivo, em que em grande maioria, motivado pelo cuidado humanizado, o paciente progride ativamente para a recuperação da saúde. Neste contexto, a PNH se manifesta através da construção de uma cultura de humanização no âmbito institucional, com o estabelecimento de novas formas de relacionamento ético entre profissionais e usuários do serviço de saúde, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade na área (BRASIL, 2004a).

Essa visão voltada ao procedimentivismo, ainda não foi extinta em sua totalidade, pois comumente, encontram-se profissionais de saúde ligados somente a realização prática de seus procedimentos corriqueiros, descentralizados do atendimento pessoal e voltados ao término de suas tarefas diárias, como sendo este, o único objetivo da assistência. Mascarando o cuidado em saúde como um processo holístico.

Em UTI, a assistência torna-se um desafio para os profissionais, pois estes têm o dever de desmistificar a visão de que este setor se remeta unicamente ao pensamento de risco de morte, principalmente para os familiares de seus usuários, bem como as demais significâncias sombrias voltadas a este setor dentro da unidade de saúde.

Desta maneira, a pesquisa foi dividida fazendo referência às necessidades e desafios dos familiares de clientes em UTI com uma ampla alusão as estratégias utilizadas para o acolhimento deste público alvo, remetendo a importância do enfermeiro neste processo.

Necessidades e desafios enfrentados pelos familiares de clientes em UTI

O fato de conviver com alguém que está doente já é por si só bem complicado e, torna-se mais difícil ainda, quando se auxilia no tratamento de uma pessoa querida, acometida por uma patologia e em estado crítico. Isto promove a existência das mais variadas emoções e sentimentos. Na UTI o conhecimento sobre a doença é uma grande necessidade, uma vez que dá suporte ao tratamento evidenciando o tipo de cuidado a ser prestado bem como a maneira como devem ser realizados os procedimentos.

A orientação como conhecimento é outro quesito que chama bastante a atenção, pois faz referência a segurança na assistência prestada, quer seja esta por se tratar de uma experiência nova ou por falta de apoio com suas próprias emoções. O tempo também pode ser apontado como necessidade para os familiares, principalmente no que se diz respeito a limitação do mesmo dentro da UTI. Uma vez que tal setor hospitalar possui quantidade limitada de pessoas nos horários de visitas e estes, variam de instituição para instituição.

Por ser uma área de acesso restrito, acaba reduzindo o contato do cliente interno para com seu familiar e rompendo com algumas rotinas desenvolvidas antes do processo de adoecimento, podendo gerar reações dos mais variados tipos. A esse tempo pode-se também associar à rotina familiar, totalmente alterada neste processo de adoecimento, em que muitas vezes os afazeres do trabalho não permitem as folgas nos horários das visitas, havendo necessidade de reorganização total no cotidiano das famílias.

Os recursos financeiros são qualificados tanto no que se refere as necessidades quanto nos desafios enfrentados pelos familiares dos clientes em UTI. A necessidade é apontada ao referenciar a falta de auxílio financeiro e de recursos públicos que auxiliem efetivamente neste processo, pois os familiares na grande maioria estão desassistidos e desprotegidos do apoio de programas governamentais efetivos, os quais deveriam fornecer contribuições e orientações para a prática do cuidado (FLORIANI E SCHRAMM, 2004).

E os desafios financeiros, vividos principalmente pela classe baixa, que se resumem à ausência deste recurso e o desespero de no momento do adoecimento crítico, não dispor de recursos necessários para o cuidado de seu ente querido. É importante ressaltar também que em um processo patológico de internação de um parente em UTI a grosso modo tudo o que se observa são desafios, a experiência e o tempo é que vão desfazendo esses conceitos.

O diagnóstico da doença é o primeiro, receber a notícia da necessidade de uma internação neste setor com tantos estigmas, saber que alguém que se ama encontra-se em um estado crítico, o medo da perda, de não conseguir fazer o que é preciso por incapacidade, são desafios vividos e sofridos por grande parte dos familiares. A ausência de conhecimento, de informação sobre o real estado de saúde do cliente, a falta de segurança e apoio do profissional da saúde também podem ser entendidos como dificuldades enfrentadas pelos familiares de clientes em UTI.

Sendo indispensável, a utilização de uma sistemática voltada ao lado humano também do familiar, uma vez que este é alicerce no tratamento e recuperação do cliente interno neste setor. Sendo errôneo intitular que a humanização de um hospital é apenas questão de ter materiais suficientes, equipamentos modernos e local adequado, ela é, sobretudo, um problema que envolve as atividades das pessoas que ali trabalham, procurando oferecer um tratamento que respeite o paciente como ser humano desde o momento da sua internação, em que a alteração de suas rotinas, do ambiente, a dependência e o medo do desconhecido acarretam comprometimentos psicoemocionais (MORAES; GARCIA; FONSECA, 2004).

Desta maneira, vários são os obstáculos que aparecem no caminho, contudo é muito importante que se siga em frente na atenção ao cliente interno em UTI e que não desanime, dar sempre o melhor de si, respeitando suas limitações é o ideal para que se garanta ao enfermo uma melhor qualidade de vida e avanços no tratamento.

Estratégias utilizadas para o acolhimento dos familiares de clientes internos em UTI

A humanização é o ponto-chave para fortalecer e articular o cuidado técnico-científico, com a necessidade de explorar e acolher o inesperado, o irreprimível, o desigual e o singular. Essa consideração dos aspectos de humanização, aceitando a necessidade de desempenho e articulação dos aspectos subjetivos, impossíveis de separar dos aspectos físicos e biológicos refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites. (BECCARIA et al., 2008).

Ao que se refere a humanização da equipe de saúde no contexto familiar do cliente em cuidados intensivos, observa-se a necessidade de um olhar holístico da equipe frente aos desafios enfrentados pelos mesmos mediante o adoecimento de um ente querido, visto que a família comprovadamente influencia positivamente no tratamento e recuperação dos doentes. Marcon et al. (2002) apontam que os enfermeiros reconhecem a importância da família na recuperação do enfermo e organizam estratégias que auxiliem os familiares a cuidarem melhor de seus membros doentes. Mesmo assim, a prática de tais estratégias não é tão difundida, uma vez que a formação profissional voltada a humanização familiar ainda é muito deficiente nesta área.

A proximidade com a família, acaba sendo um desafio para estes profissionais, principalmente no que se remete a prestação de cuidados para com este público em questão, uma vez que a assistência ao familiar de doentes não é um assunto incentivado enquanto esses ainda são acadêmicos. Assim, discussões nesse sentido, geralmente, são escassas. (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Por outro lado, como figura central da assistência, uma vez que o enfermeiro é o profissional com maior proximidade de tempo e espaço com o cliente, também proporciona maior aproximação da classe com o familiar, oportunizando este contato como forma de conquista de confiança e como estreitamento dos laços para com os sujeitos do atendimento. Daí a relevância da função do profissional de saúde, mais especificadamente da figura do enfermeiro, como peça fundamental para a assistência humanizada em UTI, lembrando os primórdios da enfermagem como uma profissão centrada nas relações singulares de cuidado humano.

Neste contexto, o acolhimento torna-se o centro do trabalho humanizados para com os familiares em UTI, e o enfermeiro orientará ao familiar e o fará ter, através do conhecimento, uma nova visão deste setor, como um local de grande importância para a recuperação da doença. A compreensão acerca do suporte que será dado ao cliente crítico pelo aparato tecnológico garantindo monitorização contínua e cuidado intermitente também pode ser implementada pelos profissionais com a finalidade de transmitir tranquilidade ao familiar do cliente sob cuidados intensivos.

Cabe também ao enfermeiro, a responsabilidade em explicar a família sobre a patologia, a gravidade do estado do cliente e possíveis progressões da enfermidade. Também pode explicar as dificuldades enfrentadas, as ocorrências durante a ausência dos familiares, para através da sapiência do processo do adoecimento, e da disponibilidade da enfermagem em retirar dúvidas e/ou informar o familiar a cada ocorrência, garantir assim o estreitamento dos laços entre família e profissional, através da construção e manutenção de confiança criados diariamente através de práticas de cuidado humanizado tanto com o usuário quanto pelo acolhimento humanizado de seu parente.

Outro fato que pode ser trabalhado dentro da equipe de saúde, diz respeito ao abalo psicológico sofrido pelo familiar ao descobrir que alguém a quem ama, de uma forma inesperada (ou mesmo esperada) se encontra em estado crítico. É importante salientar que esses abalos podem gerar as mais diversas reações que podem ser identificadas de simples lágrimas até atitudes mais extremas. Costuma ocorrer com frequência, o sentimento de empatia do familiar pelo enfermo, principalmente quando este se trata de alguém querido e que se encontra em dificuldades.

É muito comum, em situações de internações em UTI, familiares necessitem modificar suas rotinas por causa da internação, precisarem se adequar aos horários da instituição de saúde, e isso pode gerar alguns problemas até em seus empregos, pois não conseguem conviver com o novo contexto ao qual estão inseridos. A compreensão empática consiste na capacidade e disponibilidade para experimentar, os medos e as alegrias do doente, como as dos próprios sentimentos se tratasse, sem, no entanto, ser afetado por estes sentimentos. (FERNANDES, 2009).

Desta forma, o enfermeiro pode auxiliar a minimizar os reflexos da internação intensiva, através do apoio pessoal e suporte psicológico, revelando nesta relação, empatia

pela condição de adoecimento a qual está diretamente implantado, de modo a transmitir tranquilidade e orientações, muitas vezes até de autocuidado para que o familiar possa lhe dar melhor com a doença.

De acordo com os pensamentos de Pena e Diogo (2005) quando o familiar recebe o suporte necessário, consegue compreender a patologia do paciente e o real motivo de sua internação em uma UTI, a importância da assistência para a reversão do quadro ou até mesmo prevenir os agravos que por ventura possam acontecer. Assim os familiares responderão de forma somática ao processo do adoecimento, diminuindo os efeitos nocivos da doença, e passando a colaborar ativamente para com o tratamento, auxiliando o próprio doente nestas mudanças.

Waidman e Elsen 2004, defendem que o fornecimento de informações precisas e compreensíveis e a provisão de suporte psicológico e de orientação a todos os membros da família tornam-se fundamentais neste momento de estresse como outra estratégia do profissional para provisão de assistência para com o familiar. Além disso, o respeito às condutas, as atualizações através de ligações em caso de agravo ou alta, a responsabilidade no cumprimento dos horários de visitas e a disponibilidade do enfermeiro em tirar as dúvidas sobre patologia e real estado do paciente contribuem para a construção de confiança e auxilia significativamente para construir os laços entre profissional e família. Portanto, se torna notório o quanto é indispensável o acolhimento da família pelos profissionais da UTI, visto que a família pode contribuir de maneira positiva no cuidado.

Outro fato relevante se faz referência ao conhecimento de forma mais aprofundada sobre as necessidades dos parentes dos clientes críticos, buscando uma assistência que humanize o atendimento com a finalidade de minimizar as angústias, dores e medos dos mesmos. Manter uma comunicação mais acessível e compreensível, e se disponibilizar para esclarecer as dúvidas quanto à internação do cliente, torna o ambiente da UTI mais familiar, amigável, estabelecendo empatia, a fim de estruturar o cuidado humanizado aos cuidados prestados neste setor (KNOBEL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho observou-se a significância de práticas de humanização a serem utilizadas nos serviços de saúde, mas especificadamente na UTI, destacando o acolhimento como início deste processo. Também se salientou sobre a importância da família como auxiliadora no processo de recuperação e tratamento dos clientes graves, sendo esta levada em consideração nas práticas assistências desenvolvidas no cuidado. Fazendo referência também as principais necessidades enfrentadas por estas famílias, em que se destacam as necessidades de informação sobre a doença, estado do cliente, de suporte psicológico, de confiança profissional, de tempo, de recursos financeiros e todos os desafios decorrentes do não suprimento destas necessidades.

Nesse contexto evidencia-se o acolhimento desenvolvido pelos profissionais de saúde, mais especificadamente do enfermeiro, para com não somente os usuários enfermos, como também para com seus familiares, preocupando-se em dentro das possibilidades, suprir as necessidades que o familiar desenvolve com o processo saúde-doença, auxiliando-o a passar por esta situação tão difícil, com o aporte psicológico de que necessitam.

A pesquisa em questão também contemplou as principais estratégias de humanização, tendo como base o acolhimento, utilizadas pelos enfermeiros para promover assistência de qualidade tanto para os usuários, como também para o familiar, que se encontra fragilizado pelo processo de adoecimento de alguém querido.

Deste modo, tal pesquisa buscou impactar esses profissionais para a importância deste acolhimento e das práticas de humanização, visando a satisfação de quem recebe o cuidado da maneira devida e incentivando outros profissionais a otimizarem sua assistência através da visão holística do contexto ao qual se está inserido a problemática do atendimento em UTI, dando a devida ênfase aos sujeitos principais desse processo: o usuário, o familiar e o profissional.

REFERÊNCIAS

DIAS, D. M.; BARRETO, J. C.; SILVA, J. H. R da .; SILVA-BARBOSA, C. E da.; SANTOS, W. A. B. V.; MORAIS, M. G. C.; MORAIS, T. L. C.; SOUZA, L. F. C de .; DE SOUSA FREITAS, V.; ALVES, F. P de A. .; ARAÚJO, B. da C. .; SILVA, G. O da. Humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa da literatura. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 4, pág. e53911427852, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27852. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27852>. Acesso em: 15 ago. 2023.

OLIVEIRA L. M. da C. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. Tese de Doutorado. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro-Oeste; 2006.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2nd ed. Brasília- DF: Ministério da Saúde; 2006.

SILVEIRA, R.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARD FILHO, W.D.; OLIVEIRA, A.M.N.; **Uma Tentativa de Humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI**. Texto & Contexto Enfermagem. 2005; 14.

VILA, V.; ROSSI, L. **“O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito falado e pouco vivido”**”. Rev Latino-am Enfermagem. 2002.

FERREIRA, A. B. de O. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8th ed. Curitiba: Positivo; 2010.

COELHO, M; JORGE, M; ARAÚJO, M. **O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde**. Rev Bahiana de Saúde Pública. 2009 jul- set.

GUIMARÃES, M. R. **O papel do Enfermeiro ma UTI**. Acessemed. 2010 abril.

WAIMAN, M. A. P. Elsen I. família e necessidades. Acta Sei Health Sei. 2004 jan- jun; 26(nº1).

Brasil, CNdS. [Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012].; 2012. Available from: HYPERLINK “http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.”

PESSALACIA, J. D. R. **Atuação da equipe de Enfermagem em UTI Pediátrica: um enfoque na humanização**. Rev. Enfermagem Centro-Oeste Min. 2012 set-dez; 2.

Brasil MdS, Humaniza Sus. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS**. In ; 2004; Brasília.

FLORIANI, C. A. Schramm FR. **Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução?** Cad. Saúde Pública. 2004 jul-ago; 20(04).

MORAES, J. C.; GARCIA V. G. L.; FONSECA, A. S. **Assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Visão dos Clientes**. Rev Nursing. 2004.

Portal Humaniza. Humanização de saúde. [Online].; 2008 [cited 2017 agosto 02. Available from: HYPERLINK “<http://www.portalthumaniza.org.br>” <http://www.portalthumaniza.org.br>.

BECCARIA, L. M.; RIBEIRO, R; SOUZA, G. L.; SCARPETTI N, CONTRIN, L. M.; PEREIRA, R. A. M. **Visita em Unidades de Terapia Intensiva: Concepção dos familiares quanto a humanização do Atendimento. José do Ouro Preto: FAMERP**. Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2008.

MARCON, S. S. **Compartilhado a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos Maringá: Eduem**; 2002.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. **Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral**. Acta Scientiarum. Health Sciences. 2004; 26(1).

FERNANDE, J. J. B. R. **Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar. IV Mestrado em cuidados Paliativo**. 2009.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. **Fatores qe favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado**. Rev Latino-Americana. 2005 set-out; 13(5).

KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F. M. **Terapia Intensiva: Enfermagem** São Paulo: Atheneus; 2006.

SILI, E. M., NASCIMENTO, E. R. P. do ., MALFUSSI, L. B. H. de ., HERMIDA, P.

M. V., SOUZA, A. I. J. de ., LAZZARI, D. D., & MARTINS, M. da S.. (2023). **Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals**. Revista Brasileira De Enfermagem, 76(2), e20220474. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474>

van MOL, M. M.; BOETER, T. G.; VERHAREN, L.; KOMPANJE, E. J.; BAKKER, J.; NIJKAMP, M. D. **Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals**. J Clin Nurs. 2017 Oct;26(19-20):3212-3223. doi: 10.1111/jocn.13669. Epub 2017 Apr 23. PMID: 27875001.

HUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS TERAPIAS NA UNIDADE DE RADIOTERAPIA

Data de aceite: 01/02/2024

Yanka Eslabão Garcia

Adelita Noro

Vitória Rodrigues Ilha

Bibiana Fernandes Trevisan

Daniela Cristina Ceratti Filippou

Daniela da Rocha Estácio

Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Nanci Felix Mesquita

Patrícia dos Santos da Silva

Paula de Cezaro

Marina Araújo da Cruz

angústia e solidão. As terapias alternativas são estratégias terapêuticas psicossociais que podem complementar de forma positiva as terapias convencionais. Conhecer as terapias consolidadas em outros serviços é fundamental para adaptá-las e implementá-las nas práticas profissionais. **Objetivo:** Identificar evidências na literatura acerca de terapias alternativas que possam humanizar os cuidados de pacientes e familiares em tratamento de radioterapia. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados de janeiro a março de 2022. Foram incluídos estudos nacionais, publicados nos últimos 10 anos, que evidenciam o uso de terapias alternativas em serviços ambulatoriais ou hospitalares. A amostra final foi composta por 4 artigos. **Resultados:** As principais terapias alternativas utilizadas pelos estudos foram musicoterapia, cromoterapia e arteterapia. A musicoterapia consiste em disponibilizar som ambiente, com playlist de acordo com o gosto do paciente. A cromoterapia foi descrita a partir do uso de lâmpada de led, com controle remoto, que altera as cores do ambiente, podendo gerar sensação de bem-estar. A arteterapia inclui estímulo à produção literária, composta por textos, frases, palavras, poemas ou

RESUMO: Introdução: A radioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza radiações ionizantes para eliminar ou reduzir o crescimento de células tumorais. Pelas especificidades deste plano terapêutico, o paciente precisa permanecer sozinho nas salas durante o atendimento, podendo vivenciar sentimentos de medo, ansiedade,

desenhos e pinturas produzidas pelos pacientes. Com a finalidade de expor em murais para contemplação e inspiração de futuros pacientes e comunidade hospitalar. Essas terapias podem amenizar sintomas como ansiedade, depressão e dor, desenvolvendo maior autoconfiança, autocuidado e relaxamento, fortalecendo a esperança e as relações entre profissional-paciente. As terapias alternativas são descritas na Nursing Interventions Classification (NIC) e, portanto, são intervenções que podem favorecer a construção de um ambiente humanizado na assistência à saúde. **Considerações finais:** Identifica-se que ainda há poucos estudos direcionados a terapias alternativas no âmbito hospitalar, sendo necessário estimular mais discussões e pesquisas acerca da temática. Esta revisão permitiu identificar estratégias que possam aumentar a humanização e qualificar a assistência no setor, sendo plausíveis de implementação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Radioterapia, Humanização

ABSTRACT: Introduction: Radiotherapy is a treatment modality that uses ionizing radiation to eliminate or reduce the growth of tumor cells. Due to the specificities of this therapeutic plan, the patient needs to remain alone in the rooms during treatment, and may experience feelings of fear, anxiety, anguish and loneliness. Alternative therapies are psychosocial therapeutic strategies that can positively complement conventional therapies. Knowing the therapies consolidated in other services is essential to adapt and implement them in professional practices. Objective: Identify evidence in the literature about alternative therapies that can humanize the care of patients and families undergoing radiotherapy treatment. Method: This is an integrative review of the literature, searching databases from January to March 2022. National studies were included, published in the last 10 years, which demonstrate the use of alternative therapies in outpatient or hospital services. The final sample consisted of 4 articles. Results: The main alternative therapies used by the studies were music therapy, chromotherapy and art therapy. Music therapy consists of providing ambient sound, with a playlist according to the patient's taste. Chromotherapy was described using an LED lamp, with remote control, which changes the colors of the environment, which can generate a feeling of well-being. Art therapy includes stimulation of literary production, composed of texts, phrases, words, poems or drawings and paintings produced by patients. With the purpose of displaying on murals for the contemplation and inspiration of future patients and the hospital community. These therapies can alleviate symptoms such as anxiety, depression and pain, developing greater self-confidence, self-care and relaxation, strengthening hope and relationships between professional and patient. Alternative therapies are described in the Nursing Interventions Classification (NIC) and, therefore, are interventions that can favor the construction of a humanized environment in health care. Final considerations: It is identified that there are still few studies aimed at alternative therapies in the hospital environment, making it necessary to stimulate more discussions and research on the topic. This review made it possible to identify strategies that can increase humanization and qualify assistance in the sector, being plausible for implementation.

KEYWORDS: Nursing, Radiotherapy, Humanization

INTRODUÇÃO

No Brasil é assegurado por lei o direito à assistência gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual beneficia e auxilia a população brasileira através de diversos programas e políticas. A Política Nacional de Humanização (PNH) é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais e da identificação das necessidades e interesses dos envolvidos. Além disso, é necessário que gestores, trabalhadores e usuários sejam sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, estabelecendo redes solidárias e interativas nos meios aos quais estão inseridos (BRASIL, 2020). O PNH completa mais de duas décadas de atividade, e visa à participação de todos os centros de atendimento à população, apoiados pelo comprometimento dos gestores, usuários, comunidade e os diversos profissionais da saúde.

A humanização na saúde surge para que possamos repensar as nossas práticas diárias, para melhorar o atendimento que prestamos aos usuários. Esta ação requer integralidade nas práticas dos diversos profissionais e também a participação da comunidade. Humanização significa humanizar, tornar humano, trata-se de ser benévolo e afável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro (FERREIRA, 2009). A palavra humanização inspira avaliar além do ser humano que está a nossa frente necessitando de cuidados, impulsiona a escutar, dialogar e se colocar na situação do outro.

Na busca da melhoria dos serviços e ações de saúde, foi intensificada, nos últimos anos, a discussão sobre humanização. Para que princípios como equidade, integralidade e participação social do usuário, entre outros, possam se efetivar, é necessário que as práticas de saúde sejam revistas, reconhecendo-se que o direito à saúde é uma questão de cidadania (BRASIL, 2003). Nesse sentido, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (BRASIL, 2000), que foi depois substituído pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Nos últimos anos percebemos que a qualificação dos profissionais e a ciência tem andado a passos largos, porém, há alguns valores que vão sendo desprezados ao longo da trajetória da assistência, o que nos implica a voltar a essência do que realmente é prioritário, ou seja, o olhar atento e personalizado a cada paciente. Como profissionais da área da saúde, despertamos para muitas questões que ainda estão sem respostas, diariamente quando estamos realizando nossas atividades, perguntamos sobre as questões humanas de atender os pacientes. A pergunta: “Como seria o cuidado se fosse individualizado?” surge a todo momento e nos faz refletir acerca do respeito ao ser humano na sua integralidade. Esta temática parece simples de ser resolvida, mas a prática nos revela que não. A discussão se faz necessária para que tenhamos um parecer sobre quem somos e o que queremos oferecer aos nossos pacientes, que, sem dúvidas, não escolheram estar precisando de atendimento à saúde.

Os profissionais da área da saúde que atuam com equipamentos de alta tecnologia podem, com a rotina, exercer um trabalho mecanizado devido a vários fatores: tempo, sobrecarga de trabalho, problemas pessoais, falta de motivação ou simplesmente pelo fato de estarem operando máquinas na maior parte do dia. Quando conseguimos unir competência técnica e empatia, percebemos o que o outro quer de nós, muitas vezes é apenas ser ouvido ou alguém que permaneça ao lado por um breve momento, que olhe nos seus olhos ou que lhe segure a mão. Essas atitudes simples são percebidas e retribuídas pelos nossos pacientes e familiares. Tudo que relatamos parece que é algo simples de ser feito, sendo natural, já que seres humanos prestam o cuidado, então por que isso não acontece na prática diária do nosso atendimento com os nossos pacientes acometidos por alguma enfermidade?

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados de janeiro a março de 2022. Sendo incluídos estudos nacionais, publicados nos últimos 10 anos, em português, que evidenciam o uso de terapias alternativas em serviços ambulatoriais ou hospitalares. Utilizou-se as palavras chave “Enfermagem” “Humanização” “radioterapia” e “terapias complementares” no google acadêmico, Scielo e Medline via PUBMED.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história da radiologia surgiu há cerca de cem anos, e vem sofrendo várias alterações devido aos avanços tecnológicos. A comprovação científica da radiação aconteceu em 1895 na Alemanha por Wilhelm Konrad Roentgen (FELISBERTO, 2002). Desde então, pesquisas inovadoras na área da radiologia vêm sendo realizadas com base nos avanços tecnológicos que beneficiam e/ou contribuem para qualidade de vida dos pacientes.

Os novos aceleradores lineares são altamente tecnológicos e seguros, o que promove um tratamento mais rápido e eficiente, com menos danos aos pacientes que necessitam desta terapêutica. A radioterapia é, juntamente à medicina, um tratamento de escolha para o tratamento dos mais diversos tipos de neoplasias. Atualmente essa terapêutica tem a presença do profissional enfermeiro que acompanha de perto os procedimentos e orienta os pacientes, impulsionando o autocuidado e impactando direta e positivamente os processos assistenciais do cuidado.

Em uma unidade de radioterapia são atendidos pacientes com diversos perfis e todos seguem um fluxo de atendimento. O paciente passa, primeiramente, pela consulta médica, a qual realiza o planejamento do tratamento com a aplicação da dose e todos os cuidados pré, durante e pós exposição à radiação ionizante.

A concepção de humanização que emerge na década de 1990 caminha na direção da valorização do sujeito de relações dialógicas de trocas solidárias. Vislumbra-se, por essa

via, a possibilidade de a humanização representar uma nova ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (DESLANDES, 2004).

A humanização pode ser vista como uma política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema. Deslandes (2004b), ao analisar o texto oficial de humanização (Brasil, 200), destaca sua definição representada pela oposição à violência, pela superação da negação do outro e pelo reconhecimento da alteridade, assim como pela capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Finalmente, a humanização é vista como melhoria das condições de trabalho do cuidador.

A partir de 2002, o tema ganha relevância com a discussão das Diretrizes sobre a reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde, que ressaltam o papel do Ministério da Saúde, como agentes das mudanças em prol da descentralização da gestão participativa no SUS (BRASIL 2010). O objetivo da proposta de humanização, segundo os textos oficiais engloba a criação de uma nova cultura do atendimento, fundada na comunicação. O espaço da relação profissional-usuário, das relações entre profissionais generalistas e especialistas (marcado pela busca de uma relação interdisciplinar), e o espaço entre os diversos serviços diferenciados em termos de nível tecnológico e de especialidades seriam o lócus privilegiado dessa nova cultura (BRASIL 2003).

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial (TEIXEIRA, 2003). Apresenta-se, principalmente, como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999).

Teixeira (2003) traz uma compreensão interessante sobre o acolhimento, baseada em sua percepção como uma rede de conversações. O acolhimento seria um complexo acolhimento-diálogo verificado no interior do cuidado. O primeiro termo corresponde à disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento a essas necessidades. O atendimento a essas necessidades pode se dar por meio de alternativas de intervenção tecnológica, subjetiva e social.

No Dicionário Aurélio, o termo vínculo é definido como "aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição".

Campo (2003), ao se referir ao vínculo individual, utiliza o conceito de transferência, afirmando que o vínculo como mútua dependência é um processo de troca de afeição. Esse processo pode gerar uma relação de dependência unilateral ou um vínculo positivo como possibilidade de uma troca de apoio, de exercício da confiança. Do ponto de vista do usuário, esse apoio pode ser entendido como um potencial maior de autonomia, de incorporação de saber, de aprendizagem, de segurança. O potencial de auto cuidado ou de

promoção do cuidado clínico corresponde a uma função de educação em saúde de extrema relevância na afirmação da natureza de sujeito do usuário.

Campo (2003), acredita ainda que a possibilidade de um vínculo positivo é processual e depende da natureza do acolhimento. Essa relação corresponde a um tipo de acolhimento humanizado sistemático que gera uma dinâmica de aprendizagem e reforça um vínculo positivo como condição de autonomia para sujeito usuário.

Segundo Mattos (2001;50), uma “boa prática de cuidados em saúde”, envolve um “uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos”. Essa perspectiva aponta para um tipo de atendimento no qual a interdisciplinaridade permite que diferentes saberes estejam disponíveis para o atendimento do sujeito que sofre, evitando, assim, reducionismo de suas demandas.

As principais terapias alternativas utilizadas pelos estudos foram musicoterapia, cromoterapia e arteterapia. A musicoterapia consiste em disponibilizar som ambiente, com playlist de acordo com o gosto do paciente. A cromoterapia foi descrita a partir do uso de lâmpada de led, com controle remoto, que altera as cores do ambiente, podendo gerar sensação de bem-estar. A arteterapia inclui estímulo à produção literária, composta por textos, frases, palavras, poemas ou desenhos e pinturas produzidas pelos pacientes. Com a finalidade de expor em murais para contemplação e inspiração de futuros pacientes e comunidade hospitalar. Essas terapias podem amenizar sintomas como ansiedade, depressão e dor, desenvolvendo maior autoconfiança, autocuidado e relaxamento, fortalecendo a esperança e as relações entre profissional-paciente. As terapias alternativas são descritas na Nursing Interventions Classification (**NIC**) e, portanto, são intervenções que podem favorecer a construção de um ambiente humanizado na assistência à saúde.

Ao comparar as leituras percebemos que na ponta do cuidado muito mais é feito aos nossos usuários, desde o acolhimento do paciente e a sua família, esclarecer a eles como será o processo de tratamento, a livre demanda de atendimento da enfermagem. Para a pediatria ainda é disponibilizado um carrinho elétrico que conduz as crianças até os aceleradores lineares,

As crianças ainda são beneficiadas em ficarem acompanhadas por um brinquedo durante o tratamento, e a confecção de máscaras como as que elas usam no tratamento (caso seja necessário). Cada paciente é atendido com todas as suas individualidades, sendo seres únicos.

Os adultos, caso não consigam por fobia ou medo, podem ter o acompanhamento anestésico para maior conforto e a possibilidade de tratamento com radioterapia. Na rotina diária a equipe da unidade é envolvida a tornar o processo mais adequado e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identifica-se que ainda há poucos estudos direcionados a terapias alternativas no âmbito hospitalar, sendo necessário estimular mais discussões e pesquisas acerca da temática. Esta revisão permitiu identificar estratégias que possam aumentar a humanização e qualificar a assistência no setor, sendo plausíveis de implementação. Vislumbramos enquanto equipe que o caminho ainda será longo para que as publicações sobre a temática ocorram. As terapias sejam instruídas e fundamentadas em nossas realizadas assistenciais, percebemos que os primeiros passos estão acontecendo pois cada vez mais estamos voltados às tecnologias que poderão agregar muito ao conhecimento e o cuidado.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 8(14): 73-91, 2004a.

BARDIN, L, **Análise de Conteúdo**, 7 ed. Lisboa , 1979.

BRASIL. (2005). *Política nacional de humanização. Humaniza SUS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. (Acesso em 10 de novembro de 2010).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE , Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2001. Disponível em:<http://www.saude.gov.br> acesso em 10 de novembro de 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: MS, 2003. <http://www.saude.gov.br> acesso em 20 de dezembro de 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasília: s. n. 2002. <http://www.saude.gov.br> acesso em 15 fev. 2010.

BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE, n 39- Agosto de 2006. ISSN 1518/ on-line 1809-7829

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturaste na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro, R. &

MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMs/Uerj. Abrasco, 2001.

COSTA, D. VITÓRIO, R.: **Radiologia Médica**. São Paulo: Editora Martinari, 2007.

DESLANDES, S. F. (org). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas** . Rio de janeiro : Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 7-14, 2004.

FREYRE, K. (2004). *Era uma vez: laboratório de sonhos*. Recife: Editora Universidade de Pernambuco - UPE.

FELISBERTO, M: Posicionamento Básico. **Guia Prático de Radiologia**. Editora Érica, 2007.

HALLIDAY, D. **A importância da Radiológica Tecnológica**, 1991. Disponível em: www.cefetsc.edu.br Acesso em: 10 de Junho. 2009.

GADAMER, H. G. **Filosofia e medicina prática**. In: GADAMER, H, H. G. O Ministério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina Lisboa: Edições 70, 1997b.

GOMES, Romeu. **A Análise dos dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GONZALEZ, H.: Série Apontamentos Saúde. **Enfermagem em Oncologia**. São Paulo: Senac, p.69, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo I**. Petrópolis; Vozes, 1995. Lepargneur, H. (2003). Princípios de autonomia. Em C de A. Urbin (Org.), *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter.

LIMA, R.A.G. **Criança hospitalizada**: a construção da assistência integral. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo.

LUDKE, M; ANDRÉ, MEDA. **Pesquisa em Educação**; abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, M. C. F. (2001). *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MEHRY, E. E. et al (Org) **O Trabalho em Saúde, olhando e experienciando o Sus no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2ª.Ed. Petrópolis: Vozes, (2006).

_____, **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde 7 ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola.

SANTANA, M. L.; SILVA, M. J. P. Como é sentida a experiência de estar na UTI sob a perspectiva de quem vivencia. *SOBETI em Revista*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 12-16, 2000.

TEIXEIRA, R. R. **Estudo sobre a técnica e a saúde**, 2003ª. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TRIVINÕS, ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**; a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE PEDIÁTRICA

Data de submissão: 28/11/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Fernanda Vargas dos Santos Martins

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3860077145425321>

Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9390172593550736>

Mayara Soares Cunha

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3388206463686782>

Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2533530029355579>

Nathalia Marcial Veloso

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4575949582311302>

Carolina Mariano Pompeo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande - Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/717823134723>

RESUMO: Objetivo: Realizar a classificação de pacientes pediátricos e o dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo. Os dados foram coletados no mês de outubro de 2016. Foram incluídos indivíduos de 0 a 15 anos e excluídos indivíduos indígenas ou estrangeiros. Foi utilizada a escala de classificação de Dini e um formulário estruturado para obtenção dos dados das internações. Os dados foram analisados por estatística descritiva através do Epilnfo®. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética pelo parecer nº 1.614.18. Resultados: Dos 44 pacientes analisados, 32 foram classificados como cuidados mínimos (77,2%). A maioria do sexo masculino (56,8%), com idade entre 4 e 6 anos (31,8%). O tempo de internação prevalente foi entre 1 a 6 dias (61,36%). A causa mais frequente de internação foram as afecções respiratória (27,3%). A maioria residente de Campo Grande (61,4%) e estavam acompanhados pela mãe (90,9%). Com relação ao dimensionamento do pessoal de enfermagem, foi evidenciado um superávit de profissionais no setor. Conclusão: Esse estudo proporcionou o conhecimento da demanda de cuidados,

apontando potencialidades relacionadas ao quantitativo de pessoal de enfermagem em unidade de internação pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pediátrica; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Redução de Pessoal; Perfil de saúde; Pediatria.

PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM AND NURSING PERSONNEL SIZING IN A PEDIATRIC UNIT

ABSTRACT: Objective: To carry out the classification of pediatric patients and the dimensioning of nursing staff in a university hospital. Methods: This is a descriptive cross-sectional study. Data were collected in October 2016. Individuals from 0 to 15 years old were included and indigenous or foreign individuals were excluded. Dini's rating scale and a structured form were used to obtain hospitalization data. Data were analyzed using descriptive statistics using EpiInfo®. The research was approved by the Ethics Committee by opinion nº 1.614.18. Results: Of the 44 patients analyzed, 32 were classified as minimal care (77.2%). Most male (56.8%), aged between 4 and 6 years (31.8%). The prevalent hospitalization time was between 1 and 6 days (61.36%). The most frequent cause of hospitalization was respiratory disorders (27.3%). Most residents of Campo Grande (61.4%) and were accompanied by their mothers (90.9%). Regarding the dimensioning of the nursing staff, a surplus of professionals in the sector was evidenced. Conclusion: This study provided knowledge of the demand for care, pointing out potentialities related to the number of nursing staff in a pediatric hospitalization unit.

KEYWORDS: Pediatric Nursing; Nursing Staff, Hospital; Personnel Downsizing; Health Profile; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) pode ser entendido como uma ferramenta que facilita o gerenciamento da equipe de enfermagem frente a variabilidade que envolve o cuidado de enfermagem, bem como permite determinar e realocar os recursos humanos para atender às necessidades biopsicossocioespirituais (FLO et al., 2019).

Com a implantação do SCP podem ser verificadas a melhoria de indicadores como o decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade, a racionalização de recursos materiais e equipamentos, maior satisfação e melhoria da competência da equipe de enfermagem para o atendimento diferenciado (AN et al., 2021).

A classificação de pacientes pediátricos, como ferramenta na identificação da carga de cuidados, pode viabilizar um caminho efetivo para equilibrar as questões de demanda, oferta e qualidade em unidades de internação. Validado em 2014, é um instrumento para classificação de pacientes pediátricos (ICPP), com base nas cinco categorias de cuidado, evidenciadas como cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivo e intensivos (DINI et al., 2021; DINI; GUIRARDELLO, 2014).

Conhecer o perfil assistencial dos pacientes gera possibilidades de subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais para atender as necessidades

individualmente, em prol da melhor distribuição diária e capacitação da equipe de enfermagem na assistência (LINDLEY et al., 2021).

Há muito tempo o conceito de dimensionamento de pessoal de enfermagem é parte integrante no planejamento do cuidado e é a etapa inicial do processo de provimento pessoal. Tem finalidade de previsão de profissionais por categoria para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indireta (VICENTE et al., 2021).

Através da estruturação do dimensionamento com base no SCP, o enfermeiro pode identificar o perfil dos pacientes quanto à complexidade assistencial, determinar o tempo que será destinado à assistência, a categoria profissional necessária para a execução do cuidado, calcular o percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem, além de identificar a jornada efetiva de trabalho (VANDRESEN et al., 2018).

Esse método de quantificação dos profissionais de enfermagem é equacionado por meio de: características do serviço, da enfermagem e dos pacientes, incluindo o SCP conforme o grau de dependência, as horas de assistência de enfermagem e a proporção profissional/paciente necessária (VICENTE et al., 2021).

Observa-se que estudos de caracterização da população pediátrica assistida ao nível terciário podem induzir melhorias na qualidade da atenção à saúde da criança, com subsídios para a tomada de decisão nas medidas de prevenção e tratamento (SANTOS et al., 2021).

As evidências indicam que o decréscimo da qualidade da assistência na atenção primária à saúde tende a sobrecarregar o setor terciário. Isso decorre do baixo financiamento no setor, à alteração do perfil epidemiológico das causas de óbito na infância e ao descrédito da população nos programas de prevenção e promoção da saúde (QUEIROZ et al., 2022). Esta pesquisa objetivou classificar os pacientes pediátricos com a aplicação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) de Dini em um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado em um hospital escola de uma capital do centro-oeste. A enfermaria pediátrica, cenário desta pesquisa, era composta por quatro enfermarias clínicas e cirúrgicas, e duas destinadas ao atendimento de pacientes em isolamento, com total de 18 leitos ativos no período do estudo. O quadro de pessoal da enfermagem era dimensionado com 34 profissionais sendo sete enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 17 auxiliares de enfermagem.

Foram realizados 20 dias de coleta de dados nos períodos matutino, vespertino e noturno, no mês de outubro de 2016. Foram incluídos pacientes internados na enfermaria pediátrica com idade de 0 a 15 anos que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) de acordo com cada faixa etária e com vocabulários específicos a fim de facilitar o entendimento da pesquisa. Aos pais ou

responsáveis foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio de prontuário eletrônico.

Para obtenção de dados referentes à caracterização epidemiológica das internações foi utilizado um formulário clínico e sociodemográfico com as variáveis: sexo, idade, data de entrada na enfermaria de pediatria, data de alta, motivo da alta, tempo de internação, diagnóstico inicial, problemas secundários, internação clínica ou cirúrgica, tipo de cirurgia, complicações e grau de parentesco do acompanhante.

Foi utilizado o ICPP de Dini, conhecido como escala de Dini. É composto por 11 itens de avaliação: Atividade, intervalo de aferição de controles, oxigenação, terapêutica medicamentosa, integridade cutâneo mucosa, alimentação e hidratação, eliminações, higiene corporal, mobilidade e deambulação, participação do acompanhante e rede de apoio e suporte. Estes itens pontuam de 01 a 04 pontos.

O escore, a partir da soma da pontuação classifica o cuidado como: 11 – 17 pontos = cuidados mínimos, 18 – 23 pontos = cuidados intermediários, 24 – 30 pontos = alta dependência, 31 – 36 pontos = cuidados semi-intensivos, 37 – 40 pontos = cuidados intensivos.

O cálculo do dimensionamento dos profissionais da enfermagem foi realizado conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 543/2017 e a distribuição do percentual total de profissionais de enfermagem a ser distribuído entre os pacientes com cuidados mínimos e intermediários utilizou a proporção de 33% de enfermeiros (mínimo de 6) e o percentual restante entre os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (COFEN, 2017).

Os critérios de inclusão foram pacientes de 0 a 15 anos, brasileiros, internados no setor de pediatria. Os critérios de exclusão foram pacientes de origem indígena ou estrangeiros. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo parecer nº 1.614.

Para análise, os dados foram dispostos em planilhas do *Microsoft Office Excel*® versão 2013. Posteriormente, foram analisados por estatística descritiva no programa *EpiInfo*® versão 3.5.2.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 44 pacientes. Destes, 25 (56,8%) eram do sexo masculino e 19 (43,2%) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de quatro a seis anos (n=14; 31,8%), idade (média 4,33±3,46). Relativo ao período de internação, 27 pacientes (61,3%) permaneceram entre 01 a 06 dias na unidade, e o tempo de internação variou entre 1 e 236 dias. Os três principais motivos das internações foram: afecção respiratória (n=12; 27,3%), afecção gastrointestinal (n=09; 20,5%), processo infeccioso (n=08; 18,2%).

Das 44 crianças, 40 tinham como acompanhante a mãe (90,90%). Ao analisar a cidade

de origem de clientela estudada, 24 (61,4%) residiam em Campo Grande e os demais no interior de Mato Grosso do Sul. Com relação às regiões de saúde, 41 pacientes pertenciam a macrorregião de saúde de Campo Grande (93,2%), dois da macrorregião de Três Lagoas (4,2%) e um da macrorregião de Dourados (2,3%). Dados complementares são apresentados na Tabela 1.

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>SEXO</i>		
Feminino	19	43,2
Masculino	25	56,8
<i>IDADE</i>		
<01 ano	06	13,6
01 a 03 anos	13	29,5
04 a 06 anos	14	31,8
07 a 09 anos	06	13,6
10 a 13 anos	05	11,5
<i>DIAS DE INTERNAÇÃO</i>		
01 a 06 dias	27	61,4
07 dias	03	6,8
> 07 dias	14	31,8
<i>ACOMPANHANTE</i>		
Mãe	40	90,9
Pai	03	6,8
Avó	01	2,3
<i>MOTIVO DE INTERNAÇÃO</i>		
Respiratório	12	27,3
Gastrointestinal	09	20,5
Infeccioso	08	18,2
Renal	06	13,6
Dermatológico	02	4,5
Malformação congênita	02	4,5
Outros	05	11,4
<i>CIDADE DE ORIGEM</i>		
Campo Grande	27	61,4
Interior	17	38,6
<i>MACRORREGIÃO</i>		
Campo Grande	41	93,2
Dourados	01	2,3
Três Lagoas	02	4,5

Tabela 1 - Caracterização socioepidemiológica de pacientes internados na enfermaria pediátrica de um hospital universitário, Campo Grande, MS, Brasil, 2016 (n=44).

Fonte: os autores.

Os resultados da classificação dos 44 pacientes, segundo os 11 indicadores dos três domínios (paciente, família e procedimentos terapêuticos) do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP), estão detalhados na Tabela 2.

Domínios e indicadores da escala de Dini	N.º	%
DOMÍNIO – PACIENTE		
Higiene Corporal		
1 Ponto - Banho de aspersão sem auxílio	19	43,2
2 Pontos - Banho de aspersão com auxílio.	15	34,1
3 Pontos - Banho de imersão ou banho em cadeira.	07	15,9
4 Pontos - Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem.	03	6,8
Alimentação e Hidratação		
1 Ponto- Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo.	38	86,4
2 Pontos- Via oral com auxílio e paciente colaborativo.	02	4,5
3 Pontos- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia).	04	9,1
Mobilidade e Deambulação		
1 Ponto - Deambulação sem auxílio.	30	68,2
2 Pontos - Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio.	04	9,1
3 Pontos - Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio.	07	15,9
4 Pontos - Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito.	03	6,8
Atividade		
1 Ponto – Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária	42	95,5
3 Pontos - Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento.	02	4,5
Eliminação		
1 Ponto - Vaso sanitário sem auxílio	21	47,7
2 Pontos - Vaso sanitário com auxílio.	08	18,2
3 Pontos - Fraldas (necessidade de um profissional para a troca) ou sonda vesical de demora.	15	34,1
Oxigenação		
1 Ponto - Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas.	33	75,0
2 Pontos - Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro	07	15,9
3 Pontos - Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia.	04	9,1
DOMÍNIO – FAMÍLIA		
Participação do Acompanhante		
1 Ponto - Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las.	44	100,0
Rede de Apoio e Suporte		
1 Ponto - Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo.	44	100,0
DOMÍNIO - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS		

Intervalo De Aferição De Controles

1 Ponto – 6/6 horas	44	100,0
---------------------	----	-------

Terapêutica Medicamentosa

1 Ponto - Não necessita de medicamentos.	02	4,5
2 Pontos - Necessidades de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral.	10	22,8
3 Pontos - Necessidades de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso).	32	72,7

Integridade Cutâneo Mucosa

1 Ponto- Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea.	40	90,9
2 Pontos - Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte.	03	6,8
4 Pontos - Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte.	01	2,3

Tabela 2 - Classificação de pacientes segundo domínios e indicadores da escala de Dini, Campo Grande, MS, Brasil, 2016 (n=44).

Fonte: os autores.

Dos 44 pacientes, 32 foram classificados como cuidados mínimos (72,7%), 10 como cuidados intermediários (22,7%) e dois foram classificados como cuidados de alta dependência (4,5%). A Tabela 3 apresenta a classificação de pacientes, de acordo com as categorias de cuidado da escala Dini, segundo as variáveis sexo, idade e tempo de internação.

<i>Variáveis</i>	<i>Classificação do cuidado</i>					
	<i>Mínimo</i>		<i>Intermediário</i>		<i>Alta dependência</i>	
	<i>N=32</i>	<i>%</i>	<i>N=10</i>	<i>%</i>	<i>N=2</i>	<i>%</i>
<i>SEXO</i>						
Feminino	14	73,7	04	21,0	01	5,3
Masculino	18	72,0	06	24,0	01	4,0
<i>IDADE</i>						
<1 ano	-	-	05	83,3	01	16,7
1 a 3 anos	09	69,2	03	23,1	01	7,7
4 a 6 anos	14	100,0	-	-	-	-
7 a 9 anos	06	100,0	-	-	-	-
10 a 13 anos	03	60,0	02	40,0	-	-
<i>DIAS DE INTERNAÇÃO</i>						
1 a 6 dias	22	81,5	05	18,5	-	-
7 dias	01	33,3	02	66,7	-	-
> 7 dias	09	64,3	03	21,4	02	14,3

Tabela 3 - Classificação de Dini segundo variáveis sócio-demográficas dos pacientes, Campo Grande, MS, Brasil, 2016.

Fonte: os autores.

Com base nos resultados da classificação foi realizado o dimensionamento de pessoal de enfermagem (Tabela 4). A taxa de ocupação calculada foi de 80%, com total de 32 pacientes em cuidados mínimos, 10 em cuidados intermediários e 02 em cuidados de alta dependência, sendo considerada a jornada semanal de trabalho na instituição em 36 horas. O cálculo resultou em 15 profissionais de enfermagem. Dada a prevalência de pacientes de cuidados mínimos, a distribuição dos profissionais entre as categorias foi de 5 enfermeiros e 10 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Passos do Dimensionamento	Cálculo
1) Cálculo da porcentagem de ocupação de leitos de cada nível de complexidade	$PCM = (32 \cdot 100\%) / 44 = 72,7\%$ $PCI = (10 \cdot 100\%) / 44 = 22,7\%$ $PCAD = (2 \cdot 100\%) / 44 = 4,6\%$
2) Cálculo de média de leitos de acordo com a porcentagem	$PCM = (18 \cdot 72,7\%) / 100\% = 13,086$ $PCI = (18 \cdot 22,7) / 100\% = 4,086$ $PCAD = (18 \cdot 4,6) / 100\% = 0,828$
3) Cálculo da quantidade de leitos considerando a ocupação de 80%*	$13 PCM \cdot 80\% = 10,4$ $4 PCI \cdot 80\% = 3,2$ $1 PCAD \cdot 80\% = 0,8$
4) Cálculo do THE	$THE = (PCM \cdot 4) + (PCI \cdot 6) + (PCAD \cdot 10)$ $THE = (10,4 \cdot 4) + (3,2 \cdot 6) + (0,8 \cdot 10)$ $THE = 41,6 + 19,2 + 8$ $THE = 68,8$
5) Cálculo do KM	$KM = DS / CHS \cdot (1 + IST)$ $KM = 7 / 36 \cdot (1 + 0,15)$ $KM = 0,1944444 \cdot 1,15$ $KM = 0,223611$
6) Cálculo do QP	$QP = THE \cdot KM$ $QP = 68,8 \cdot 0,223611$ $QP = 15,38$
7) Distribuição percentual de profissionais	Enfermeiros = $15 \cdot 33\% = 4,95$ Técnicos/Auxiliares de enfermagem = $15 \cdot 67\% = 10,05$

*Os valores médios foram arredondados ao serem transferidos para o item 3. PCM – Paciente de cuidados mínimos; PCI – Paciente de cuidados intermediários; PCAD – Paciente de cuidados de alta dependência; THE – Total de horas de enfermagem; KM – Constante de Marinho; DS – dias da semana; CHS – Carga horária semanal; IST – Índice de segurança técnica; QP – Quantitativo de pessoal. Fonte: os autores.

Tabela 4 - Dimensionamento de pessoal de enfermagem Campo Grande, MS, Brasil, 2016.

O Quadro 1 indica a diferença entre o dimensionamento real e o ideal em duas situações: 80% e 100% de ocupação. Em ambos os casos há um superávit do quantitativo de profissionais.

Dimensionamento de pessoal de Enfermagem	Quadro real			Quadro dimensionado			Déficit/Superávit		
	ENF	TE/AE	Total	ENF	TE/AE	Total	ENF	TE/AE	Total
Unidade de internação									
Unidade pediátrica (80%)	7	27	34	5	10	15	+2	+17	+19
Unidade pediátrica (100%)				6	11	17	+1	+16	+17

ENF – Enfermeiro; TE/AE – Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Quadro 1 – Comparativo do dimensionamento real e o ideal com 80% e 100% de ocupação Campo Grande, MS, Brasil, 2016.

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

Entre os 44 pacientes pediátricos internados houve predomínio do sexo masculino e de crianças menores de seis anos, onde prevaleceu a faixa etária de 04 a 06 anos. Esse achado confirma o que foi encontrado na literatura, onde 92,2% dos pacientes internados em uma unidade pediátrica possuem menos de seis anos (DINI; GUIRARDELLO, 2014). O sexo masculino também foi predominante em estudos referentes a caracterização da clientela atendida em uma unidade pediátrica hospitalar, onde 54,42% dos pacientes eram do sexo masculino (GOUVEIA et al., 2010).

Pouco mais de 60% dos pacientes pediátricos permaneceram internados de 01 a 06 dias, este dado é menor que o encontrado em um estudo realizado em um hospital escola da região sul do Brasil, cuja permanência observada variou entre 0 a 10 dias em 82,2% dos pacientes (SOUZA; GIULIANI, 2020). Outro estudo em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica refere o tempo médio de internação de 11,6 dias (GOUVEIA et al., 2010).

Entre os principais motivos de internações dos pacientes, houve destaque para as afecções respiratórias em quase 30% dos casos, dado que corrobora com um estudo onde a principal causa de internação encontrada foi decorrente de problemas do aparelho respiratório (SOUZA; GIULIANI, 2020). Em outro estudo com 166 pacientes foi identificado que os principais motivos de internações foram por afecções respiratórias em 27,7% dos casos, seguido pelos procedimentos cirúrgicos em 24,1% (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

As doenças do aparelho respiratório são responsáveis pela maior demanda de consultas e internações em pediatria. A pneumonia é responsável por elevado número de mortes em crianças menores de cinco anos, especialmente em países em desenvolvimento. A imaturidade do sistema imunológico, condições de vulnerabilidade social e o acesso a ações de saúde podem estar associadas as afecções respiratórias (PINA et al., 2020).

Com relação ao acompanhante, a maioria dos pacientes estavam acompanhados pela mãe. Esse resultado ratifica o que foi encontrado em um estudo feito com pais de crianças que foram hospitalizadas onde a presença da mãe foi maior em comparação com o pai (RODRIGUES et al., 2020).

A internação hospitalar traduz-se em experiência difícil para os pacientes pediátricos, com ansiedade pela exposição da criança a um ambiente estressante, e onde o apoio para o enfrentamento destes sentimentos é bastante restrito, de forma que, uma das únicas fontes de segurança é representada pela presença dos pais (FASSARELLA et al., 2019).

Ao analisar os municípios de origem dos pacientes, 61,4% moravam em Campo Grande e 17 38,6% em cidades do interior. O hospital universitário, cenário desta pesquisa, é referência para tratamento pediátrico no estado. Outro estudo na região sudeste do Brasil aponta que a maioria das crianças residiam no município de tratamento e, por ser localizado na capital do estado, muitas crianças advêm de municípios vizinhos para o tratamento (DUARTE et al., 2012).

Com relação às regiões de saúde do estado, mais de 90% dos pacientes pertenciam à macrorregião de saúde de Campo Grande. Essa tendência afirma a necessidade de discussão sobre a estruturação do sistema adequado de regionalização e de referência e contra referência para a atenção pediátrica, com a inclusão do suporte para acompanhamento e atendimento de intercorrências de menor complexidade em unidades secundárias mais próximas às residências dos pacientes com doenças crônicas ou não (DUARTE et al., 2012).

Após a aplicação da escala Dini foi encontrado que a alimentação e hidratação foram oferecidas por via oral de forma independente ou seio materno exclusivo em mais de 85% dos pacientes sem a necessidade da presença de um profissional para realizar esse cuidado. A literatura evidencia que a alimentação é reconhecida pela família como fator importante para a criança hospitalizada, o que favorece o apoio neste processo (FARIAS et al., 2020).

O desenvolvimento compatível com a faixa etária foi evidente na quase totalidade dos pacientes. O hospital referido no estudo possui uma sala de brinquedos de uso exclusivo dos pacientes. Brincar é uma atividade inerente ao comportamento infantil e essencial ao bem-estar da criança, pois colabora efetivamente para o seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la a lidar com a experiência e dominar a realidade. Pode ser fonte de adaptação e instrumento de formação, manutenção e recuperação da saúde. Assim como as necessidades do seu desenvolvimento, a necessidade de brincar é necessária na hospitalização (FONTES et al., 2010).

A eliminação em vaso sanitário sem auxílio, o uso de fralda com troca e necessidade de auxílio da enfermagem ou sonda vesical de demora ocorreram em proporções semelhantes (47,7% versus 52,3%). Esse cuidado pode ser feito pelo acompanhante, retratado como parceria e está associado a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os envolvidos na procura de objetivos comuns, para o maior empoderamento do acompanhante no processo de cuidado (MENDES; MARTINS, 2012).

Quanto à oxigenação, a maioria dos pacientes estava com respiração espontânea sem necessidade de intervenções. Entre os que necessitavam de algum cuidado relativo,

como a inalação, estes eram feitos pelos acompanhantes com supervisão da equipe de enfermagem ou pela equipe de fisioterapia. A presença do acompanhante como participante nos cuidados da criança favorece o preparo para os cuidados pós-internação (SALGADO et al., 2018).

A mobilidade e deambulação ocorreram sem auxílio para mais de 68% dos pacientes, este achado difere do encontrado em outro estudo onde os pacientes dependiam do auxílio da equipe de enfermagem no uso de artefatos para a deambulação (ZIMMERMANN, et al., 2011).

No que se refere à família e a participação do acompanhante, a figura da mãe aparece na quase totalidade dos casos analisados, como a pessoa que reconhece as necessidades físicas e emocionais dos filhos e representa a maior rede de suporte, apoio e confiança durante todo o tempo de internação. Todas as crianças possuíam acompanhantes conforme lei que estabelece o direito ao acompanhamento integral das crianças hospitalizadas (BRASIL, 1995). As famílias puderam contribuir na recuperação do paciente, o que reafirma a importância de permitir e incentivar sua presença durante o tratamento, principalmente da figura materna (FERREIRA et al., 2021). Porém, o desgaste físico, a angústia, o nervosismo e a ansiedade, somados à sobrecarga de tarefas, são as principais causas do estresse vivido pela maioria das mães em unidades pediátricas de internação.

Em relação aos procedimentos terapêuticos, todos os pacientes estavam com aferição dos sinais vitais em intervalos de 6/6 horas e mais de 70% dos pacientes necessitavam de medicamentos por sonda ou via parenteral. Em relação à higiene corporal, o banho de aspersão sem auxílio ou com auxílio era realizado pelo acompanhante com supervisão da equipe de enfermagem. Em um estudo realizado com a equipe de enfermagem foi observado que os cuidados relacionados à administração de medicamentos, ao banho e ao transporte de pacientes são aqueles que mais repercutem na carga de trabalho (MAGALHÃES et al., 2013).

Quase 91% dos pacientes apresentavam pele íntegra, com demanda de poucos cuidados de enfermagem para essa atividade. São escassos estudos que discutam estas condições com o uso da escala Dini, entretanto a utilização desta escala como referencial para a caracterização e análise do serviço prestado pode ser de extrema importância aos serviços.

A maioria dos pacientes foram classificados como de cuidados mínimos. Esse resultado difere de um resultado encontrado em outro estudo onde a maioria (30%) dos cuidados em unidade pediátrica foram de grau intermediário, seguido de alta dependência (28,6%) (DINI et al., 2014).

Os pacientes que mais demandaram cuidados mínimos eram da faixa etária de 04 a 06 anos. Outro estudo também difere dessa afirmativa e aponta que para essa mesma faixa etária a maior demanda foi de cuidados intermediários (DINI et al., 2014).

Quanto aos cuidados de alta dependência foi evidenciado que a maior demanda deste tipo de cuidado é com pacientes menores de um ano. Este fato também ocorreu em outra pesquisa que utilizou a escala Dini para classificar os pacientes, uma vez que quanto menor a idade maior o grau de dependência da criança (DINI et al., 2014).

O cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem evidenciou um superávit na equipe de enfermagem. Estudo realizado no Mato Grosso identificou número de profissionais de enfermagem em unidade pediátrica acima do ideal. A elevada burocratização das atividades do enfermeiro e a sobrecarga de demandas além da jurisdição não são medidos pelo ICPP e podem acarretar maior carga laboral. Em meses atípicos a proporção profissional/paciente também pode variar em níveis de sobrecarga (MORAES et al., 2023).

Para fins de alocação de recursos humanos não se deve considerar apenas o grau de dependência dos pacientes, mas também a filosofia e o processo de trabalho da instituição. O local desse estudo é um hospital escola e recebe muitos alunos, os quais precisam de orientação, capacitação e supervisão constante por parte dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros, que estão próximos aos pacientes, o que impacta no número de horas da assistência (SILVA et al., 2016).

O ambiente hospitalar humanizado compreende também a satisfação profissional dos colaboradores, uma vez que um funcionário satisfeito com seu ambiente de trabalho pode oferecer um atendimento mais humanizado ao cliente (DAL'BOSCO et al., 2019).

CONCLUSÃO

O estudo observou que a maioria das internações era do sexo masculino, com a faixa etária de quatro a seis anos e permanência entre um a seis dias na unidade, em decorrência de afecções respiratórias, sendo a maioria da mesma cidade do hospital de internação. Os dados obtidos com a aplicação da escala Dini evidenciam uma clientela pediátrica com a demanda de cuidados mínimos e com um superávit com relação ao quantitativo de pessoal de enfermagem, mas que não representa necessidade de redução de profissionais, pois alguns fatores não são contabilizados no ICPP e podem aumentar a carga laboral. Este estudo apresenta algumas limitações. O período estudado está inserido no período de inverno, que na região do estado é caracterizada por temperaturas mais amenas e baixa umidade, o que pode favorecer a maior ocorrência de afecções respiratórias. Por ser a análise de um mês, outros meses, ou a média anual de horas de enfermagem podem resultar em dados divergentes, entretanto consideramos não ser um forte viés, pois os meses do inverno são marcados como um dos períodos de maior número de internações pediátricas no estado. As próximas investigações devem, em nível estadual, se destinar a análise da variabilidade anual e se existem modificações significativas no dimensionamento de pessoal de enfermagem. Em nível mais amplo, pesquisas buscando inserir atribuições burocráticas da equipe de enfermagem e outras demandas ao sistema de classificação de pacientes devem ser estimuladas.

REFERÊNCIAS

- AN, et al. Machine learning-based patient classification system for adult patients in intensive care units: A cross-sectional study. **J Nurs Manag.** v. 29, n. 6, p. 1752-62, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13284>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995.** Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Diário Oficial da União. Brasília, Seção I, p. 16319-20, 1995. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Res_41_95_Conanda.pdf.
- COFEN. **Resolução Nº 543, de 18 de abril de 2017.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/loais em que são realizadas atividades de enfermagem. Diário Oficial da União. n. 8. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017/>.
- DAL'BOSCO, et al. Hospital Humanization in Pediatrics: Project “Nurses of Joy”. **Rev Enferm UFPE On-line.** v. 13, n. 4, p. 1173-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018>.
- DINI, A. P. et al. Adaptation of an instrument to classify neonatal patients into care categories. **Rev esc enferm USP.** v. 55, e03674, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033603674>.
- DINI, A. P. et al. Validade e confiabilidade de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 22, n. 4, p. 598-603, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3575.2457>.
- DINI, A. P.; GUIARDELLO, E. B. Pediatric patient classification system: improvement of an instrument. **Rev esc enferm USP.** v. 48, n. 5, p. 787-93., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000003>.
- DUARTE, J. G. et al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?. **Physis Rev Saúde Coletiva.** v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100011>.
- FARIAS, D. H. R. et al. Crenças, valores e práticas de famílias no cuidado à criança hospitalizada: subsídios à enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 73, (supl. 4), p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0553>.
- FASSARELLA, B. P. A. et al. Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. **Nursing.** v. 22, n. 258, p. 3319-24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i258p3319-3324>.
- FERREIRA, J. D. O. et al. Estratégias de Humanização da Assistência no Ambiente Hospitalar: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural.** v. 7, n. 1, p. 147-63, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n1ID23011>.
- FLO, J. et al. Patient classification systems used to classify nursing intensity and assess nursing staffing resources in home health care: A scoping review. **Int J Nurs Stud.** v. 99, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.009>.

- FONTES, C. M. et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Rev Bras Educ Espec.** v. 16, n. 1, p. 95-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382010000100008>.
- GOUVEIA, M. T. et al. Classificação de pacientes pediátricos em um Hospital de Ensino de Teresina. **Rev Rene.** v. 11, p. 160-8, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4699>.
- LINDLEY, L. C. et al. A National Profile of Children Receiving Pediatric Concurrent Hospice Care, 2011 to 2013. **J Hosp Palliat Nurs.** v. 23, n. 3, p. 214-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000738>.
- MAGALHÃES, A. M. M. et al. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 21, p. 146-54, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>.
- MENDES, M. G.; MARTINS, M. M. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Rev Enferm Referen.** v. 3, n. 6, p. 113-21, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/R111144>.
- MORAES, R. M. R. et al. Classificação de Pacientes e Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Unidade de Internação Pediátrica. **Cogitare Enferm.** v. 28, e83871, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.83871>.
- PINA, J. C. et al. Using geo-spatial analysis for assessing the risk of hospital admissions due to community-acquired pneumonia in under-5 children and its association with socially vulnerable areas (Brazil). **BMC Pediatr.**, v. 20, n. 1, p. 502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02398-x>.
- QUEIROZ, A. F. et al. Impacto da cobertura e da qualidade da atenção básica nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Sergipe de 2010 a 2019. **Res, Soc Dev.** v. 11, n. 1, e42211125099, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25099>.
- RODRIGUES, J. I. B. et al. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. **Saúde Soc.** v. 29, n. 2, e90395, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>.
- SALGADO, M. A. et al. Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. **Ciência & Saúde.** v. 11, n. 3, p. 143-50, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2018.3.29733>.
- SANTOS, R. G. et al. Epidemiological clinical profile of hospitalized children: a cutting out of the pandemic and non-pandemic period. **Esc Anna Nery.** v. 25, e20210125, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0125>.
- SILVA, K. S. et al. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. **Esc Anna Nery.** v. 20, n. 3, e20160060, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160060>.
- SOUZA, R. S.; GIULIANI, L. R. Análise do perfil clínico-epidemiológico da enfermaria pediátrica do Hospital Universitário de Campo Grande/MS. **PECIBES.** v. 6, n. 2, p. 15-37, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/12247>.

VANDRESEN, L. et al. Classification of patients and nursing staff's sizing: contributions of a management technology. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 39, e2017-0107, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>.

VICENT, C. et al. Nursing Staffing in a Surgical Hospitalization Unit: a descriptive study. **Cogitare enferm.** v. 26, e72640, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72640>.

ZIMMERMANN, L. P. et al. Avaliação do grau de dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em pronto-socorro. **Rev Enferm UFSM.** v. 1, n. 2, p. 153-63, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976922449>.

ANÁLISE DO GERENCIAMENTO DO ENFERMEIRO (A) NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2024

Antonia Rodrigues de Araújo

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência: Adulto e Pediátrico-FVJ; Teresina-PI

Bentinelis Braga da Conceição

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência-FAEME; Caxias-MA

Edilson Gomes de Oliveira

Enfermeiro. Graduado pela UESPI. Doutor e Mestre em UTI. Especialista em ESF. Professor, UESPI – UFPI – ETSUS – ETEC – SOBRATI – FVJ; Teresina-PI

Caroline Jordana Azevedo dos Santos

Especialista em saúde da família – UNA SUSU – UFMA

Flávia Maria da Silva Andrade Dias

Mestre em Terapia Intensiva; EBSERH/ Hospital Universitário da UFPI; Teresina-PI

Erenice José Leal Marques

UniEvangélica. Anapolis – GO

Luana da Rocha Ribeiro

Universidade Salgado de Oliveira. Goiania – GO

Nivya Carla de Oliveira Pereira Rolim

Enfermeira Mestre em Enfermagem-UFMA

Jordeilson Luis Araujo Silva

Mestrando em saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará; Timon-MA

Denise dos Anjos Neves

Enfermeira. Pós-graduada Lato Sensu MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção, pela Faculdade-FAMESP; BRASILIA-DF

Paulo Eduardo Pinheiro Dominici Fialho

Especialização em Enfermagem do Trabalho; São Luís – MA

Adriano Nogueira da Cruz

Enfermeiro. Especialista em Morfologia Saúde e Segurança do trabalho; Caxias-MA

Edilane Henrique Leôncio

Enfermeira. EBSERH/Hospital Universitário da UFU; Uberlândia/MG

Thessia Thalma Andrade da Silva

Enfermeira. Especialista em Acupuntura e Enfermagem do Trabalho

Yohanna Larissa Soares Damasceno

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica

RESUMO: O estudo tem como objetivo analisar o gerenciamento do enfermeiro (a) nos serviços de Urgência e Emergência. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, de abordagem qualitativa, pelo método de revisão bibliográfica adequada para analisar publicações e identificar, entre outros aspectos, a sua frequência, regularidade, tipos, assuntos examinados, e métodos empregados com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito. Os dados foram coletados no período de Abril a agosto de 2016, utilizando os descritores: Enfermagem, Urgência e Emergência, Gerenciamento. Os Serviços de Emergência são unidades complexas no que diz respeito ao ambiente, ao usuário e aos profissionais que oferecem o serviço. O enfermeiro (a) deve compreender que a gerência não deve ser vista como uma atividade centrada na burocracia, mas uma atividade com o intuito de proporcionar uma assistência em favor das necessidades da população atendida. Um gerenciamento de qualidade melhora a assistência dedicada aos usuários, influencia diretamente no relacionamento entre equipe de enfermagem e as outras categorias profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Urgência e Emergência. Gerenciamento.

ANALYSIS OF NURSING MANAGEMENT (A) THE URGENCY AND EMERGENCY

ABSTRACT: The study aims to analyze the nursing management (a) in the Emergency Department services. This is a descriptive and explanatory research, qualitative approach, the appropriate literature review method to analyze publications and identify, among other things, its frequency, regularity, types, examined issues, and methods used for the purpose of putting the researcher in direct contact with all that has been written. Data were collected from April to August 2016, using the key words: Nursing, Emergency and Emergency Management. Emergency services are complex units with regard to the environment, the user and the professionals who provide the service. The nurse (a) must understand that the management should not be seen as an activity focused on bureaucracy, but an activity in order to provide assistance for the needs of the population served. A quality management improves service dedicated to users, directly influences relationship between nursing staff and other professional groups.

KEYWORDS: Nursing. Urgency and Emergency. Management.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a área de atuação do enfermeiro líder é vasta. Essa diversidade pode ser percebida nas unidades básicas de saúde (UBS), hospitais, laboratórios, indústrias, escolas técnicas, ensino, pesquisa e universidades. Sua presença é necessária, pois, é ele quem dedica maior parte do tempo no planejamento e execução da assistência aos pacientes/clientes.

O cargo de chefia em enfermagem está regulamentado no artigo 15 da Lei 7.498/1986, que fala da responsabilidade do enfermeiro sobre sua equipe e que o mesmo responda pelos resultados da assistência prestada aos clientes (SANTOS, 2007).

A enfermagem está presente em todos os setores de uma instituição de saúde desde aquela de baixa, média e alta complexidade. Ela é responsável pelo gerenciamento de sua equipe que é composta por técnicos e auxiliares de enfermagem. O sucesso das instituições depende da qualidade da assistência prestada aos pacientes/clientes pela equipe de enfermagem.

Neste contexto de que a enfermagem tem papel fundamental em qualquer setor em que atue é necessário pontuar que no setor de Urgência e Emergência não será diferente, e continuara a prestar uma assistência de qualidade através de uma ou mais competências gerenciais só que em um ambiente de constantes mudanças e imprevistos que requer profissionais com técnicas e habilidades gerenciais adequadas para o setor.

Para Ré e Ré (2010) competências são habilidades, traços, qualidades ou características que contribuem para que uma pessoa desempenhe adequadamente as tarefas e responsabilidades atribuídas ao cargo que ocupa. Sendo que a competência do enfermeiro é de gestor líder responsável pela seleção da equipe de enfermagem, e por parte da assistência, dentro da organização de saúde (RUTHES; CUNHA, 2009).

Dentro da gerência a liderança pode ser entendida como o direcionamento de um grupo de pessoas de forma a transformá-lo em equipes capazes de serem produtivas e de obterem resultados com a mesma finalidade. Harada (2011) corrobora tal pensamento ao afirmar que a maneira como essa chefia será exercida fará toda a diferença e esse aspecto tem interferido na forma como esse profissional é visto pela sociedade, é respeitado ou não pela equipe de enfermagem e multiprofissional e obtém ou não os resultados adequados às necessidades dos pacientes.

Com isso a gerência pode ser uma ferramenta com potencialidade para desencadear na equipe de profissionais um processo de reflexão e revisão de seus métodos, que os levem para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde e não de cumprimentos de tarefas paridas que estão concentradas e centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados (KAWATA et al., 2009).

A gerência utilizada como ferramenta do processo de trabalho na organização de uma instituição de saúde sugere tomada de decisões que afetam desde a estrutura, o processo de produção e o fruto deste sistema, de maneira a viabilizar meios para que a prestação da assistência aos pacientes seja eficiente eficaz e efetivo (PASSOS, 2006).

Cabe salientar que uma gerência bem organizada e planejada influenciará diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes/clientes. Com o planejamento adequado do trabalho de enfermagem em unidade de urgência e emergência poderá ser estabelecido às prioridades no atendimento.

Por meio de estágios curriculares acadêmicos em um Hospital, foram observadas algumas das competências gerenciais do enfermeiro surgindo interesse em conhece se o gerenciamento de enfermagem pode auxiliar ou interferir na assistência do enfermeiro (a) aos clientes/pacientes na urgência e emergência. Tem como objetivo analisar o gerenciamento do enfermeiro (a) nos serviços de Urgência e Emergência

PECULIARIDADES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO

A norma que rege a Política Nacional de Atenção às Urgências possui sua composição na Portaria do Gabinete Ministerial (GM), nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que situa os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com a portaria que descreve pronto-socorros como Unidades de Referência do Tipo III, que são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (BRASIL, 2006).

Segundo Martins et al. (2006), as organizações hospitalares são sistemas complexos e constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas, tais como, vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental. Reafirmando essa idéia Matos e Pires (2006), concordam que o hospital além de ser complexo absorve grande parte dos profissionais da saúde e também disponibiliza empregos para diversos profissionais que atuem na administração, higienização, manutenção e entre outras áreas que se fazem necessárias.

O departamento de emergência é um local onde situações críticas frequentemente ocorrem. O cliente procura este serviço ou é conduzido a ele em estado grave, em muitos casos com risco iminente de perda de vida. Sendo assim, unidade de emergência é um setor multidisciplinar de especialistas com capacidade para tratar clientes em estado grave. É uma das áreas críticas e congestionadas de um hospital, onde situações inesperadas acontecem (SABADDINI; GONÇALVES, 2008).

A Enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo tendo como foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido (SMELTZER; BARE, 2002). Corroborando com tal afirmação, Wehbe e Galvão (2001) destacam algumas das principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em Unidade de Urgência e Emergência que são:

Presta o cuidado ao paciente juntamente com o médico; Prepara e ministra medicamentos; Viabiliza a execução de exames especiais procedendo a coleta; Instalar sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes; Realiza troca de

traqueostomia e punção venosa com cateter; Efetua curativos de maior complexidade; Prepara instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos; Realiza o controle dos sinais vitais; Executa a evolução do pacientes e anota no prontuário.

O enfermeiro deve confrontar-se com circunstâncias que demandam competência e decência, e devem ser norteados por seus valores, na importância da profissão e também pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

Schirmer (2006) ressalta ainda que, atuando desta forma poderá garantir um cuidado com qualidade, não somente científica e tecnicamente, mas de maneira mais compassiva, promovendo, protegendo, reabilitando a saúde.

Isso denota que o atuar do enfermeiro, além de ser embasado pelo conhecimento técnico-científico e incorporado aos princípios éticos construídos a partir de suas vivências, deve ser fundamentado no conhecimento estético que permite captar a subjetividade do outro, seus temores, angústias, fragilidades, suas religiões e valores, por fim, conhecê-lo na sua multidimensionalidade (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

As competências gerenciais do enfermeiro

Para Rothbarth, Wolff e Peres (2009), competência gerencial significa articulação e mobilização proativa de conhecimentos e atitudes em toda e qualquer situação, previsível ou não tanto como foco tanto aspectos administrativos quanto clínicos. Já na visão de Peres (2006) competência consiste em uma noção que atende ao pensamento pós-moderno, como mecanismo de adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida. Formar profissionais competentes permite uma atuação emancipatória, definida e construída na prática social conjunta, entre as instituições de ensino e de serviços, entre alunos, educadores e profissionais.

Na literatura há vários conceitos sobre gerenciamento alguns até o confundem com administração e/ou como sinônimo de liderança, mas gerenciamento estar ligado à ação, ou seja, pôr em prática regras e ações das organizações. O gerente supervisiona atividades de outros, isto é, das pessoas que se reportam a ele (SILVA, 2008).

O gerenciamento na enfermagem é responsabilidade do enfermeiro a que lhe é atribuído a coordenação de sua equipe que é composto por auxiliares e técnicos de enfermagem bem como a condução e viabilização do processo do cuidado (BRASIL, 2007).

Como o avanço tecnológico em saúde tem exigido o aprimoramento técnico e científico do profissional enfermeiro, impulsionando a busca de conhecimento e de novas habilidades. Corroborando com isso Malagutti e Caetano (2009) afirmam que o conhecimento e a prática assistencial fazem do profissional da enfermagem um ator diferenciado neste contexto gerencial. O enfermeiro é o profissional que conhece os detalhes dos processos

operacionais e de apoio no cotidiano de uma organização de saúde. A sua experiência, tanto no atendimento direto ao cliente e à família, quanto no suporte e na interface à equipe multidisciplinar, mostra hoje a abrangência e o potencial de atuação do enfermeiro no mercado brasileiro e internacional.

Wehbe e Galvão (2001) citam algumas atividades administrativas realizadas pelo enfermeiro: Realiza a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade; Lidera a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos; Coordenar as atividades do pessoal de recepção, limpeza e portaria; Solucionar problemas decorrentes com o atendimento médico ambulatorial; Aloca pessoal e recursos materiais necessários; Realiza a escala diária e mensal da equipe de enfermagem; Controla estoque de material; Verifica a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.

Em relação às atividades de ensino exercidas pelo enfermeiro, ressaltamos que este profissional na sua prática diária orienta a equipe de enfermagem na realização da pré-consulta e promove treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e novos procedimentos.

Mais um aspecto de importância para o desempenho do enfermeiro como gestor em uma Unidade de Urgência e Emergência é a interdisciplinaridade. Entretanto, cabe lembrar que este método ainda encontra obstáculos a serem vencidos. Esta dificuldade sucede da aparência dos sistemas de saúde que se encontram saturados pelo modelo cartesiano no sentido de ser este um setor que exige pensamentos e ações rápidas, bem como de uma regular formação inicial do enfermeiro.

Para ser um líder e não apenas chefe, o enfermeiro deve usar sua criatividade no desempenho de suas funções, além de bom senso, ética e linguagem não verbal. Ele deve envolver sua equipe de enfermagem de forma a entender o processo de trabalho, sensibilizando os seus liderados com relação às necessidades de cada paciente sob seus cuidados. É imprescindível que os membros da equipe enxerguem o enfermeiro como seu representante junto à alta gerência da instituição, e que se sintam valorizados como trabalhadores e como pessoas (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

É essencial que o enfermeiro, em sua arte profissional, mobilize habilidades gerenciais a partir de uma visão clara de seu processo de trabalho se desvestindo da modalidade retrógrada que fragmenta sua atuação em subprocessos desarticulados e que não possuem finalidade em si mesma.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter descritivo e explicativo, de abordagem qualitativa, pelo método de revisão bibliográfica, acerca do gerenciamento do enfermeiro (a) nos Serviços de Urgência e Emergência.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o levantamento dos artigos na literatura, foi realizado uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme). Assim, foram selecionados 10 artigos como amostra para esse.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos científicos de acesso on-line publicados em língua portuguesa, no espaço de tempo compreendido entre 2006 a 2016, preferencialmente. Os critérios de exclusão foram formados por artigos científicos não disponibilizados na íntegra, em língua estrangeira, e materiais que não correspondem à temática de estudo. O material adquirido foi analisado por meio de uma leitura atenta, utilizando-se das informações mais relevantes. Ressalta-se, quanto às questões éticas, que as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, foram obtidos 10 artigos científicos. Os resultados foram apresentados e exposta no quadro a seguir: o ano de publicação, o autor, o periódico, o título do artigo e a categoria temática de estudo.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, foi pautada na sistematização dos textos através de leitura exploratória e seletiva, fichamento bibliográfico e categorização de maneira que respondessem ao questionamento do tema em questão. Tanto a análise quanto à síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

	Ano	Autor	Periódico	Título
A1	2009	COSTA, A.F; ARAÚJO, D.V; BARROS, W.C.T.S.	Anais	O trabalho do enfermeiro no setor de urgência e emergência hospitalar
A2	2013	ZAMBIAZI, B.R.B; COSTA, A.M.	Rev. adm. saúde	Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios
A3	2014	ANTONELLI, R.C.; BELLUCCI JUNIOR, J.A	Rev. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde	Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura
A4	2016	ALEXANDRE, S.M.B. et. al.	Rev. Interdisciplinar em Saúde	Dificuldades no Processo de Gerenciamento em Enfermagem na Urgência e Emergência
A5	2011	SANTOS, J.L.G; LIMA, M.A.D.S	Rev Gaúcha Enferm	Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência.
A6	2011	BELLUCCI JÚNIOR, J.A; MATSUDA, L.M.	Rev Gaúcha Enferm	O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura.
A7	2013	PEREIRA, D.S; ARAÚJO, T.S.S.L; GOIS, C.F.L; GOIS JÚNIOR, J.P; RODRIGUEZ, E.O.L; SANTOS, V.	Rev Gaúcha Enferm	Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência.
A8	2013	DECKMAN, L.R; DEON, S.M.P; SILVA E.F. et al.	Rev. Eletrônica Gestão e Saúde	Competência gerencial na enfermagem: uma revisão integrativa
A9	2014	SADE, P.M.C, PERES, A.M, WOLFF, L.D.G.	Rev. enferm UFPE on line	A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa
A10	2013	SANTOS, J.L.G. et al.	Rev Bras Enferm	Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa

Costa, Araújo, Barros (2009), demonstraram que o gerenciamento do enfermeiro (a) na urgência e emergência hospitalar, por ser um setor de muita dinamicidade, acaba por negligenciar a assistência aos pacientes. Tanto pela execução da atividade administrativa inerentes a qualquer setor que tenha atuação do enfermeiro, quanto pelas demandas de clientes/pacientes incompatíveis com porte da instituição, materiais insuficientes, quantitativo de pessoal reduzidos e equipe multiprofissionais desarticuladas com a assistência.

Zambiasi e Costa, (2013), na perspectiva do estudo destes autores ficou evidenciado o conhecimento dos profissionais sobre o ato de gerenciar, entretanto o gerenciamento e a supervisão do enfermeiro ficaram prejudicados em comparação com a parte assistencial. O estudo mostrou ainda que metade dos profissionais enfermeiros (as) consideraram o

preparo acadêmico superficial e insuficientes para o início da vida profissional, mesmo dispondo de disciplina voltada para a administração em enfermagem. A outra metade considerou suficiente a base teórica adquirida durante a graduação.

O gerenciamento de enfermagem no serviço hospitalar de emergência requer profissionais capazes de agir com rapidez, eficiência e eficácia. Profissionais capazes de prever risco e benefícios para si e para outrem, diante destas peculiaridades os estudos de Antonelli e Bellucci (2014) traduz que os profissionais, mesmo tendo algum conhecimento sobre administração em enfermagem, não conseguem unir o gerenciar a prática assistencial, principalmente no setor de emergência.

Alexandre, S.M.B et al. (2016), observou-se nesse trabalho a grande dificuldade dos profissionais em trabalhar o gerenciamento de enfermagem na urgência e emergência hospitalar, mediante as dificuldades encontradas pelos profissionais para adesão do processo de gerenciamento em enfermagem. As dificuldades vão desde a falta de recursos de materiais, até adaptação e qualificação do enfermeiro para que desenvolver suas competências e habilidades administráveis.

Santos e Lima (2011), ao analisar as ações dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado em um serviço de emergência, este estudo possibilitou a visualização e discussão de algumas possibilidades de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, por meio do planejamento do cuidado, da previsão e provisão de recursos e da supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem. Os resultados podem fomentar a discussão e reflexão de enfermeiros sobre suas práticas, contribuindo com a compreensão da importância do gerenciamento do cuidado realizada pelos enfermeiros na melhoria da assistência e das práticas de atenção à saúde nos serviços de emergência.

Bellucci e Matsuda (2011), poucos são os estudos que abordam sobre gerenciamento à qualidade em SHE com foco na atuação do enfermeiro, o que pode levar ao entendimento de que ainda são poucos os pesquisadores que se envolvem com esse tema. A temática abordada na produção científica nacional dos últimos 10 anos, especialmente naquelas publicadas na segunda metade desse período, concentram-se em relatar a atuação de enfermeiros na promoção da humanização do cuidado e do cuidador.

Pereira e Araújo, Gois et al. (2013), pode-se concluir que os enfermeiros dos setores de urgência e emergência encontravam-se estressados no momento da coleta dos dados, com repercussões negativas para o seu trabalho. Na análise das atividades mais estressantes, observou-se diferenças entre as instituições. Considerando os domínios, os enfermeiros do hospital A perceberam como atividades mais estressantes as relacionadas ao cuidado e do B à área administrativa.

Deckman, Deon, Silva et al. (2013), os estudos analisados permitem inferir que desenvolver competências gerenciais no âmbito da saúde e em especial na enfermagem, é um grande desafio. Os resultados comprovam que a complexidade do contexto na atenção

à saúde dificulta o desenvolvimento de competências, principalmente com relação às estratégias institucionais, muito aquém das necessidades dos enfermeiros.

Sade, Peres e Wolff (2014), para tanto, as competências gerenciais devem ser formadas e desenvolvidas, por meio da articulação de capacidades, práticas e saberes organizados construídos a partir da formação acadêmica e de maneira permanente na prática profissional de Enfermagem. Assim, o grande desafio da formação destas competências é o desenvolvimento da consciência dos sujeitos e instituições diretamente relacionados a este processo sobre o seu contexto e sua responsabilidade.

Por isso, urge a necessidade de rever os métodos utilizados na graduação e nas organizações empregadoras para que a formação das competências efetivamente seja permanente; ou seja, um processo sistematizado e participativo, em todas as esferas de aprendizagem, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, onde o pensar e o fazer são os ingredientes essenciais do aprender e do trabalhar para transformação da realidade.

Santos et al. (2013), a partir da análise da produção científica nacional e internacional sobre as práticas dos enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde, constatou-se que a gerência do cuidado é uma atribuição do enfermeiro diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho para os profissionais. Para tanto, o enfermeiro atua na realização do cuidado, na gerência de recursos humanos e materiais, na liderança, no planejamento da assistência, na capacitação da equipe de enfermagem, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou analisar o gerenciamento do enfermeiro (a) nos serviços de urgência e emergência e com isso saber se este interfere ou auxilia no processo do cuidado aos clientes/pacientes. As pesquisas mostraram que os profissionais enfermeiros (as) tem muito ou médio conhecimento sobre o gerenciamento de enfermagem, contudo não sabe, ou mesmo por falta de quantitativo de pessoal adequado, recursos físicos e materiais, conciliar com a prática assistencial. Desse modo, a assistência passou a ficar muitas vezes prejudica.

O encaminhamento de pacientes que necessitam de atenção primária à Rede Básica de Saúde, a fim de que possa diminuir o grande problema das superlotações nos urgências e emergências; a qualificação e o treinamento dos profissionais atuantes nas unidades de urgência e emergência, para que eles estejam preparados para receber pacientes com risco de morte e para que erros tornem-se inexistentes.

O enfermeiro (a) deve compreender que a gerência não deve ser vista como uma atividade centrada na burocracia, mas uma atividade com o intuito de proporcionar uma assistência em favor das necessidades da população atendida. Um gerenciamento

de qualidade melhora a assistência dedicada aos usuários, influencia diretamente no relacionamento entre equipe de enfermagem e as outras categorias profissionais.

Assim, a atuação do enfermeiro na gerenciamento do cuidado e como administrador/supervisor dos serviços de enfermagem, responsável por estabelecer vínculos entre as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde de modo a mediar as relações estabelecidas no contexto do trabalho, com vistas ao desenvolvimento de melhores práticas assistenciais. O enfermeiro (a) torna-se um agente estratégico na promoção do trabalho em equipe em emergência, sendo capaz de sensibilizar, estimular e articular a equipe para a efetivação de um trabalho integrado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, S.M.B et. al. Dificuldades no Processo de Gerenciamento em Enfermagem na Urgência e Emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 3-20, jan./mar. 2016, ISSN: 2358-7490. Disponível em: <http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_01.pdf>.

ANTONELLI, R.C.; BELLUCCI, J.A. Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 137-146, jul./dez. 2014. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/download/18653/16249>.

AZEVEDO, C.S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7 n.2, p. 349-361, abr. 2002.

BELLUCCI, J.A; MATSUDA, L.M. O enfermeiro no gerenciamento à qual idade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a22.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 256 p. – 3. ed. ampl. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

COSTA, A.F; ARAÚJO, D.V; BARROS, W.C.T.S. O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar. in: **Anais XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**. Disponível em <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0047_0182_01.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2016.

DECKMAN, L.R; DEON, S.M.P; SILVA, E.F, et al. Competência gerencial na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.04 n. 02, p.2261-2272, 2013. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/468/pdf_1>

HARADA, M. C. S. (Org.). **Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família; utilização de ferramenta de gestão. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, abr. - jun, 2009.

MAZUR, C. S.; LABRONICI, L.; WOLFF, L. D. G. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 371-376, jul./set. 2007.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2016.

PASSOS, J.P; CIOSAK, S.I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**. Dez. 2006.

PEREIRA, D.S; ARAÚJO, T.S.S.L; GOIS, C.F.L; GOIS JÚNIOR, JP; RODRIGUEZ, E.O.L; SANTOS, V. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 4, p. 55-61, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v35n1/pt_1983-1447-rge/v35-01-00055.pdf>.

RÉ, C. A.; RÉ, M. A. O processo do sistema de gestão de pessoas. In: BITENCOUT, C. et al. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. 2º Ed. Porto Alegre: Bookman, p. 87, 2007.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Considerações gerais sobre gestão de pessoas na área de enfermagem. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 12, n. 131, p. 190- 194, 2009.

SADE, P.M.C; PERES, A.M; WOLFF, L.D.G. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1739-45, jun., 2014. Disponível em: < www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../9377>.

SANTOS J.L.G, LIMA M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 695-702, dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n4/v32n4a09.pdf>>.

SANTOS JLG, ET AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-63, mar-abr, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. 3. ed. – João Pessoa: Idéia, 2007.

SCHIRMER, J. Ética profissional. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1822, 2002.

WEHBE, G.; GALVAO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2001, vol.9, n.2, pp. 86-90. ISSN 0104-1169. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11519.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2013.

ZAMBIAZI, B.R.B; COSTA, A.M. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. RAS. **Rev. adm. saúde**: vol. 15, n, 61 – p. 169-176 Out-Dez, 2013. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745019>>. Acesso em 01 de agosto de 2016.

A EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 SOB A PERSPECTIVA DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

Data de submissão: 11/01/2024

Data de aceite: 01/02/2024

Flávia Beatriz Oliveira de Souza

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto
Leônidas e Maria Deane
Manaus - Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/5691054081382044>

Thaís de Oliveira Leda

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa
Albert Einstein
Rio de Janeiro - Rio de Janeiro
<https://lattes.cnpq.br/8515288083706375>

Vilania Ninaut Henrique Sampaio dos Santos

Universidade Federal do Amazonas -
Escola de Enfermagem de Manaus
Manaus - Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4946375369332330>

Mateus Ferreira de Aguiar

Universidade Estadual do Amazonas
Manaus - Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/0563026177809295>

RESUMO: Este trabalho trata-se de um relato da experiência de acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas durante o Internato, realizado em uma Unidade Básica de Saúde-Estratégia de Saúde da Família (UBS-ESF) em um bairro periférico de

Manaus - Amazonas, e tem como objetivo descrever as vivências e aprendizados durante a participação nas atividades do Estágio Curricular na Atenção Primária à Saúde, ressaltar o impacto que a pandemia de COVID-19 causou no serviço de saúde e evidenciar a importância desta prática para a formação de novos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária; Pandemia de COVID-19; Graduação em Enfermagem.

THE EXPERIENCE ON PRIMARY HEALTHCARE DURING COVID-19 PANDEMIC UNDER NURSING STUDENTS PERSPECTIVE

ABSTRACT: This present study is an experience report of students of the nursing degree of the Federal University of Amazonas during Internship, carried out in a Basic Health Unit-Family Health Strategy in a suburb of Manaus capital of Amazonas state, and aims to describe experiences and learning during the first Internship activities in primary health care, emphasize the impact that the COVID-19 pandemic had on the health service and to highlight the importance of this practice for new nurses training.

KEYWORDS: Primary healthcare; COVID-19 pandemic; Nursing degree.

INTRODUÇÃO

De acordo com o ministério da saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, em harmonia com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma nova orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde dos indivíduos e do coletivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Este trabalho trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa sobre a atuação de estagiários do último ano da graduação em enfermagem, que realizaram tais atividades para cumprimento da Lei do Estágio (Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008), que dispõe sobre o estágio dos estudantes de graduação, e prevê que o estágio é um ato educativo que deve ser supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho e faz parte do projeto pedagógico do curso visando ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular.

No final de 2019, um novo vírus foi identificado em Wuhan, na China, que ficou popularmente conhecido como Novo Coronavírus ou Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), por seu mecanismo de ação possuir semelhanças com o vírus causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (CONTINI et al. 2020). A doença se alastrou rapidamente pelo globo, alcançando altos níveis de disseminação geográfica. Diante disso, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevou o estado de contaminação à pandemia de Covid-19, tornando uma emergência de saúde pública.

O presente trabalho torna-se relevante visto que a experiência do estágio coincidiu com o cenário da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) que teve seus principais picos em 2020, 2021 e 2022. A pandemia alterou a normalidade do processo de trabalho e as demandas de saúde da população, propiciando aos acadêmicos um ambiente de intenso aprendizado, visto que os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula não prepara a comunidade acadêmica para vivenciar todos os aspectos envolvidos em uma pandemia. Teve-se a oportunidade de realizar, seguindo o cronograma da unidade, as atividades: consultas de pré-natal com gestantes e parceiros, coleta de material citopatológico de colo uterino, consultas sobre saúde reprodutiva e anticoncepção, promoção ao aleitamento materno à mulheres no puerpério e seus recém-nascidos, testes rápidos, vacinação, consultas à idosos, atendimento domiciliar, além de duas atividades externas à unidade sendo elas, a igreja e a escola do bairro. Além disso, foi realizado o trabalho de gerência na unidade, o que resultou no desenvolvimento não apenas habilidades técnicas, mas também interpessoais, gestão de pessoas e resolução de problemas. Ademais, realizou-se educação em saúde em cada consulta, sendo imprescindível para a prevenção de doenças e agravos.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O cronograma de trabalho com a descrição das atividades foi baseado nas atividades que são realizadas na unidade, de acordo com os dias e horários dos atendimentos à população. Foi listado e definido com a enfermeira da unidade a realização de turnos para que cada aluno pudesse vivenciar e experienciar todas as especialidades e atividades exercidas pela enfermagem com o objetivo de agregar conhecimento ao internato acadêmico. Além de atendimentos realizados na unidade, como consultas de pré-natal com gestantes e parceiros, coleta de material citopatológico de colo uterino, consultas sobre saúde reprodutiva e anticoncepção, promoção ao aleitamento materno à mulheres no puerpério e seus recém-nascidos, testes rápidos, vacinação, consultas à idosos, também foram desenvolvidas ações de saúde para além dos portões da UBS, como visitas domiciliares, ações em saúde na igreja do bairro, campanha de vacinação em escola de ensino infantil, educação em saúde em escolas de ensino fundamental e médio para que diversos assuntos sejam expostos e incentivem a difusão de informação na comunidade.

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Considerando a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família como política que garante o acolhimento e aproximação entre o profissional e o usuário, a realidade do fluxo de trabalho sofreu algumas modificações que acompanharam as fases do cenário pandêmico na cidade de Manaus. Destaca-se a reorganização do fluxo de atendimento, que durante a pandemia teve agenda fechada para consultas de rotina e prioridade para casos de sintomas respiratórios, necessitando adaptar a infraestrutura da Unidade de Saúde para atender a demanda do público e as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde. Na Unidade Básica de Saúde era ofertado atendimento aos casos com sintomas respiratórios e testagem durante o pico da pandemia, no entanto após a redução da incidência de casos de COVID-19 na cidade, a UBS deixou de oferecer esse serviço, numa tentativa de retornar à rotina e ao fluxo de trabalho considerados rotineiros. Nessa fase de retorno foram encontrados alguns desafios como a contínua demanda da população em busca de testagem e atendimento para sintomas respiratórios. Visto a problemática, os acadêmicos de enfermagem desenvolveram folhetos informativos para a população, a fim de orientar e apresentar quais os serviços faziam parte da rotina da UBS. No entanto, durante o período do estágio ainda foram realizadas algumas testagens de COVID-19 mesmo a UBS não sendo mais referência para esse tipo de serviço. Importante ressaltar o papel da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vinculado à ESF, que durante a pandemia teve suas diretrizes de regionalização e hierarquização evidenciados através do encaminhamento de casos para outros pontos de saúde de acordo com o nível de complexidade.

CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

É importante ressaltar que durante o processo de formação do profissional enfermeiro, faz-se necessário experiências práticas de construção de saberes, onde nesses cenários poderão ser aplicados os conhecimentos científicos e técnicos, baseados nas melhores evidências científicas, adquiridos no campo teórico, seja em sala de aula ou de forma autônoma. É durante esta vivência que tem-se a oportunidade de entender o funcionamento do serviço de saúde e apreender o papel e a responsabilidade profissional do enfermeiro. Então, ao longo do período de estágios, foi entendido como poderia-se colaborar com o serviço de forma a melhorar a experiência de cuidado do usuário durante a utilização do serviço. Realizou-se orientação e reorientação do cuidado dentro da unidade, foi realizado atendimento de demanda espontânea, participação de campanhas de ações pontuais e com maior volume de atendimento e realizamos devolutiva da nossa percepção para a gestão do serviço. Considerando que esta prática em Atenção Básica ocorreu durante o primeiro semestre de 2022, entendeu-se que a pior fase da pandemia já havia sido superada, porém foi possível acompanhar de perto como esta fase da história impactou no serviço de saúde, visto que a partir deste acontecimento, precisava-se lidar com falta de pessoal, insegurança da equipe, campanhas mais enfáticas de vacinação, não apenas contra o SARS-CoV-2, mas de modo geral. Esta experiência contribuiu para a formação de profissionais capazes de lidar com as adversidades do cotidiano de trabalho com criatividade, resolutividade e proatividade. Além de ampliar aspectos essenciais ao perfil do profissional de enfermagem, como liderança, gestão de conflitos e a capacidade de se adaptar à situações fora da normalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se o quanto o Sistema de Saúde é imprescindível para o bem estar de toda uma população na atenção básica. Enquanto profissionais da saúde atuantes, olhando em retrospecto percebemos que o vínculo entre UBS-ESF e a enfermagem é importante para a boa manutenção do fluxo de saúde e, ainda, da boa adesão aos serviços disponíveis. Foi possível perceber também o quanto nos manter atualizadas sobre as técnicas de procedimentos e da parte administrativa e de gestão é primordial para um bom funcionamento do serviço, e que para a fluidez do atendimento é necessário atenção e o cuidado devidos, atentando a cada aspecto da saúde do paciente, assim como com a equipe multiprofissional. O estágio curricular foi importante para a aproximação da vivência prática da formação e auxiliar no exercício profissional. A atuação conjunta à equipe multiprofissional propiciou o entendimento das necessidades reais de uma comunidade, e o apoio e a autonomia dada pela equipe permitiu a vivência completa de um serviço de saúde. A pandemia de COVID-19 colocou em destaque a importância e o trabalho da enfermagem, no que tange a gerência do cuidado e a qualidade do serviço prestado,

contribuindo para uma formação profissional efetiva ao colocar os estudantes em situações de reorganização, tomada de decisões e outras habilidades impostas pelo momento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Brasília, 2018.

CONTINI, Carlo; DI NUZZO, Mariachiara; BARP, Nicole; BONAZZA, Aurora; DE GIORGIO, Roberto; TOGNON, Mauro; RUBINO, Salvatore. The novel zoonotic COVID-19 pandemic: An expected global health concern. *The Journal of Infection in Developing Countries*, [S. l.], v. 14, n. 03, p. 254–264, 2020. DOI: 10.3855/jidc.12671. Disponível em: <https://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/32235085>. Acesso em: 9 jan. 2024.

JÚRI SIMULADO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS

Data de submissão: 18/01/2024

Data de aceite: 01/02/2024

Larissa Horta Esper

Centro Universitário Barão de Mauá,
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
<https://lattes.cnpq.br/7002386799118735>

Rubia Paixão Benedicto

Centro Universitário Barão de Mauá,
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0396992839745341>

RESUMO: A formação de profissionais de saúde exige uma educação emancipatória com fundamentação crítica e reflexiva, que articula os fundamentos técnicos aos atuais modelos de atenção à saúde do país norteados por políticas públicas de saúde. Tais modelos incluem a consolidação das transformações do atendimento à pacientes com transtornos mentais, incluindo usuários de álcool e drogas. Nesse contexto, as estratégias de redução de danos em paralelo com estratégias que objetivam exclusivamente a abstinência, são ferramentas antagônicas e integradas às políticas de saúde que buscam o processo de recuperação de usuários. O objetivo do presente estudo é descrever uma experiência de ensino e aprendizagem através de PBL (*problem-based learning*) e

júri simulado para abordar o tema políticas públicas destinadas aos usuários de drogas, com enfoque para as estratégias de redução de danos versus a abstinência. A atividade realizada em uma instituição de ensino privada do curso de enfermagem, utilizou como estratégia disparadora elementos da aprendizagem baseada em problemas (PBL). Os discentes pesquisaram previamente sobre estratégias de redução de danos e abstinência para atendimento do caso clínico em questão. Em seguida foram divididos para o júri simulado em: juiz, escrivão, promotoria A e B, jurados, paciente/familiar e expectadores. A Promotoria A defendeu a estratégia de redução de danos e a Promotoria B defendeu a abstinência tratamento. Durante debate, os mediadores de cada grupo apresentaram argumentos a favor de sua posição, esboçando contra-argumentos ao grupo oposto. Após debate o júri apresentou uma última questão complexa, com o intuito de estimular o raciocínio rápido e a flexibilidade. Os jurados avaliaram o debate e apresentaram qual grupo foi o vencedor da disputa. Ao final, os docentes retomaram os principais pontos da disputa para esclarecimentos. Considerações finais: os alunos puderam refletir sobre as atuais políticas públicas de

saúde destinadas aos usuários de drogas através de uma aprendizagem significativa, crítica e reflexiva a qual torna-se primordial para a atuação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: álcool, substâncias psicoativas, redução de danos, políticas públicas.

SIMULATED JURY AS A TEACHING STRATEGY ABOUT PUBLIC POLICIES TO CARE FOR ALCOHOL AND DRUG USERS

ABSTRACT: The training of health professionals requires an emancipatory education with a critical-reflexive foundation, which articulates the technical foundations with the country's current health care models guided by public health policies. Such models include the consolidation of transformations in care for patients with mental disorders, including alcohol and drug users. In this context, harm reduction strategies in parallel with strategies that aim exclusively at abstinence, are antagonistic tools and integrated into health policies that seek the user recovery process. The objective of the present study is to describe a teaching and learning experience through PBL (problem-based learning) and simulated jury to address the topic of public policies aimed at drug users, focusing on harm reduction strategies versus abstinence. The activity carried out in a private educational institution offering a nursing course, used problem-based learning (PBL) elements as a triggering strategy. The students previously researched harm reduction and abstinence strategies to address the clinical case in question. They were then divided for the simulated jury into judge, clerk, prosecutors A and B, jurors, patient/family members, and spectators. Prosecutor A defended the harm reduction strategy and Prosecutor B defended abstinence treatment. During the debate, the mediators from each group presented arguments in favor of their position, outlining counter-arguments to the opposing group. After the debate, the jury presented one last complex question, intending to stimulate quick thinking and flexibility. The judges evaluated the debate and presented which group was the winner of the dispute. In the end, the teachers returned to the main points of the dispute for clarification. Final considerations: students were able to reflect on current public health policies aimed at drug users through meaningful, critical, and reflective learning, which becomes essential for professional performance.

KEYWORDS: alcohol, psychoactive substances, harm reduction, Health Policy.

INTRODUÇÃO

A Educação profissional em enfermagem atualiza-se na medida em que surgem novos cenários e necessidades desencadeadas por transformações políticas, legais, econômicas, sociais e tecnológicas (PEREIRA; RAMOS, 2011). Tais aspectos repercutem em mudanças conceituais/ideológicas que influenciam as práticas de enfermagem e estimulam as instituições educacionais a uma constante inovação curricular.

Atualmente, a formação em enfermagem transita em uma educação emancipatória com fundamentação crítica e reflexiva, que busca articular os fundamentos técnicos aos atuais modelos de atenção à saúde do país (FERNANDES et.al.,2020). Tais modelos incluem a atuação profissional para a consolidação do Sistema Único de Saúde e das transformações do atendimento à pacientes com transtornos mentais ocorrida nas últimas décadas.

O país vivencia nas últimas décadas o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira com a reformulação da assistência e a reestruturação dos modelos de atenção à saúde destinados à pacientes com transtornos mentais. (BRASIL, 2020). Diante tais mudanças, a enfermagem reestruturou um novo tipo de cuidado, destinado a superar os paradigmas históricos sendo capaz de compreender os transtornos mentais em sua complexa relação entre determinantes biopsicossociais e políticos. Com a aprovação da lei 10.216/2001, os direitos dos portadores de transtornos mentais foram regulamentados e um longo processo de desinstitucionalização foi instaurado com a inserção de uma rede substitutiva de atendimento com foco na reinserção psicossocial (BRASIL,2001).

Atualmente, são vistos os frutos da luta antimanicomial brasileira, com a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria nº 3088/2011) foi possível uma nova articulação de pontos de serviços de saúde para pessoas com transtorno mental, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, atenção básica a saúde e atenção residencial de caráter transitório.

Os modelos de atenção aos pacientes com transtornos mentais incluem os indivíduos com diferentes problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Nesse contexto, as estratégias de redução de danos em paralelo com estratégias que objetivam exclusivamente a abstinência, são ferramentas antagônicas e integradas às políticas de saúde que buscam o processo de recuperação de usuários (WHO, 2008).

A estratégia de redução de danos pode ser entendida como uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas” (ANDRADE et. al., 2001, WHO, 2008). Segundo Silveira e Silveira em relação a redução de danos deve-se considera que *“Evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas; se isto não for possível, evitar o envolvimento precoce com o uso de drogas, retardando-o ao máximo; para aqueles que já se envolveram, ajudá-los a evitar que se tornem dependentes; e, para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência; e se, apesar de todos os esforços, eles continuarem a consumir drogas, orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível”* (SILVEIRA E SILVEIRA, 2011).

Em contrapartida, a estratégia de abstinência tem sido amplamente discutida no âmbito do tratamento de usuários de álcool e drogas nos últimos anos, sendo considerada em abril de 2019 na nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) a qual foi aprovada pelo governo federal. Uma das principais considerações dessa política foi com a adoção da abstinência como abordagem preferencial em serviços de atendimento (BRASIL, 2019). Cabe ressaltar que ambas as estratégias, ou seja, a redução de danos e o enfoque para a abstinência, apresentam sua relevância no âmbito clínico, sendo essencial a discussão e reflexão crítica sobre a sua implementação.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é descrever experiência de ensino e aprendizagem através de PBL (*problem-based learning*) e júri simulado para abordar o tema políticas públicas destinadas aos usuários de álcool e drogas, com enfoque para as estratégias de redução de danos versus o enfoque a abstinência.

O presente estudo apresenta um relato de experiência de ensino e aprendizagem, em atividade desenvolvida no ano de 2023 na disciplina Assistência de Enfermagem em Saúde Mental, ofertada pelo curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada.

A atividade utilizou como estratégia disparadora elementos da aprendizagem baseada em problemas (PBL) a partir de um caso clínico fictício supostamente atendido na Rede de Atenção Psicossocial em consonância com a rede jurídica. O caso clínico descreve uma paciente jovem, mãe de duas crianças, suspeita de apresentar dependência de álcool e cocaína, que recebeu atendimento em um serviço de saúde e foi mencionada no contexto do artigo 28 da Lei de Drogas. A equipe multidisciplinar responsável por seu acompanhamento judicial tem como objetivo central a discussão sobre o direcionamento mais adequado para seu tratamento. Para abordar essa questão, foi organizado um júri simulado, no qual um grupo defende a estratégia de redução de danos, enquanto outro grupo defende a abordagem da abstinência e o envolvimento em comunidades terapêuticas.

Os discentes pesquisaram previamente sobre as definições e aplicabilidade de estratégias de redução de danos e abstinência para atendimento do caso clínico em questão. Posteriormente postaram em plataforma digital da instituição de ensino as buscas bibliográficas realizadas em bases de dados validados e compartilharam com os respectivos grupos as informações identificadas e relevantes para o debate.

A pergunta central que orientou o debate foi: “Qual local, serviço ou método é mais apropriado para o tratamento da paciente? Considerando a opção pela estratégia de redução de danos ou a abordagem focada na abstinência do consumo de álcool e drogas?”

A etapa seguinte incluiu a divisão dos discentes para o júri simulado, sendo: juiz, escrivão, Promotoria A, Promotoria B, jurados, paciente/ familiar e expectadores. O quadro a seguir descreve os objetivos e como o grupo deveria se organizar para participar do júri simulado.

<p>GRUPO A - Promotoria (Defensores da estratégia de redução de danos)</p>	<p>Durante debate em júri simulado o grupo defendeu a estratégia de REDUÇÃO DE DANOS como principal estratégia de tratamento de pessoas com dependência ao uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Baseado nas pesquisas bibliográficas e na análise do estudo de caso, os discentes em grupo formularam três argumentos de defesa sobre a redução de danos e três acusações contra o tratamento através da abstinência. Estas questões foram utilizadas durante o júri simulado.</p> <p>Durante debate, os mediadores de cada grupo apresentaram argumentos a favor de sua posição, esboçando contra-argumentos ao grupo oposto.</p>
<p>GRUPO B- Promotoria (Defensores da abstinência e comunidades terapêuticas)</p>	<p>Durante debate em júri simulado o grupo defendeu a ABSTINÊNCIA E A COMUNIDADE TERAPÊUTICA como principal estratégia de tratamento de pessoas com dependência ao uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Baseado nas pesquisas bibliográficas e na análise do estudo de caso, os discentes em grupo formularam três argumentos de defesa sobre a redução de danos e três acusações contra o tratamento através da abstinência. Estas questões foram utilizadas durante o júri simulado.</p> <p>Durante debate, os mediadores de cada grupo apresentaram argumentos a favor de sua posição, esboçando contra-argumentos ao grupo oposto.</p>
<p>GRUPO C (JURADOS)</p>	<p>O papel do grupo foi avaliar a argumentação de cada um dos lados, anotando os principais argumentos e decidindo, ao final, qual grupo foi o vencedor. Reforça-se que durante a atividade o ponto mais relevante é que o julgamento seja imparcial, considerando o grupo que apresentou os melhores argumentos, independente da opinião pessoal sobre o tema de cada discente.</p>
<p>ESCRIVÃO</p>	<p>Composto por um estudante, responsável por realizar as paradas estratégicas e controlar o tempo de exploração da temática por cada grupo, também contribuiu ao oferecer apoio ao juiz.</p>
<p>JUIZ</p>	<p>Foram as professoras da disciplina, responsáveis por moderar a dinâmica e realizar os esclarecimentos necessários durante todo o processo de júri simulado.</p>
<p>FAMILIARES E PACIENTE</p>	<p>Foram discentes responsáveis por apresentar o caso clínico em questão e discutir aspectos emocionais, sociais e psicológicos que influenciam o tratamento da paciente,</p>

Quadro 01. Divisão dos participantes segundo as seguintes categorias: Promotoria, Jurados, Escrivão, juiz, Familiares e paciente.

Dinâmica do júri simulado

A dinâmica da disputa iniciou com o juiz explicando o caso clínico da paciente. Em seguida a paciente e familiares apresentaram sua vivência e experiência com a doença, incluindo os prejuízos sociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas da paciente bem como danos físicos e sociais.

A seguir, foi sorteado o grupo de Promotoria que deveria iniciar o debate. Um dos integrantes do grupo de Promotoria foi considerado o mediador, ou seja, o aluno responsável por ser o centro da palavra e enunciar o primeiro argumento a favor da sua posição. Em seguida, a palavra foi transferida ao grupo oposto, que contra-argumentava e apresentava a réplica. A alternância continuou até que nenhum dos lados tinham mais argumentos substanciais sobre aquele ponto específico (o mediador deveria decidir a hora de mudar de argumento).

Em qualquer momento do debate, poderiam ocorrer intervenções do júri as quais não poderiam privilegiar diretamente nenhum dos lados. O aluno considerado escritor foi responsável por realizar as paradas estratégicas e controlar o tempo de exploração da temática por cada grupo, também contribuiu ao oferecer apoio ao juiz. Após os dois lados apresentarem argumentos em números iguais os jurados apresentaram uma última questão aos dois lados. Essa questão foi mais complexa que as demais do debate e desconhecida dos participantes pois deveria provocar surpresa e estimular o raciocínio rápido e a adaptabilidade a ideias novas e inesperadas. A questão do júri foi relevante também como uma questão de desempate.

Depois de esgotada a última questão, cada grupo de promotoria teve um tempo limitado de 5 minutos para síntese e considerações finais. Feito isso, os discentes se retiraram da sala ficando apenas o grupo de jurados e juízes. Em espaço reservado, foi discutido os argumentos e contra-argumentos utilizados pela promotoria. Os juízes (professores) moderaram essa discussão. Ressalta-se que os argumentos foram ponderados independente da percepção pessoal dos jurados, visto que o objetivo da dinâmica foi avaliar os promotores que tiveram melhores argumentos baseados em evidências científicas sobre o tema e em políticas públicas de saúde. Ao final, todos os alunos se reuniram novamente em sala de aula e o grupo vencedor foi informado.

Após a euforia dos alunos devido a divulgação dos vencedores, os professores realizaram esclarecimentos e pontuações sobre as duas estratégias (Redução de danos e Abstinência). A controvérsia entre a estratégia de redução de danos e a abstinência como abordagens de intervenção para usuários de álcool e drogas reflete um debate complexo no campo da saúde mental e tratamento.

Os professores esclareceram que a estratégia de redução de danos fundamenta-se na minimização dos prejuízos associados ao uso de álcool e outras drogas, promovendo práticas mais seguras e conscientes, sem necessariamente exigir a cessação completa e imediata do consumo. Em contrapartida, a abstinência visa à completa interrupção do uso de álcool e drogas, buscando a recuperação total do indivíduo. Ambas as abordagens apresentam méritos distintos, sendo a redução de danos muitas vezes defendida por sua abordagem pragmática, que reconhece a realidade do uso contínuo, enquanto a abstinência é respaldada pela busca pela total sobriedade como caminho para a recuperação. A escolha entre essas estratégias depende da avaliação individual do paciente, considerando fatores como gravidade da dependência, contextos sociais e preferências pessoais, sendo crucial uma abordagem personalizada e centrada no paciente. Além disso, uma reflexão crítica e reflexiva do enfermeiro nesse contexto é primordial para um cuidado efetivo de saúde.

Em relação especificamente a utilização do júri simulado como recurso didático para o ensino e aprendizagem, a estratégia foi identificada como promissora e estimulante pelos alunos. A implementação de júri simulado permite o desenvolvimento de habilidades argumentativas e facilita a construção de raciocínio clínico em ambientes educacionais. A

dinâmica permite não apenas a introdução e discussão sobre o tema de políticas públicas para atenção ao usuário de álcool e drogas, mas também proporciona um espaço efetivo para reflexão e argumentação sobre o tema.

Por último, pesquisadores da estratégia de júri simulado destacam que a abordagem conhecida como “*scaffolding*”, traduzida literalmente como “andaime”, permite que o professor atue como moderador, oferecendo suporte aos argumentos dos alunos. Isso, por sua vez, promove o desenvolvimento da discussão e cria oportunidades para a emergência de contraposições entre argumentos científicos e experiências clínicas (VIEIRA, MELO, BERNARDO, 2014; VEIGA et al., 2018). Sob essa perspectiva, é possível que o professor se encontre na posição que não necessariamente concorda com os argumentos apresentados, mas permite impulsionar a argumentação e a ampliação da complexidade dos pontos de vista apresentados frente o caso clínico. Assim, o aprimoramento da complexidade argumentativa resulta em uma produção discursiva de alto valor cognitivo, trazendo consigo implicações positivas para o processo de atuação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino de políticas públicas e sua aplicabilidade com ênfase na prática profissional mostram-se um desafio acadêmico. A proposta metodológica do presente estudo possibilitou aos discentes o aprofundamento no estudo da política pública de álcool e outras drogas de maneira dinâmica e assertiva em busca de argumentações percorrendo o conteúdo das suas diretrizes num olhar ampliado para o cuidado humanizado e individualizado.

Por meio da atividade de ensino proposta, os alunos tiveram um espaço para reflexão aprofundada sobre as políticas públicas de saúde direcionadas aos usuários de álcool e drogas. Essa experiência educacional promoveu uma aprendizagem significativa, crítica e reflexiva, destacando-se como um elemento primordial na formação do enfermeiro. A formação acadêmica visa preparar os discentes para enfrentar as diversas demandas da sociedade contemporânea, contribuindo para uma atuação profissional mais consciente e alinhada com as necessidades e desafios presentes no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.M. et al. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil : 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 95-114.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Síntese de evidências para políticas de saúde: melhorando o cuidado de pacientes com transtornos mentais desinstitucionalizados, Brasília : Ministério da Saúde, 60p, 2020.

BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 2-4, 6 jun. 2019.

FERNANDES, J.D. et.al. Educação em enfermagem: mapeamento na perspectiva de transformação. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):e20180749.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, MN. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 120 p. PRONKO, M. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

SILVEIRA, E.D.X., SILVEIRA, D.X. Um guia para a família. Brasília: Presidência da República - Secretaria Nacional Antidrogas; 2001.

VIEIRA, Rodrigo Drumond; MELO, Viviane Florentino de; BERNARDO, José Roberto da Rocha. O JÚRI SIMULADO COMO RECURSO DIDÁTICO PARA PROMOVER ARGUMENTAÇÕES NA FORMAÇÃO DE PROFESSORES DE FÍSICA: O PROBLEMA DO “GATO”. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.**, Belo Horizonte , v. 16, n. 3, p. 203-226, set. 2014 .

VEIGA, L. A.; FONSECA, L. R. O júri simulado como proposta didático-pedagógica para a formação inicial do professor de geografia na perspectiva da aprendizagem baseada em problemas (PBL). Geosp – Espaço e Tempo (Online), v. 22, n. 1, p. 153-171, mês. 2018. ISSN 2179-0892.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/topics/harm_reduction/en/

ENFERMEIRO NO RAMO DA ESTÉTICA: MERCADO DE TRABALHO E EMPREENDEDORISMO

Data de aceite: 01/02/2024

Renata Verena Eça Santos Farias

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito saúde significa estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidades. A Enfermagem Estética é um meio para a promoção do conforto e bem-estar para os pacientes que escolhem por fazer procedimentos estéticos através dos desenvolvimentos tecnológicos que vem crescendo e ganhando espaço cada vez mais. O desempenho do Enfermeiro nessa área foi regulamentado através do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução nº 529/2016, que autoriza aos Enfermeiros com pós-graduação e especializações em estética a realização de diversos procedimentos. A concretização desta área vem adquirindo inúmeros processos de desenvolvimento, evolução, progressos e com grande potencial de expansão. Diante disso, é necessário identificar as visões e as concepções dos profissionais frente a essa área.

PALAVRAS-CHAVE: Procedimentos, COFEN, Saúde, Evolução e Enfermidades.

NURSES IN THE FIELD OF AESTHETICS: JOB MARKET AND ENTREPRENEURSHIP

ABSTRACT: According to the World Health Organization (WHO), the concept of health means a state of complete physical, mental and social well-being, and not just the absence of illness. Aesthetic Nursing is a means of promoting comfort and well-being for patients who choose to undergo aesthetic procedures through technological developments that have been growing and gaining more and more space. The Nurse's performance in this area was regulated by the Federal Nursing Council (COFEN) in Resolution No. 529/2016, which authorizes Nurses with postgraduate degrees and specializations in aesthetics to carry out various procedures. The implementation of this area has acquired numerous processes of development, evolution, progress and with great potential for expansion. Therefore, it is necessary to identify the views and conceptions of professionals in this area.

KEYWORDS: COFEN, Health, Evolution and Illnesses.

INTRODUÇÃO

O empreendedorismo pode ser caracterizado como um campo de inúmeras atividades que contribuem para o crescimento de um país. Além de proporcionar novas vagas de emprego, o empreendedorismo busca desenvolver tecnologias e criar novos produtos para o mercado de consumo. É um processo que requer iniciativa e tomada de decisões para implementar novos negócios ou mudanças de empresas já existentes, quando implantadas de forma correta, resultam na formação de um negócio de sucesso.

Na Enfermagem existem várias áreas para desenvolver projetos de empreendedorismo, dentre elas é a área da estética, que busca proporcionar conforto, bem-estar físico e mental para os pacientes que optam por realizar procedimentos estéticos.

A estética é o estudo das reações expressivas, dos sentimentos e emoções humanas. É um estudo bastante amplo, que pode ser estudado a partir de uma perspectiva filosófica, técnica e histórica. Eco (2004, p.09) cita que o “belo” é usado para referir algo que nos agrada. Segundo Castilho (2001), o significado de belo está direcionado a cultura e acabam influenciando indivíduos a se analisarem fisicamente, o que interfere em suas atitudes, postura e comportamentos no mundo. É dessa forma que surge a relação entre a estética como significado de beleza.

A Estética é uma área relativamente nova do ramo da Enfermagem, tanto por usuários, quanto para outros profissionais da área da saúde, até mesmo para os alunos do curso. É considerável discutir sobre saúde estética, procedimentos estéticos e dermocosméticos, de modo que esclareça como o Enfermeiro pode atuar na prática utilizando seus conhecimentos técnicos e científicos, respeitando a integridade física e moral dos pacientes.

Por conta das mudanças econômicas, globalização e inovações tecnológicas, gerou impactos que influenciam o mercado de trabalho e resultando no aumento da instabilidade de emprego, crescimento da taxa de desemprego, redução de salários e mercados mais competitivos. Admite-se que a área estética é bastante promissora para a Enfermagem, pois atualmente cuidar da beleza deixou de ser visto como uma atividade dispensável e passou a ser uma questão de saúde, bem-estar, tem relação com a automotivação, é uma área de grande importância a ser estudada no mercado pelos enfermeiros.

A realização da pesquisa é de grande importância para identificação pessoal, e tem bastante significância para discussões acadêmicas, visto que, a atuação dos enfermeiros nesse ramo é pouco conhecida e explorada durante a graduação do curso. Portanto, diante da limitada produção científica a respeito do empreendedorismo na Enfermagem na área da estética e com o desejo de favorecer para a atuação dos enfermeiros no mercado de trabalho nessa área, utilizamos como questionamento de pesquisa para este estudo: Quais os benefícios que o Enfermeiro dispõe utilizando o empreendedorismo como ferramenta para a área de estética?

Diante disso, temos como objetivo geral conhecer os benefícios do empreendedorismo na formação do Enfermeiro na área da estética, e como objetivo específico discorrer sobre as competências que o Enfermeiro esteja apto a exercer suas funções na estética.

REFERENCIAL TEÓRICO

O crescimento e a dificuldade de acesso a vagas de emprego é devido ao aumento de profissionais disponíveis na Enfermagem. O que resulta em um mercado de trabalho mais competitivo, seletivo e criterioso, com uma maior tendência a escassez das possibilidades de trabalho. Cada vez mais vem crescendo o número de formados na área, fazendo com que assim, o mercado de trabalho fique mais criterioso e valorizando ainda mais as qualificações e conhecimentos técnico-científico, dando preferência para profissionais com maior experiência no ramo. (OLIVEIRA 2018).

Porém, as qualidades do Enfermeiro não se resumem somente a conhecimentos técnico-científico, na qual se avalia agilidade na realização de procedimentos, mas também nas relações com os colegas de trabalho e nas decisões a serem tomadas que ocorrem no dia a dia do serviço. Frente a isso, os recém-formados possuem menos chances de mostrarem seus conhecimentos e habilidades. (JESUS et al., 2013).

Devido ao sistema de globalização, várias modificações vêm acontecendo no mercado de trabalho, nos meios sociais e culturais, que resultam no avanço de tecnologias, maior comunicação, aumento da procura de serviços, melhores condições de vida e consequentemente maior competitividade no ramo. Por causa deste aumento, as buscas por profissionais capacitados e qualificados vem crescendo cada vez mais. O que mais chama atenção nesses profissionais são as competências ao desenvolver conhecimentos, já que o mercado de trabalho exige profissionais para tal demanda. (PRETO et al, 2015.).

Atualmente nós vivemos uma situação crítica no Brasil em relação a taxa de desemprego. Em 2017 uma pesquisa foi realizada e constatou uma queda na taxa de desemprego, de 12,4% para 11,8%, que ficou marcado como o pior ano para o mercado de trabalho desde 2012. A menor taxa de desocupação tinha sido em 2014 com uma porcentagem de 6,4%. (BRASIL, 2018)1.

As causas mais comuns do desemprego vêm devido à falta de experiência, a falta de ofertas de empregos, falta de concursos públicos, baixa oportunidade nas áreas de especializações e pouca divulgação das ofertas das vagas de trabalho disponíveis. (MACHADO et al., 2015; MARTINS; GOMES, 2015).

É aí que surge o empreendedorismo, dando oportunidades para as pessoas que buscam autonomia financeira e satisfação no trabalho. O empreendedor busca novas oportunidades de trabalho. Além disso, o mesmo impulsiona o mercado e o crescimento financeiro no país, possibilitando abertura de novos negócios, gerando empregos devido as demandas sociais e a necessidade do mercado de trabalho. (ANDRADE; DAL BEN; SANNA, 2014).

Em vista do que foi citado acima, referente ao desemprego e dificuldade das oportunidades de vagas de emprego, competitividade e avaliação criteriosa exigida pelo mercado de trabalho, iniciaram-se outros meios de busca ativa inovadoras para o exercício profissional. (POLAKIEWICZ et al., 2013).

Por meio de estudos, foi possível ampliar novos horizontes e desvendar novos ramos já existentes na área da Enfermagem, porém, pouco exploradas. Dessa maneira cria-se um novo olhar profissional, expondo que os Enfermeiros podem ser autônomos de seus próprios serviços por meio do empreendedorismo. (POLAKIEWICZ et al., 2013).

O termo “Empreendedorismo” vem de origem francesa, que significa “aquele que assume riscos”, porém, somente no século XX que o termo começou a ser estudado definitivamente. Desde os primórdios, o ser humano busca meios de empreender. Na era das cavernas, quando o homem deu início a caça e a pesca, até os dias atuais, se tornou, uma oportunidade de negócios. (BORGES et al., 2023).

Hoje em dia, o empreendedorismo é visto como um meio de inovar e criar novos negócios afim de solucionar problemas e inovar em diversos setores da economia. (BORGES et al., 2023).

O empreendedorismo na Enfermagem vem desde do século XIX, quando Florence Nightingale, exerceu seus conhecimentos de cuidados na guerra da Criméia, auxiliando os enfermos, ajudando a salvar vidas. Que logo em seguida criou a Escola de Enfermagem, situado no Hospital Saint, onde teve início as formações acadêmicas, formando outros profissionais na área. Outros modelos exemplares de empreendedorismo na Enfermagem são Anna Nery conhecida como “ a mãe dos brasileiros” que acompanhou seus 3 filhos na Guerra do Paraguai e prestar serviços aos soldados feridos e Wanda de Aguiar Horta, que ficou conhecida por introduzir os conceitos de Enfermagem que são aceitos no Brasil. Seu reconhecimento ficou marcado por implantar em todas instituições de ensino sobre a Enfermagem. (COSTA et al., 2009; COSTA et al., 2013).

Segundo uma pesquisa realizada no mercado de trabalho da Enfermagem, relatou que poucos profissionais seguem esse ramo em atuar como autônomo, é mais como assalariado. É uma profissão que se caracteriza por trabalhar em instituições hospitalares sejam elas públicas ou privadas. (MACHADO et al., 2015).

Os profissionais que buscam empreender e trabalhar para si mesmo resultam na abertura de novos mercados de trabalho, essas aberturas resultam em uma visibilidade maior para os profissionais da Enfermagem no cenário atual. Com a publicação da Resolução do COFEN nº 518/18 que regulariza abertura de clínicas e consultórios de Enfermagem, valorizando cada vez mais o Enfermeiro prestador desses serviços. (COLICHI; LIMA, 2018).

Atualmente a Enfermagem vem se destacando e ganhando espaço cada vez mais, principalmente no setor médico e pela equipe de técnicos. A Enfermagem é uma profissão que sempre existiu, mas não da forma como conhecemos hoje. Por mais que a arte de cuidar esteve presente desde o princípio, os Enfermeiros só estão sendo reconhecidos e

valorizados em suas atribuições recentemente. (OLIVEIRA et al., 2016).

É improvável falar sobre saúde e centros médicos sem lembrar da Enfermagem, são pioneiros no bom funcionamento, garantindo cuidados, conforto e bem-estar para pacientes que buscam atendimentos em unidades de saúde. É responsável também por administrar equipes hospitalares, organizando e destinando as tarefas para auxiliares e técnicos de Enfermagem com o intuito de otimizar a rotina médica, como lidar com o gerenciamento de medicações e insumos, possuindo um importante papel na dinâmica ambulatorial e hospitalar. (OLIVEIRA et al., 2018).

A Enfermagem vem ganhando mais autonomia nesses locais, podendo diagnosticar algumas patologias, como por exemplo, é o caso das hepatites virais. Devido ao seu mérito, Enfermeiros vez se destacando em locais destinados a saúde e até mesmo em outros meios, como empresas e escolas. E isso se tornar mais concreto quando nos atentamos ao número de especializações nessa área. Assim como outros cursos, a Enfermagem tem diversos setores para se especializar como profissional, alguns exemplos são a Enfermagem Estética, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica, cirúrgica entre outras. Portanto, reconhecemos a importância da Enfermagem no contexto histórico de saúde, com suas atribuições que vão além dos atendimentos e cuidados de urgência e emergência. (BORBA et al., 2011).

O Enfermeiro, planeja, administra, coordena, supervisiona, atualiza prontuários, orienta as equipes de auxiliares e técnicos para preparação de procedimentos. A Enfermagem é uma profissão que salva vidas, e que vem sendo reconhecida e respeitada progressivamente. (OLIVEIRA; PIRES, 2014).

Ao passar dos anos, a Enfermagem vem conquistando espaço cada vez mais no quesito de conhecimento técnico-científico, demonstrando assim interesse em mostrar sua própria identidade, em busca de reconhecimento e valorização no mercado de trabalho. Diante dessa evolução, a Enfermagem vem se destacando em várias atividades no mercado, além de outras que ainda estão em desenvolvimento. (POLAKIEWICZ et al., 2013).

A estética teve origem na Grécia antiga como uma matéria da filosofia que analisava diferentes formas de beleza natural e artística. No século V a.C. a população grega começou a ter uma visão mais clara do belo estético. Para os gregos a beleza estética era associado com admiração, chamando atenção e atraindo olhares. Nessa época deram início as habilidades das artes, principalmente as pinturas e esculturas, onde representavam a beleza ideal. (SOUZA et al., 2022).

Os meios da Estética seguem padrões de beleza que variam de acordo com o tempo e cada sociedade. Por exemplo, os gregos não utilizavam muita maquiagem, eles possuíam uma preocupação maior com a estética corporal. Os homens buscavam a forma de beleza ideal em exercícios físicos, banhos relaxantes e massagens. Já as mulheres, usavam penteados com fitas, cachos e maquiagem bastante simples e delicada. (SOUZA et al., 2022).

No Egito, a pintura possuía um significado importante, para eles a pintura estava associada com a aparência e espiritualidade. Tanto os homens quanto as mulheres usavam maquiagem, era rotina diária deles. Os olhos ganhavam um destaque maior, eram bem delineados e as pálpebras recebiam sombras coloridas. Eles também utilizavam tinturas e especiarias para seus rituais de beleza. (SOUZA et al., 2022).

Em Roma, a estética era centrada nos homens, as mulheres que utilizavam maquiagens eram taxadas de vulgares e adúlteras, por isso a tradição romana priorizava que as mulheres utilizassem roupas longas com uma faixa bordada na barra. (SOUZA et al., 2022).

A resolução COFEN nº 529/2016 traz os seguintes procedimentos que o Enfermeiro está habilitado na área da estética: Carboxiterapia, cosméticos, cosmecêuticos, dermo pigmentação, drenagem linfática, eletroterapia/eletrotermofototerapia, terapia combinada de ultrassom e micro correntes, micro pigmentação, ultrassom cavitacional e vacuoterapia. (RESOLUÇÃO COFEN, 626/2020)

Cuidar da nossa saúde é o bem mais preciosos que podemos nos proporcionar, pois o retorno será benéfico á logo prazo. Os tratamentos estéticos geram resultados positivos para os usuários que buscam esse autocuidado. Profissionais da Estética que se empenham para oferecer o melhor do seu serviço para seus clientes, também procuram o aperfeiçoamento no bem-estar e comodidade para seus usuários. (SOUZA et al., 2022).

Outro ponto importante na estética é o serviço de Home Care, pessoas com dificuldades de locomoção ou até mesmo pelo conforto, tem preferência por esse tipo de atendimento. A valorização desses profissionais é muito importante, pois proporciona cuidados em cada toque, em cada sessão. A percepção de sensibilidade é o que a estética leva para seus pacientes, buscando conforto e comodidades. (OLIVEIRA et al., 2014).

A Enfermagem Estética é voltada para os cuidados no intuito de recuperar a saúde, beleza e bem-estar dos pacientes que buscam por ajuda. O impacto gerado por essa atuação pode ser significativo para a população, pois promove saúde aliada a bem-estar e autocuidado, gerando resultados positivos a longo prazo. Vale ressaltar que o Brasil é líder na área da Estética e em cirurgias plásticas no mundo, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). (BORBA, et al., 2011).

A maioria desses procedimentos são de natureza Estética chegando a 60%, enquanto os outros 40% são cirurgias reparadoras. Dessa forma, a quantidade de pacientes que necessitam e buscam tratamentos e cuidados é grande, o que auxilia a justificar o otimismo para os Enfermeiros Esteticistas. A Enfermagem Estética é uma das áreas atualmente que mais despertou interesse dos profissionais de enfermagem. Sabendo que a área da Estética é considerada como um estudo de beleza, conforto e bem-estar, muitos profissionais de Enfermagem vêm se especializando e conquistando espaço no mercado de trabalho nessa área que está crescendo cada vez mais. (BORBA, et al., 2011).

Sendo assim, surgem diversas oportunidades de especialização na pós-graduação, que tem como principal objetivo preparar os profissionais da saúde para o ramo da Estética. Essa oportunidade trouxe um novo olhar para diversas áreas que compõe a Estética, como um eixo para o conhecimento multiprofissional em saúde e não apenas como uma especialização na profissão. Por esse motivo, profissionais da Enfermagem começaram a se interessar e investir na área e em capacitação para exercer a Estética. (SILVA; XAVIER; ALMEIDA, 2020).

Esse exercício profissional está regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução 626/2020, que atualiza a Resolução COFEN nº 529/2016. Dessa forma o profissional da Enfermagem pode buscar qualificações e especializações em uma série de procedimentos estéticos, e até mesmo com finalidades terapêuticas. (COFEN, 2017).

É o exemplo de pacientes diabéticos, queimados, com úlceras, lesões e também procedimentos necessários no pós-cirúrgico. Além dessas opções, o profissional pode dar suporte em cirurgias plásticas. Para isso o profissional Enfermeiro deve ter formação sólida em anatomia, fisiologia e microbiologia, podendo assim oferecer um serviço com qualidade e segurança. Na faculdade os estudantes de Enfermagem aprendem a dominar procedimentos invasivos complexos e como oferecer um atendimento humanizado. Sendo assim, esse profissional tem tudo para oferecer e proporcionar atendimentos e cuidados no campo da estética. (COLICHI; LIMA, 2018).

Segundo a resolução do COFEN, o enfermeiro pós-graduado em Enfermagem Estética, está capacitado para exercer algumas funções. É o caso de realizar a consulta e a anamnese, definir um melhor tratamento para o paciente, cuidados e orientações que os pacientes devem ter em casa após os procedimentos estéticos, tem competência para registrar em prontuários todas as etapas do tratamento realizado. (COFEN, 2017).

Quanto aos procedimentos estéticos, o enfermeiro pode realizar dentro das normas estabelecidas, por exemplo, dentro do processo de Enfermagem procedimentos minimamente invasivos e não invasivos. Já os procedimentos invasivos, que necessitam ser realizados por especialistas adequados, o enfermeiro que deseja atuar em consultório próprio pode fazê-lo, porém deve conter a especialização e formação reconhecida pelo MEC. (POLAKIEWICZ et al., 2020).

O Enfermeiro com pós-graduação está apto para exercer tais procedimentos, como, carboxiterapia, depilação a laser, micropuntura, vácuoterapia, drenagem linfática, dermopigmentação, cosmeceuticos, micropigmentação, ultrassom cavitacional, terapia combinada de ultrassom e microcorrentes, eletroterapia/ eletrotermofototerapia. Sendo assim, essas qualificações permitem que o profissional atue em hospitais, clínicas, SPAs, homecare e até mesmo em consultório próprio. (POLAKIEWICZ t al., 2020)

Por meio da graduação em Estética, o enfermeiro também poderá desenvolver uma visão mais ampla e empreendedora em relação ao mercado de trabalho, afinal, o

setor da Estética possui um vasto espaço e abrangente na atualidade. A oportunidade empreendedora que as especializações da Estética podem dar ao Enfermeiro é grandiosa. Atualmente o mercado da Estética é um dos maiores do mundo, o que dá oportunidade ao Enfermeiro ter o seu próprio negócio. (RAFAEL POLAKIEWICZ, 2017)

A Enfermagem Estética proporciona ao Enfermeiro realizar diversas atividades, além de construir sua própria carreira profissional. A Estética abre caminhos para que o Enfermeiro possa atuar como consultor, referência técnica, alterando a concepção social que a profissão possui e construindo uma outra visão de atuação contemporânea. (OLIVEIRA et al., 2014).

Essa pesquisa permitiu caracterizar as regulamentações, de como o Enfermeiro pode atuar na Estética, possibilitando conhecer mais sobre os procedimentos que o mesmo está apto realizar. Ficou provado que por meio da Estética, o Enfermeiro tem a chance de colocar em prática sua competência, anteriormente obtido na assistência de enfermagem, de forma autônoma.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo baseado em pesquisas bibliográficas de artigos do Google Acadêmico e Biblioteca Virtual. Trata-se de uma pesquisa de revisões bibliográficas com o intuito de entender mais sobre o ramo da Enfermagem na Estética e o empreendedorismo. A pesquisa exploratória fornece informações para uma investigação mais precisa, que visa uma proximidade maior com o tema, que pode ser construído através de hipóteses ou intuições.

Trata-se de um estudo desenvolvido por meio da literatura sobre a atuação do Enfermeiro na área da Estética e o empreendedorismo, buscando informações em trabalhos científicos na base de dados do Google Acadêmico para alcançar conhecimentos.

Na pesquisa foram identificados 6 artigos e 1 trabalho de conclusão de curso com abordagens em diversos pontos e visões teóricas entre 2011 a 2023. Dentre eles destaca-se um artigo que refere com maior predominância na atuação do Enfermeiro no empreendedorismo na estética e quais áreas de atuação a serem seguidas: micropuntura, dermopigmentação, carboxiterapia, depilação a laser, feelings superficiais, drenagem linfática, tratamento contra acnes, entre outros procedimentos.

É uma pesquisa baseada na revisão de dados já existentes de autores sobre o tema proposto. A revisão bibliográfica serve como um ponto de partida para que a pesquisa seja de fato desenvolvida.

Usando os descritores: Procedimentos, COFEN, Saúde, Evolução, Enfermidades.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa conseguiu identificar o perfil dos profissionais da Enfermagem que trabalham no ramo da estética, bem como estudo no mercado de trabalho, uma prévia do início da história da enfermagem e da estética.

Ao decorrer da pesquisa, podemos observar que por meio da estética, o Enfermeiro pode colocar em prática seus conhecimentos de forma autônoma e independente. O desejo de mudar de vida e exercer outros ofícios, o Enfermeiro pode buscar a área da estética como um meio de obter maior satisfação pessoal e profissional, além de obter uma renda devido à alta procura de pessoas para realização de procedimentos estéticos.

A pesquisa permitiu observar os fatores que potencializam a atuação de forma empreendedora do enfermeiro no contexto da estética, como: a educação continuada, o perfil profissional e os benefícios que a estética proporciona ao profissional enfermeiro que deseja atuar nesse ramo.

Os objetivos deste trabalho foram alcançados, permitindo que outros profissionais da Enfermagem estudem sobre esta área relativamente nova e promissora, podendo ajudar com novos argumentos para o maior reconhecimento dos profissionais frente a esta área. Poucas produções científicas foram encontradas em relação à atuação do enfermeiro na área da estética, isso mostra a necessidade de buscar mais estudos que evidenciem a realidade e as dificuldades dos profissionais que atuam nesse ramo.

Diante disso, esse trabalho científico permitiu identificar e indicar achados que contribuem para a ampliação da Enfermagem estética no Brasil, fornecendo informações para que os enfermeiros possam atuar nessa área, alcançando reconhecimento diante dos órgãos reguladores. O estudo também buscou trazer observações a respeito da perceptividade dos enfermeiros estetas com o intuito de incentivar o empreendedorismo e reconhecimento dos enfermeiros nessa atuação.

AGRADECIMENTOS

Ao decorrer da minha graduação na Enfermagem, passei por situações que diversos instantes me questionei se estava trilhando o caminho certo e por muitas vezes pensei em desistir da minha formação. Porém, tive apoio de pessoas incríveis que sempre me incentivaram a continuar e persistir nos meus sonhos.

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar, nunca me abandonar e não deixar que nada abale minha fé, a minha avó/mãe, Maria da Glória Bomfim Eça Santos, por diversas vezes privar-se de coisas pessoais, fazendo o possível e o impossível para sustentar eu e meus estudos, e por acreditar junto comigo nas minhas escolhas. A minha mãe, Sheyla Eça Santos, que mesmo distante, esteve presente a todo momento, me apoiando e incentivando todos os dias.

Ao meu namorado, Matheus Loureiro Souza, por ser meu incentivador e me encorajar em busca de excelência e a superar meus próprios limites, e por ser, hoje meu melhor amigo e cúmplice. Essa aquisição é nossa, tenho certeza que iremos conquistar nossos sonhos e objetivos juntos.

Agradeço a Kátia Chagas Marques Diaz, que além de ser minha orientadora, foi muito importante ao decorrer da minha graduação acadêmica e pessoal. Obrigada por me acolher e contribuir positivamente para que esta pesquisa se tornasse possível.

A minha dupla, Kely Batista Souza, que sempre esteve comigo tornando o percurso da graduação mais leve, me aconselhando, me apoiando e partilhando cada conquista juntas.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore, pois, o Senhor, o seu Deus estará com você por onde você andar.”

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque de; PIRES, Denise Elvira Pires de. A atualidade do debate sobre mercado de trabalho em enfermagem. Rev Enferm Ufpe On Line.

JESUS, Bruna Helena de et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. Escola Anna Nery.

PRETO, Vivian Aline et al. Refletindo sobre as contribuições da enfermagem para a saúde global. Revista Gaúcha de Enfermagem.

MACHADO, Maria Helena et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. Enferm. Foco.

BRASIL, Agência de Notícias IBGE. Desemprego recua em dezembro, mas taxa média do ano é a maior desde 2012. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/19759-desemprego-recua-em-dezembro-mas-taxa-media-do-ano-e-a-maior-desde-2012>.

ANDRADE, Andréia de Carvalho; BEN, Luiza Watanabe dal; SANNA, Maria Cristina. Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo.

POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues et al. Potencialidades e vulnerabilidades do enfermeiro empreendedor: uma revisão integrativa. Persp. Online: Biol. & Saúde.

BORGES, Pedro et al. A História do Empreendedorismo: Descubra suas Origens. Listologia

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & Contexto – Enfermagem.

COLICHI, Rosana Maria Barreto; LIMA, Silvana Andrea Molina. Empreendedorismo na enfermagem: comparação com outras profissões da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem.

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque de et al. Trends in the job market of nurses in the view of managers. Revista Brasileira de Enfermagem

SOUZA, Isadora. Conheça o Processo de Evolução da Estética: Como surgiu, como evoluiu e como é conhecida por tantas pessoas?

BORBA, Tamila J; THIVES, Fabiana Marin. Uma reflexão sobre a influência da estética na autoestima, automotivação e bem-estar do ser humano. 2011.

XAVIER, Pedro Bezerra et al. Empreendedorismo empresarial na Enfermagem: desafios, potencialidades e perspectivas.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. PL regulamenta atuação de profissionais de Saúde em Estética

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DA VARFARINA NO BRASIL

Data de aceite: 01/02/2024

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: Busca-se aqui trazer um panorama geral das principais notificações de eventos adversos relacionados ao uso da Varfarina segundo dados disponíveis no sistema VigMed no Brasil. Tais dados estão disponíveis no site: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>. Desde o ano de 2018 até a abril de 2023 foram realizadas 943 notificações de eventos adversos relacionados ao uso da Varfarina. Destaca-se que é fundamental se conhecer tais dados para que os gestores de saúde, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas possam tomar as medidas necessárias para a diminuição de tais eventos e maior segurança as pacientes e indivíduos que fazem uso desse anticoagulante oral.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamentos, Farmacovigilância, Varfarina, VigMed.

ADVERSE EVENTS RELATED TO WARFARIN USE IN BRAZIL

ABSTRACT: The aim here is to provide an overview of the main reports of adverse events related to the use of Vararin according to data available on the VigMed system in Brazil. This data is available on the website: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>. From 2018 to April 2023, there were 943 reports of adverse events related to the use of Warfarin. It is important to know this data so that health managers, health professionals and public policy makers can take the necessary measures to reduce these events and improve the safety of patients and individuals who use this oral anticoagulant.

KEYWORDS: Medicines, Pharmacovigilance, Warfarin, VigMed.

INTRODUÇÃO

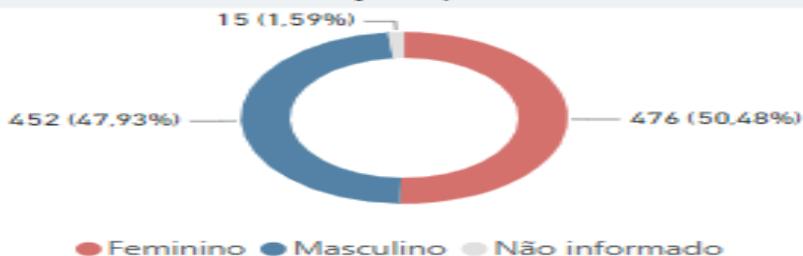
O envelhecimento da população tem aumentado a prevalência de doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, o número de pessoas com fatores de risco

para tromboembolismo. ¹ Na Austrália, na Europa e nos Estados Unidos da América, a prevalência atual estimada de fibrilação atrial (FA) está entre 1% e 4%, com prevalência mais baixa estimada na Ásia (0,49% a 1,9%). ² A prevalência da FA na população em geral aumenta com o avanço da idade, atingindo 0,12% a 0,16% em pessoas com menos de 49 anos, e 3,7% a 4,2% nas pessoas com 60 a 70 anos. Após os 80 anos, pode chegar a 10% a 17%. ³ Na Europa Ocidental, Austrália e América do Norte, 70% das pessoas com FA têm mais de 65 anos. ²

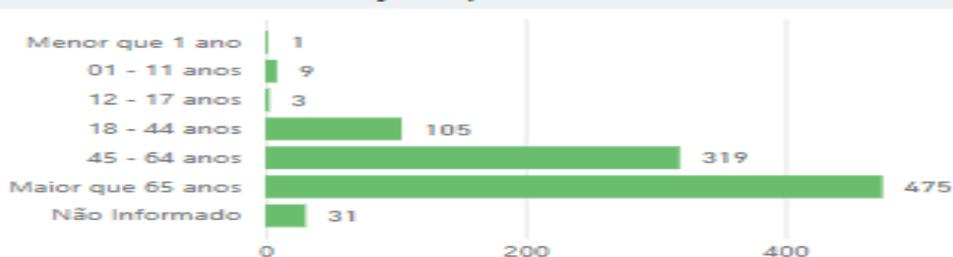
A anticoagulação oral com derivados cumarínicos está indicada para trombotoprofilaxia primária e secundária. A fibrilação atrial foi descrita como um forte fator de risco independente para acidente vascular cerebral, e a terapia com varfarina pode reduzir o risco em 64%. ⁴ A varfarina é amplamente utilizada em países de baixa e média renda por pacientes com doenças cardiovasculares e fatores de risco para tromboembolismo. No entanto, o manejo da terapia com derivados cumarínicos é um desafio devido ao seu estreito índice terapêutico, grande variabilidade na dose-resposta, influência de polimorfismos genéticos e interações com numerosos medicamentos, alimentos e álcool. ⁵⁻⁹ Assim, é necessária monitorização frequente para minimizar o risco de sangramento e tromboembolismo. O objetivo deste estudo é trazer um panorama geral das principais notificações de eventos adversos relacionados ao uso da Vararina segundo dados disponíveis no sistema VigMed no Brasil.

Abaixo são exibidos os gráficos com as principais informações disponibilizadas pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, através de dados reunidos pelo sistema VigMed.¹⁰ Tais dados são disponibilizados de forma pública e servem de base de dados para pesquisas científicas e informações para a população brasileira em geral.

Notificações por Sexo



Notificações por Faixa etária



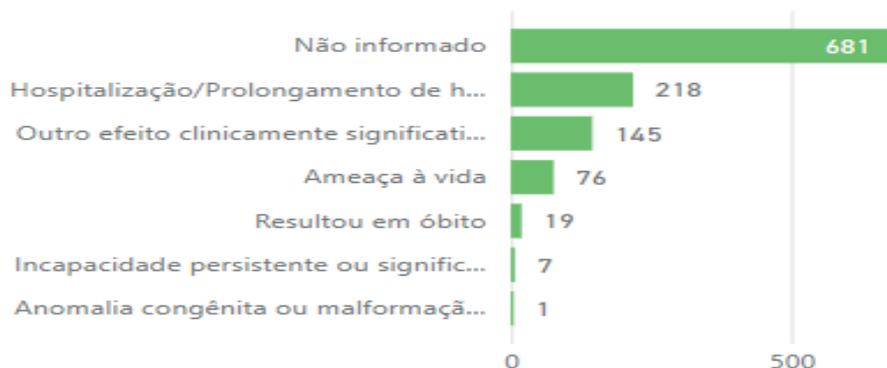
Eventos adversos por Gravidade



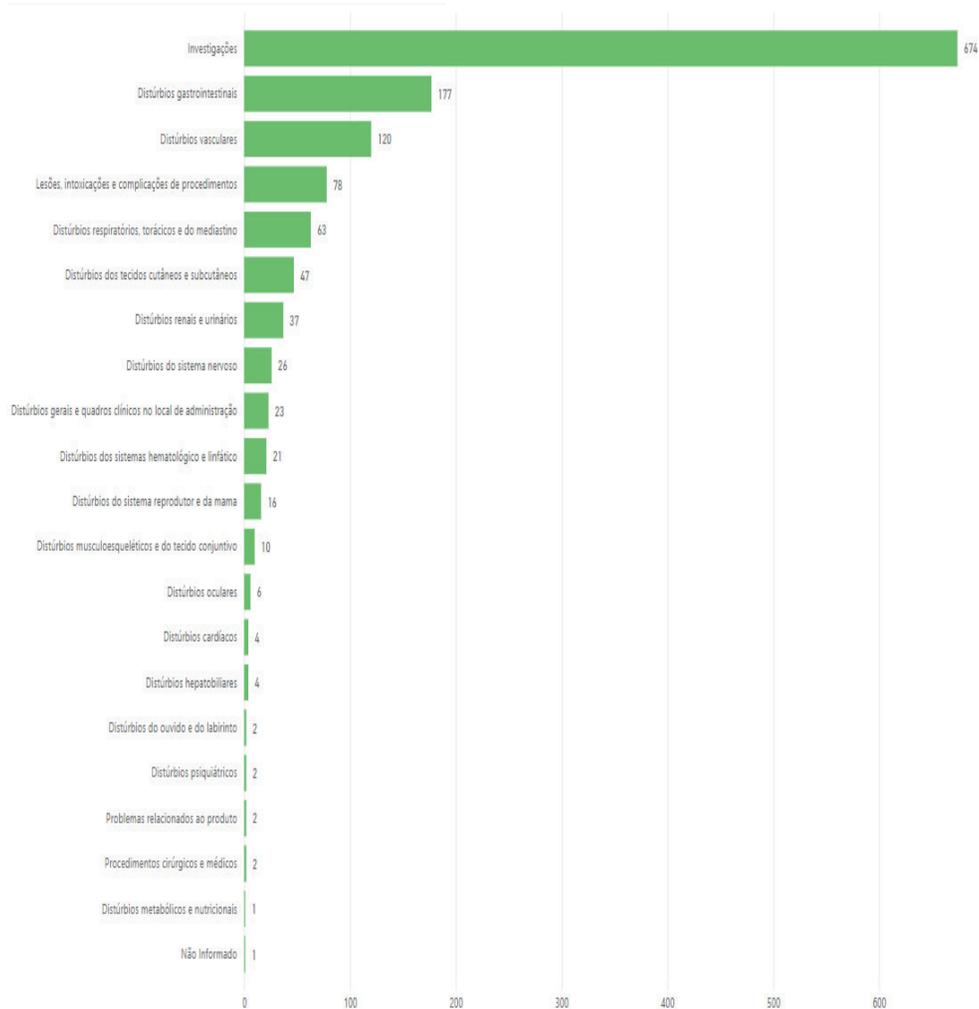
Evento adverso por desfecho INFORMADO PELO NOTIFICADOR, ANTES DA ANÁLISE PELA ANVISA



Eventos Adversos por critério de gravidade



EVENTO ADVERSO POR SOC (MEDDRA)



Evento Adverso por PT (MedDRA)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o ano de 2018 até a abril de 2023 foram realizadas 943 notificações de eventos adversos relacionados ao uso da Varfarina. Os dados reunidos pela ANVISA através do sistema VigMed são extremamente importantes e fundamentais para que os gestores de saúde, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas possam tomar as medidas necessárias para a diminuição de tais eventos e maior segurança as pacientes e indivíduos que fazem deste medicamento.

REFERÊNCIA

1. Ageno W, Gallus AS, Wittkowsky A, Crowther M, Hylek EM, Palareti G. Terapia anticoagulante oral: terapia antitrombótica e prevenção de trombose, 9ª ed: Diretrizes de prática clínica baseadas em evidências do American College of Chest Physicians. Baú 2012; 141: (2 Suplemento): e44S – e88S.
2. Zulkifly H, Lip GYH, Lane DA. Epidemiologia da fibrilação atrial. Int J Clínica Prática 2018; 72 (3):e13070.
3. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiologia da fibrilação atrial: perspectiva europeia. Clínica Epidemiol 2014; 6:213–220.

4. Hart R, Pearce L, Aguilar M. Meta-análise: terapia antitrombótica para prevenir acidente vascular cerebral em pacientes com fibrilação atrial não valvular. *Ann Intern Med* 2007; 146:857–867.
5. Silva R, Bertollo C, Ferreira I, Brant L, Martins MA. Avaliação do controle da anticoagulação oral em duas clínicas administradas por farmacêuticos no Brasil. *Int J Clin Pharm* 2017; 39 (6):1157–1161.
6. de Oliveira Magalhães Mourão A, Braga Gomes K, Afonso Reis E, Pedra de Souza R, de Freitas Campos EI, Dias Ribeiro D, et al. Algoritmo para predição de baixas doses de manutenção de varfarina utilizando idade e polimorfismos nos genes CYP2C9 e VKORC1 em indivíduos brasileiros. *Farmacogenômica J* 2020; 20 (1):104–113.
7. Martins MA, Carlos PP, Ribeiro DD, Nobre VA, Cesar CC, Rocha MO, et al. Interações medicamentosas da varfarina: uma avaliação comparativa das listas fornecidas por cinco fontes de informação. *Eur J Clin Pharmacol* 2011; 67 (12):1301–1308.
8. Park YK, Lee MJ, Kim JH, Lee JS, Park RW, Kim GM, et al. Fatores genéticos e não genéticos que afetam a qualidade do controle da anticoagulação e eventos vasculares na fibrilação atrial. *J acidente vascular cerebral Cerebrovasc Dis* 2017; 26 (6):1383–1390.
9. Roth JA, Bradley K, Thummel KE, Veenstra DL, Boudreau D. Uso indevido de álcool, genética e sangramento grave entre pacientes em terapia com varfarina em um ambiente comunitário. *Farmacoepidemiol Medicamento Saf* 2015; 24 (6):619–627.
10. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES: Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

Álcool 146, 147, 148, 149, 151, 152, 166, 170

Assistência pré-hospitalar 49, 60

Atenção primária 14, 28, 33, 35, 37, 38, 39, 79, 115, 126, 137, 141, 145

Atenção primária à saúde 14, 28, 33, 35, 37, 39, 115, 141, 145

C

Câncer de colo de útero 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

COFEN 6, 11, 13, 116, 125, 154, 157, 159, 160, 161, 164

Comunicação 15, 22, 23, 24, 28, 36, 38, 94, 96, 102, 109, 111, 156

Cuidados de enfermagem 15, 25, 40, 42, 58, 60, 80, 123, 126, 127

Cuidados paliativos 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 112

D

Doente terminal 15, 25

E

Educação em saúde 9, 11, 12, 76, 95, 104, 110, 142, 143

Emergência 20, 28, 31, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 58, 60, 70, 73, 74, 77, 78, 80, 83, 84, 87, 88, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 152, 158

Enfermagem 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 94, 96, 97, 101, 103, 104, 106, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 171

Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida 15, 25

Enfermagem em emergência 40, 42

Enfermagem pediátrica 114

Enfermeiro 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 28, 29, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 69, 72, 74, 77, 93, 95, 96, 98, 101, 102, 103, 104, 108, 115, 121, 124, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 144, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 171

Enfermidades 36, 154, 161

Evolução 68, 132, 154, 158, 161, 164

F

Farmacovigilância 165, 171

G

Gerenciamento 65, 114, 128, 129, 130, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 158

Graduação em enfermagem 138, 141, 142, 163

H

Hipertensão 76, 80, 83, 87, 89, 91

Hipertensão induzida pela gravidez 172

I

Infarto agudo do miocárdio 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91

L

Lesão traumática 61, 62, 69

M

Manejo 49, 50, 59, 65, 166

Medicamentos 4, 31, 35, 119, 123, 131, 165, 166, 171

Mortalidades 61, 62, 69

N

Neoplasias 15, 17, 18, 25, 40, 43, 44, 108

O

Obstetrícia 75, 76, 80

Oncologia 40, 42, 112

P

Paliativo 17, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 37, 39, 104

Pandemia de COVID-19 141, 143

Pediatria 110, 114, 116, 121, 125, 126

Perfil de saúde 114

Políticas públicas 1, 3, 4, 5, 11, 32, 38, 146, 147, 149, 151, 152, 153, 165, 169

Politraumatismo 49, 50, 51

Prevenção 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 29, 70, 77, 80, 81, 85, 91, 115, 142, 169

Procedimentos 36, 50, 58, 77, 87, 93, 95, 98, 99, 108, 118, 121, 123, 130, 132, 133, 144, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162

R

Recursos humanos de enfermagem no hospital 114

Redução de danos 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

Redução de pessoal 114

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 57, 58, 59, 61, 62, 64, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 90, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 121, 122, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 169, 170, 171

Saúde da mulher 1, 5, 6, 13, 80

Síndrome coronariana aguda 82, 83, 84, 86, 87, 88, 91

Síndrome de Takotsubo 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 92

Substâncias psicoativas 147, 148, 150

T

Traumatismo craniano 61, 62, 69

U

Unidade de Terapia Intensiva 32, 94, 95, 96, 103, 104, 121

Urgência 20, 28, 32, 56, 60, 73, 74, 77, 78, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 158

V

Varfarina 165, 166, 169, 170

VigMed 165, 166, 169

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br