

GERALDO MAGELA SALOMÉ  
ORGANIZADOR

# PESQUISAS EM SAÚDE

ASPECTOS MULTIDISCIPLINARES - **VOLUME 2**



# **PESQUISAS EM SAÚDE**

Aspectos Multidisciplinares

Volume 2





## AValiação, Parecer e Revisão por Pares

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevidéz CRB-1/5889

D341      Pesquisas em saúde: aspectos multidisciplinares -  
Volume 2 - [livro eletrônico] / Geraldo Magela  
Salomé. – 1.ed. – Curitiba, PR: Editora Bagai, 2024. 219p.

PDF.  
ISBN: 978-65-5368-334-1

1. Cuidado de enfermagem. 2. Ensino e Aprendizagem  
3. Pesquisa em saúde.  
I. Salomé, Geraldo Magela.

07-2024/08

CDD 616.24

Índice para catálogo sistemático:

1. Enfermagem: Ensino e Aprendizagem 613

---

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-334-1.21.01.24>

---

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfilmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 [www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 [contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)

**Geraldo Magela Salomé**  
Organizador

# **PESQUISAS EM SAÚDE**

Aspectos Multidisciplinares

Volume 2



O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Diagramação</i>	Brenner Silva
<i>Capa</i>	Alexandre Lemos
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOESC Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Addressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – UTAD - PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti - PUCPR Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elisa Maria Pinheiro de Souza – UEPA Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodríguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Helder Rodrigues Maunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dra. Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira – IPPortalegre - PORTUGAL Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. João Paulo Roberti Junior – UFRR Dr. Joao Roberto de Souza Silva - UPM Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jorge Henrique Gualandí – IFES Dr. Jose Manuel Salum Tome, PhD – UCT - Chile Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya - CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis - UFPA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luísa Maria Serrano de Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE - POR Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. Maria Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira - IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPEl Dra. Patricia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Paulo Roberto Barbosa – FATEC-SP Dr. Porfírio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Cauica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dr. Stelio João Rodrigues - UNIVERSIDAD DE LA HABANA - CUBA Dra. Suéli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo - UEM Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

# PREFÁCIO

Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

O livro Pesquisas em saúde: aspectos multidisciplinares, em seu volume 2, trás assuntos desenvolvidos por profissionais Enfermeiros, em diferentes áreas de atuação, que nos permite conhecer desde estudos qualitativos quanto quantitativos, contribuindo com a formação científica do leitor, podendo refletir em sua prática clínica.

Esses profissionais trabalham diretamente com a assistência e vários deles colaboram com a formação de alunos em um curso de graduação em Enfermagem que possui mais de 25 anos de funcionamento. Através de suas pesquisas, estimulam os alunos a mergulharem no universo da ciência, desenvolvendo estudos com impacto social.

Temas como prevenção de câncer, a visão multiprofissional sobre a presença do familiar da criança em situação de emergência, o acolhimento humanizado e a classificação de risco no pronto-socorro, o enfrentamento da equipe de enfermagem diante da morte de uma criança e a percepção das mães sobre o calendário vacinal de seus filhos, estimula o leitor a refletir sobre o papel de uma abordagem mais inclusiva, aproximando as famílias das estratégias do cuidado.

Também são apresentados resultados de pesquisas com aplicabilidade e impacto social, que contribuirão com a organização de políticas públicas de saúde, como a percepção de mulheres da área rural, sobre a realização do exame Papanicolau, enfatizando que há necessidade de campanhas rotineiras de conscientização sobre a importância da realização do exame, não só quando há sintomas observados por essas mulheres. O incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas de inclusão social para idosos, além do estímulo pela equipe de saúde, pelo fortalecimento dos laços afetivos entre os familiares desses idosos.

Os autores também trazem reflexões sobre a responsabilidade do profissional da Enfermagem em sempre buscar seu aprimoramento profissional, com metodologias de assistência em enfermagem., estimulando um cuidado integral, enfatizando a responsabilidade desse profissional no diagnóstico precoce, tratamento e evolução do paciente.

O livro também apresenta seu caráter inovador, como o estudo que desenvolveu prontuário eletrônico de Enfermagem para ser utilizado em um Hospital Regional do Sul de Minas, permitindo otimizar a identificação e análise das práticas em Enfermagem. E aqueles que contribuem com a gestão em saúde, identificando por exemplo, os dispositivos invasivos em unidade de terapia intensiva que mais associam-se a infecções.

Espero que tenham uma boa leitura e sintam-se estimulados a iniciar outras pesquisas.

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 - DESVELANDO A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>15</b>
Fernanda Ribeiro Borges Thayná Vasconcelos da Silva	
<b>CAPÍTULO 2 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO .....</b>	<b>27</b>
Miguel Simião Pereira Júnior Catherinne Sousa da Cruz Duarte Geraldo Magela Salomé	
<b>CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>51</b>
Dayane Rosa de Almeida Maria Cristina Porto e Silva Tamiris Aparecida da Silva	
<b>CAPÍTULO 4 - A PRESENÇA DO FAMILIAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....</b>	<b>65</b>
Jaqueline Helen Viana Arielle de Brito Dias Fernanda da Silva Assis	
<b>CAPÍTULO 5 - SENTIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE DE UMA CRIANÇA.....</b>	<b>75</b>
Jaqueline Helen Viana Beatriz Carvalho Almeida Beatriz de Oliveira Ferreira	
<b>CAPÍTULO 6 - PERCEPÇÃO DA MULHER RURAL SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAU .</b>	<b>85</b>
Rita de Cássia Pereira Jéssica Pereira da Costa Larissa Cristiane Atanzio da Silva	
<b>CAPÍTULO 7 - PERCEPÇÃO DO SENTIDO DA VIDA PARA O IDOSO .....</b>	<b>93</b>
Rita de Cássia Pereira Rafaella Chagas Rambaldi	

<b>CAPÍTULO 8 - ACOLHIMENTO HUMANIZADO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO.....</b>	<b>103</b>
Ana Stela Pereira da Silva	
Jean César de Vilas Boas Gomes	
Millena Ferreira Tatagiba	
<b>CAPÍTULO 9 - PERCEPÇÃO SOBRE A MORTE E O MORRER POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE MINAS .....</b>	<b>129</b>
Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto	
Camila Rafaela do Nascimento	
Naomy Massafera de Alcântara	
<b>CAPÍTULO 10 - MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM LESÕES CRÔNICAS ATENDIDOS EM UNIDADE AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL DO SUL DE MINAS .....</b>	<b>145</b>
Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto	
Fernanda Gonçalves Moreira De Souza	
<b>CAPÍTULO 11 - ENFERMAGEM EM PRÁTICAS AVANÇADAS ATUALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO .....</b>	<b>165</b>
Diba Maria Sebba Tosta de Souza	
Luiz Augusto Mota Lino	
<b>CAPÍTULO 12 - INFECÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CATETER VENOSO CENTRAL .....</b>	<b>179</b>
Viviane Aparecida de Souza Silveira	
Elisa Lopes Rosalin	
Luthieska Aparecida Santos Garcia	
<b>CAPÍTULO 13 - CALENDÁRIO VACINAL INFANTIL SOB A ÓTICA DAS MÃES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>199</b>
Isadora Fernanda Santos de Souza	
Karla Caroline de Barros Rosa	
Lívia Martins Rocha Mendes	
<b>SOBRE OS AUTORES .....</b>	<b>213</b>
<b>SOBRE O ORGANIZADOR .....</b>	<b>213</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>218</b>

# INTRODUÇÃO

José Dias da Silva Neto

Na Terra, estabelecem-se oito Áreas do Conhecimento: Ciências Exatas e da Terra. Ciências Biológicas. Engenharias. Ciências da Saúde. Ciências Agrárias. Linguística, Letras e Artes. Ciências Sociais Aplicadas. Ciências Humanas. A Epistemologia ou Teoria do Conhecimento discute como é possível ao ser humano chegar ao conhecimento. Seria um polígrafo? Faz-se necessário apreender as diferentes concepções teóricas que ofereçam uma visão de conhecimento, de história, de homem e de mundo. Nesse sentido, os diferentes pressupostos epistemológicos possuem relação com a posição filosófica: seriam conteúdos subjetivos? Ou compromisso de transformação social? Ou aceleração dos processos de integração humana? Humanização! Palavra e conceito inserido na saúde como primordial. (LINK-PEZET, ALLIEZ, 1993).

A humanização, principalmente na saúde. Poderia ser uma “pulsão irrefreável” que provém da tentativa de refletir sobre intensidades? Sendo que pulsão é considerada como a força germinativa, como a que impulsiona, como uma propulsão, como uma forma originária do querer? Os conteúdos multidisciplinares estão inseridos nos currículos de saúde. Más: estariam restritos? Podem estar; mas estariam discutidos e realmente inseridos? Seria tal análise necessária para responder o polígrafo epistemológico. (FRANCASTEL, 1971; LINK-PEZET, ALLIEZ 1993, SILVA, 2023).

Antes de entender a multidisciplinaridade na saúde, seria necessário discutir a possibilidade de estabelecer-se uma mediação? Que é: vínculos dialéticos entre categorias separadas. (SIGNATES, 1998) Que tem adquirido notoriedade em outras ciências, com conceituações e aplicações próprias! - (LOGEION, 2023).

A finalidade de explicar multidisciplinaridade da saúde poderia ser vinculada, na presente introdução a explicações teóricas

a respeito do contexto. No entanto: fatos não requerem argumentos! (SARDI, DA SILVA, 2023)

O presente trabalho é decorrente de docentes e discentes da Universidade do Vale do Sapucaí: a Univás é mantida pela Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, entidade filantrópica presente em Pouso Alegre, Estado de Minas Gerais, Brasil, há mais de cinco décadas. Em 1999, a instituição obteve o credenciamento como Universidade junto ao Conselho Estadual de Educação de Minas Gerais, por meio de Decreto Estadual nº 40.627. Em 2011, a Univás foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação (parecer CNE/CES nº 329/2011).

A Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí (FUVS) foi criada em 1964, por meio da Lei Estadual nº 3.227. Em 1968, a Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, hoje Faculdade de Ciências da Saúde (Facimpa), foi autorizada a funcionar pelo Decreto 63.666/68 e realizou seu primeiro vestibular para o curso de Medicina em 1969.

No ano de 1975, a FUVS recebeu do Governo do Estado de Minas Gerais, em doação, o Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), com o objetivo de transformá-lo em hospital escola e instituir o indispensável apoio ao curso de Medicina. Atualmente o HCSL é referência para 153 municípios do Sul de Minas, e caracteriza-se como Hospital-Âncora do Sistema Único de Saúde (SUS) para o município de Pouso Alegre e região. Hospital escola para os cursos de graduação: medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição.

Neste contexto, evidencia-se o fato - descrito nesta introdução - a respeito de multidisciplinaridade. A Univás criou o Mestrado Profissional em Ciências aplicadas à Saúde (MPCAS), recomendado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) com nota 4, em 2012 (Ofício nº 220-24/2012/CTC/CAAI/CGAA/DAV/CAPESES), e iniciou suas atividades em março de 2013.

A criação de Mestrado Profissional na área de saúde na Univás não foi ocasional. Ao contrário, impulsionada por uma expressiva

demanda regional, foi fruto de grande planejamento, parte de um projeto embasado para o desenvolvimento da Instituição e da região do Sul de Minas, alicerçado em qualidade e maturidade Institucional, que iniciou há mais de 15 anos com a realização de projetos (mestrado e doutorado interinstitucional) Minter e Dinter, vinculados à Universidade federal de São Paulo, ao Programa de Cirurgia Translacional.

Destaca-se neste contexto que o programa referido originou-se do Programa em Cirurgia Plástica da Unifesp que determinou perspectivas tanto de interiorização para formar mestres e doutores, como também em níveis multidisciplinares. Tal programa realizou processos de minter e dinter com a Univás e formou mestres e doutores médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, como também gestores que definiram os rumos institucionais da Univás.

O início das atividades do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde (MPCAS) da Univás em 2013, proporcionou a criação de um NIT (Núcleo de Inovação Tecnológica) institucional e a criação da Política de Inovação e Empreendedorismo da Univás. A Univás conta hoje com um NIT bem estruturado e consolidado, que já permitiu a produção de inúmeras patentes e registros de programas de computador desenvolvidos no âmbito do MPCAS.

Atualmente, O MPCAS é o único mestrado profissional na área cirúrgica em Minas Gerais, e o único com nota 5 do Brasil. Em dezembro de 2023, tornou-se Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPGPCAS) com a aprovação pela Capes do doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde. No vasto Estado de Minas Gerais existem apenas três Programas de Pós-graduação na área Medicina III, dois na UFMG, acadêmicos, e o PPGPCAS da Univás.

Sua área de concentração, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em lesões teciduais, tem contribuído para a formação de profissionais qualificados para o desenvolvimento de novos produtos e técnicas na área de lesões teciduais, em prol dos pacientes, além da transmissão

desses novos conhecimentos a grande número de alunos de graduação, de diferentes áreas da saúde.

Os relatos definem em contexto que: fatos não requerem argumentos. Portanto, a multidisciplinaridade envolve teoria e prática na Univás. A prática está estruturada pelos relatos desta introdução. No entanto, torna-se necessário relatar os processos decorrentes das práticas multidisciplinares, frutos do MPCAS, agora PPGPCAS.

Os leitores desta introdução têm a prerrogativa de perguntarem: como a prática suplanta a teoria em multidisciplinaridade na saúde? Ah. Explicarei relatando projetos de pesquisa que se tornaram produtos a serem utilizados (aplicabilidade prática produzida de maneira multidisciplinar para os pacientes: motivação principal da pesquisa prática em saúde).

Enfermeira e fisioterapeuta foi discente do MPCAS e escolheu como orientador, docente dentista. Importante relatar que em nível multidisciplinar em pesquisa, não se leva em consideração a área de formação do professor e sim sua expertise no contexto multidisciplinar. A discente do projeto relatado escolheu como coorientadora técnica, docente médica e nefrologista do MPCAS. O trabalho em questão definiu como produto, que foi seu trabalho final para adquirir o título de Mestre em Ciência Aplicadas à Saúde, programa de computador que se intitulou: Depé.

O Depé foi idealizado com o intuito de proporcionar aos pacientes diabéticos a se instruírem com programa de computador que proporciona: por meio de cartuns, sem palavras a prevenirem e cuidar de “pé diabético”.

Outro trabalho envolveu profissional que se tornou discente, engenheiro biomédico. Foi orientado por docente dentista (importante salientar que a área de origem em multi e interdisciplinaridade não definem a orientação e sim os conhecimentos sobre pesquisa multi e inter do docente). O engenheiro biomédico desenvolveu programa de computador que determina o controle do oxigênio de pacientes submetidos à ventilação mecânica, o coorientador foi docente da Univás, engenheiro. Ao inspirar, o oxigênio é absorvido, mas no instante da expiração o oxigênio da máquina é esperdiçado. O *software* permite o

fechamento da emissão de ar enquanto o paciente expira e devolve o ar imediatamente quando o paciente volta a inspirar.

Inúmeros trabalhos poderiam fundamentar (em fatos) a necessidade de se projetar os processos que envolvem pesquisas em saúde: aspectos multidisciplinares.

Multidisciplinaridade na teoria estabelece-se como a multidisciplinariedade dos saberes profissionais que se estabelecem da assistência até a realização de pesquisas. Prática de coletividade e modelo recomendado pelo Ministério da Saúde. O olhar para as situações em saúde pública e para o cuidado do paciente prestados por profissionais de habilidades diversas proporcionam uma assistência integral e aumentam a probabilidade de resolução das problemáticas em saúde, incluindo a otimização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Desconsidera-se em 2023, 2024... perspectivas fragmentadas de gestão em saúde e tratamentos que definem cuidados ao paciente. Em relação à comunidade acadêmica, incluindo discentes e docentes é imperioso manter e incentivar o elo da multidisciplinaridade que estimula a visão ampla do conhecimento e da formação profissional.

Desta maneira, estabelece-se o contexto: pesquisas em saúde: aspectos multidisciplinares. O livro que será absorvido de maneira cognitiva, organizou perspectivas das áreas do conhecimento: Ciências da Saúde, com conteúdo e temáticas com o olhar da multidisciplinaridade e de interesse em saúde pública. Que esta introdução possa ser lida e interpretada como realidade que promoverá humanização multidisciplinar na saúde e não como epistemologia polígrafa! leitura instrutiva e proveitosa!

## Referências

LINK-PEZET, Jo., Loc cit.; ALLIEZ, E. *La signature du monde*. Paris: Ed. Du Cerf, 1993. (Trad. port. pela Editora 34).

SILVA, Arthur Fernandes da et al. Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220467, 2023.

FRANCASTEL, P. op. cit., 1971, p. 170.

SIGNATES, 1998, p. 38).

LOGEION: Filosofia da informação, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 70-85, mar./ago. 2023.

SARDI, Gabriel Chiarotti; DA SILVA, Marcos Rodrigues. O argumento de Tolstói: realismo e a história da ciência. *Cognitio: Revista de Filosofia*, v. 24, n. 1, p. e61816-e61816, 2023.

# CAPÍTULO 1 - DESVELANDO A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fernanda Ribeiro Borges  
Thayná Vasconcelos da Silva

## INTRODUÇÃO

A Reprodução Humana Assistida (RHA) é a única alternativa terapêutica para a procriação por casais com problemas de fertilidade (VIEIRA; OLIVEIRA, 2018). E, devido a recursos médico-tecnológicos, à criação de técnicas de reprodução e ao avanço da Medicina, atualmente, muitas pessoas podem obter sucesso após a técnica, inclusive aquelas que apresentavam quadro patológico até então considerado de difícil resolatividade (FÉLIS; ALMEIDA, 2016).

A infertilidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a situação em que, após tentativas de fertilização consideradas normais dentro do prazo de um ano consecutivo, sem uso das barreiras que impeçam uma gravidez, ainda assim, não resultam em uma gravidez. Diferente do conceito de esterilidade, que é definida como aquela em que há a incapacidade de se gerar uma criança (ROSDZOL; SKRAPULEC1, 2009 apud SOUSA, 2009).

Souza e Alves (2016) citam que, sob os termos da Resolução 1358/1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e de acordo com a OMS, esterilidade e infertilidade são devidamente registradas na 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e, portanto, passíveis de tratamento. Em face do exposto, a OMS considera a infertilidade como um problema de saúde pública, que pode acometer até 15% dos casais durante sua vida fértil (WHO, 2010). No mesmo sentido, corroboram Chagas et al. (2020, p. 231-249): “No Brasil, estima-se que

existam por volta de 51,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva. Isso significa, proporcionalmente, que há de 4 a 7,68 milhões de mulheres que são consideradas inférteis”.

O CFM (1992) traz que a infertilidade é uma patologia com complicações não somente físicas e biológicas, como também psíquicas, que, por sua vez, impactam totalmente na qualidade de vida do indivíduo por ela acometido. Dessa forma, estudos vêm analisando os fatores que levam à infertilidade e qual o impacto que essa condição causa no contexto conjugal, familiar e social (FÉLIS; ALMEIDA, 2016). No âmbito jurídico, a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) dispõe sobre o direito à procriação, ao afirmar sobre o planejamento familiar (PF) através do §7º do art. 226:

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

E, ao regular essa previsão constitucional, a Lei n. 9.263/1996 determina, em seu art. 9º, que: “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e as técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (BRASIL, 1996).

Destarte, as Técnicas de Reprodução Assistida (TRAs) tornam possível a realização de um sonho de vida, que é alcançar a maternidade e a paternidade (FREITAS; SIQUEIRA; SEGRE, 2008). No entanto, esse tipo de recurso terapêutico possui um alto custo financeiro, sendo mais realizado nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, ou seja, localidades cujas populações possuem um maior poder aquisitivo para a execução do método (GRANGEIRO *et al.*, 2020).

Perante o exposto, a Portaria n. 426/GM, de 22 de março de 2005, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que visa aos

cuidados integrais do casal infértil e, de forma articulada, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais têm a responsabilidade de oferecer uma assistência que abranja todos os níveis de atenção, além de detectar os fatores relacionados à infertilidade de casais em sua vida fértil, estabelecer os requisitos para realização das técnicas e garantir a efetivação do tratamento (BRASIL, 2005a).

Ademais, por meio da Portaria SAS/MS n. 388 de 6 de julho de 2005, determina-se que a assistência integral em RHA deve ser garantida por todos os níveis de atenção, devendo os serviços de média e alta complexidade estar habilitados e credenciados a hospitais públicos ou filantrópicos, conveniados ao SUS, para receber os casos encaminhados da atenção básica e realizar as TRAs, tais como: coito programado, inseminação artificial, fertilização in vitro, injeção intracitoplasmática de espermatozoide e outras (BRASIL, 2005b).

Por fim, a Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012, assegurou o custeio do procedimento pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias de saúde estaduais/distrital e municipais SUS, ao destinar o valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à RHA, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, faz-se necessário levantar o panorama de informações acerca desse tipo de terapêutica pelo SUS, levantando as possíveis lacunas que a literatura poderá trazer sobre o tema.

## RESULTADOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para o rigor metodológico do estudo, optou-se pelos critérios de Whitemore e Knalf (2005), que compõem as seguintes etapas: 1) identificação do problema e seleção da hipótese; 2) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) análise das informações; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Com isso, foi formulada a questão norteadora: Quais as evidências científicas na literatura sobre a realização das técnicas de reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde? Para os níveis de evidência, foram adotados os critérios estabelecidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), segundo os quais a qualidade das evidências é classificada em sete níveis, sendo eles: nível I: Revisões sistemáticas ou meta-análise de Estudo Clínico com randomização; nível II: Estudo Clínico com randomização; nível III: Estudo Clínico sem randomização; nível IV: Coorte e Caso controle; nível V: Revisão sistemática de estudos descritivos/qualitativos; nível VI: Estudos descritivos/qualitativos; nível VII: Opinião.

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas em forma de artigo, em periódicos nacionais, em português, publicadas no período de 2011 a 2021; sendo selecionados os estudos que, a partir de sua leitura na íntegra, atenderam à pergunta norteadora. Como critérios de exclusão: teses, livros, editoriais, artigos que não responderam à questão norteadora e à temática e publicações duplicadas.

Na sequência, foi realizada, no período de agosto a setembro de 2022, a busca da produção científica nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO); utilizado o operador booleano and, por meio dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Inicialmente, foram encontrados um total de 178 artigos científicos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram excluídas 160 publicações que: não abordavam a temática, eram artigos duplicados ou não estavam integralmente disponíveis. Foram realizadas leituras, na íntegra, de 18 artigos. Destes, foram excluídos 15, uma vez que os estudos não abordavam a realização das técnicas de reprodução assistida pelo SUS.

Assim, obteve-se uma amostra final de 3 publicações que trazem as evidências da reprodução assistida pelo SUS, sendo que 2 artigos foram selecionados da base de dados LILACS e 1 na base de dados SCIELO. Em relação ao ano de publicação, foi encontrado um artigo em 2013,

um artigo em 2016 e um artigo em 2018. O quadro I apresenta uma síntese dos estudos incluídos nesta revisão.

Dentre as publicações selecionadas para revisão, todas (100%) estão relacionadas com a reprodução assistida pelo serviço público. Delas, uma se refere ao perfil característico da população infértil que busca esse tipo de terapêutica, uma está relacionada ao acesso e à permanência das usuárias no tratamento e uma está relacionada à sistematização da entrevista psicológica, que é uma das etapas para efetuação da técnica.

Quanto ao local de origem dos estudos, todos (100%) foram realizados no Brasil. Ademais, todos os artigos apresentaram força de evidência fraca, ou seja, nível IV, de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011). No segundo momento de busca de dados, foram encontrados um total de 4 artigos científicos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, todas as pesquisas foram excluídas, visto que não abordavam o tema.

**Quadro 1 - Revisão Integrativa sobre Reprodução Assistida pelo Sistema Único de Saúde, no período de 2011 a 2021.**

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/ POPULAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1. GRADVOHL, Sílvia M. Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Y. Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em um serviço público de saúde. <i>Reprodução &amp; Climatério</i> , v. 28, n. 1, p. 1823, 2013.	Caracterizar a população que busca tratamento para infertilidade em um serviço público de saúde.	Descritivo	101 homens e 101 mulheres que se consultavam pela primeira vez em ambulatório de reprodução humana de hospital universitário	Houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto a idade, união anterior, trabalho remunerado, tratamento anterior para engravidar, quem tinha o problema para engravidar e ter filhos de uma união anterior.	VI
2. MESQUITA, Marilise Oliveira et al. Acesso e permanência das usuárias do Sistema Único de Saúde no Programa de Reprodução Assistida de um hospital universitário, com ênfase na variável raça/cor. <i>Reprodução &amp; Climatério</i> , v. 31, n. 3, p. 151-158, 2016.	Caracterizar aspectos étnicos, econômicos e sociodemográficos das mulheres que acessaram o Serviço de Reprodução Assistida de um hospital universitário, encaminhadas pela atenção básica.	Transversal	Usuárias que deram entrada no programa do Serviço de Reprodução Assistida de um hospital universitário, de janeiro de 2013 a março de 2014.	O estudo mostrou uma desistência de 35% antes mesmo do início do tratamento e um abandono de 30% durante o tratamento.	VI
3. VIEIRA, Mara Farias Chaves; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde-SUS. <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , v. 34, 2018	Construção de um protocolo de atendimento psicológico	Pesquisa operacional	Elaboração de um protocolo	Houve a criação de protocolo para sistematização e potencialização da assistência psicológica de pacientes submetidos a Reprodução Humana Assistida pelo SUS.	VI

Fonte: Dos Autores.

## DISCUSSÃO

Dentre os estudos selecionados, o de Gradvohl, Osis e Makuch (2013) traz as características da população que busca o tratamento para a infertilidade no serviço público, discutindo vários aspectos envolvidos no tratamento, como fatores de admissão e inadmissão à terapêutica, gastos com medicamentos e renda familiar per capita. Dessa forma, foi possível observar que o atendimento, muitas vezes, é inviabilizado devido à insuficiência econômica dos pacientes.

Em outro estudo, Mesquita *et al.* (2016) afirmam que isso acontece porque, mesmo no âmbito de serviço público, os pacientes necessitam arcar com custos relacionados ao tratamento, fato este que dificultou a aderência e permanência na terapêutica, levando à desistência de 35% dos participantes da pesquisa antes de iniciar a técnica e de 30% durante o tratamento.

Gradvohl, Osis e Makuch (2013) evidenciaram ainda que, embora o perfil socioeconômico dos entrevistados foi consideravelmente maior se comparado à população no geral, mesmo assim, houve dificuldade financeira para a realização da técnica, caracterizando objeção do acesso ao serviço, principalmente por pessoas de classe baixa.

Desse modo, “por muitos anos, restou a esses casais menos favorecidos aguardar em intermináveis filas de espera ou simplesmente aceitar sua condição e decidir-se pela adoção” (MESQUITA *et al.*, 2016, p. 151-158).

Sobreleva-se ainda que, quando os usuários recorrem ao Poder Judiciário com a finalidade de ter acesso ao serviço, com o custeio integral pelo SUS, têm seus pedidos, na maioria das vezes, negados (MORAES; REIS AMARO, 2019). A já citada Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012, que concerne acerca dos recursos financeiros para custeio da RHA pelo SUS, embora tenha sinalizado significativo avanço para a reprodução assistida enquanto prestação de serviço público, destina verbas somente para alguns estados do Brasil e, ainda assim, a requisição financeira dispõe de valores insuficientes para subsídio integral do

procedimento, tendo em vista que este requer um alto investimento e apresenta grande demanda de pacientes, o que não condiz com a verba destinada pelo Poder Público (MORAES; REIS AMARO, 2019).

Evidencia-se, portanto, um lapso no funcionamento do sistema, uma vez que, além de não atender toda a população necessitada, acarreta um congestionamento de pessoas para usufruto do serviço na rede, resultando em uma longa espera para iniciar o tratamento (SILVA; SANTANA; SANTOS, 2021).

Além disso, a identificação da infertilidade e a articulação dos níveis de atenção ocorrem em muitos casos tardiamente, fato este que impossibilita a realização da TRA pelo SUS (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013), a considerar que a vida reprodutiva do ser humano também seu tempo de vigência.

Dessa forma, para que o indivíduo tenha acesso à terapêutica, a atenção básica, enquanto porta de entrada para a assistência integral à saúde, deverá se responsabilizar pela identificação da infertilidade no tempo ideal, devendo ainda descartar patologias e fatores concomitantes que possam interferir em uma futura gestação, a fim de garantir, em tempo hábil, o acesso dos casais que necessitarão das TRAs (BRASIL, 2005a).

Nada obstante, estudos brasileiros vêm mostrando que a assistência ao paciente infértil, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem sido, muitas vezes, de baixa resolubilidade ou mesmo não tem sido prestada (DIAS *et al.*, 2012).

Em face ao exposto, grande parte dos profissionais não encaminham os pacientes para níveis de maiores complexidades para realização do tratamento e, quando encaminham, muitas vezes não se verifica a admissão dos pacientes ou a resolução do caso. Consequentemente, as atividades de planejamento familiar (PF) voltadas à infertilidade não são realizadas em 72,9% dos municípios brasileiros (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Isso indica uma falha na funcionalidade do sistema de saúde pública, pois mostra que os profissionais certamente desconhecem a

RHA pelo SUS ou possuem um conhecimento insuficiente, o que tem prejudicado ou mesmo negligenciado a assistência dos usuários.

A conduta adequada dos profissionais torna-se essencial, uma vez que o planejamento familiar beneficia não somente os casais inférteis, mas também os interesses públicos, como o controle de natalidade, a diminuição da transmissão vertical ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outros (BRASIL, 2005a).

Ressalta-se ainda que a infertilidade traz reflexos negativos na vida do indivíduo, afetando a saúde mental e até mesmo a relação entre os cônjuges, que, diante de insistentes ranços culturais da sociedade patriarcal, sob autopressão e/ou pressão dos amigos e familiares, podem recriminar um ao outro por não conseguirem conceber um filho (SOUSA, 2009).

O anseio para realização da RHA e a incerteza frente ao alcance de um sonho de vida do casal ocasiona uma tensão emocional com um misto de sentimentos, como: medo, insegurança, desânimo, estresse, entre outros, que podem afetar diretamente na qualidade de vida (MARCIANO; AMARAL, 2021). Diante disso, Vieira e Oliveira (2018) ressaltam a necessidade de sistematização da assistência psicológica frente à potencialização do cuidado ofertado, considerando a finalidade em reduzir o sofrimento psíquico.

Sendo assim, o acesso à reprodução assistida pelo SUS é fundamental para casais acometidos da infertilidade e, por isso, a busca constante pela efetivação de um direito expressamente previsto expõe o real cenário de como essa demanda tem sido atendida na saúde pública brasileira (SILVA; SANTANA; SANTOS, 2021).

## CONCLUSÃO

As normativas que viabilizam a execução das TRAs pelo SUS não são recentes, vigorando há mais de uma década; porém, mesmo assim não são implementadas em sua integralidade, pois, embora a infertilidade seja reconhecida como uma questão de saúde pública, ela não é

priorizada, já que o Poder Público tem por primazia o enfrentamento de outras ocorrências patológicas.

Entretanto, é obrigação do Estado garantir a prática integral dos direitos reprodutivos, fundamentado pela Constituição da República Federativa do Brasil, que é a lei maior do País. Para que assim aconteça, é necessário que as políticas públicas intervenham juntamente com as esferas de gestão para identificação e resolubilidade das falhas no funcionamento do sistema, provendo o recurso financeiro adequado, em razão de que o acesso à saúde não pode ser impossibilitado pela hipossuficiência financeira do usuário do SUS, isto porque se trata de um direito fundamental universal a ser implementado pelos entes federativos.

Para a garantia do exercício desse direito, devem ainda ser disponibilizados todos os métodos possíveis, certificando a resolubilidade ou, ao menos, a oportunidade da realização do tratamento de quem necessita, garantindo o acesso de toda a população por meio das diretrizes constitucionais de igualdade, firmando uma assistência pautada nos princípios que regem a legislação do Sistema Único de Saúde.

Em segunda análise, são necessárias a capacitação e a educação continuada dos profissionais atuantes no SUS com relação à temática, conferindo acessibilidade e operabilidade ao sistema de saúde, dotando-o da competência necessária, uma vez que muitos dos que atuam na rede de assistência possuem capacitação aquém do ideal e não desempenham sua responsabilidade em realizar o acolhimento, a escuta qualificada, o diagnóstico, as orientações e principalmente os encaminhamentos por meio da referência e contrarreferência para os níveis de complexidade, impossibilitando a continuidade do cuidado.

No que se refere à produção e divulgação de conhecimento, ao realizar a busca na literatura, percebeu-se a escassez de artigos científicos referentes ao tema e, para que seja firmado um cuidado integrado e articulado, com foco gerencial, educativo e assistencial, faz-se necessário ampliar o debate acerca desse assunto, uma vez que estudos são essenciais

para identificar informações importantes no planejamento dos serviços, contribuindo para o seu eficaz funcionamento.

Apesar do exposto, foi possível identificar as evidências científicas acerca da temática abordada, o que resultou em importantes contribuições para o aprofundamento do conhecimento, apontando algumas potencialidades e fragilidades no cotidiano do SUS. E, sob essa ótica, pesquisas no ramo tornam-se fundamentais diante do compromisso difuso em alcançar o objetivo fundamental de promoção, proteção e recuperação da saúde.

## REFERÊNCIAS

BOTELHO, R. L. L.; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Saúde**. Brasília, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 7 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 17989, 20/08/1997. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)>. Acesso em: 7 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 426/GM de 22 de março de 2005a. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm)>. Acesso em: 7 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 388 de 06 de Julho de 2005b. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem, em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=499](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=499)> Acesso em: 20 set. 2021.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Destinação de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**.

Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html)> Acesso em: 7 jul. 2022.

CHAGAS, Rômulo Bomfim et al. Planejamento familiar em aspectos reprodutivos para casais com infertilidade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 231-249, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1.358 de 1992. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I. 19 de nov. 1992, p. 16.053.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.

DIAS, Andreza Alves et al. Estratégia educativa voltada para enfermeiros sobre atenção básica à infertilidade: estudo de intervenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, p. 69-77, jun. 2012.

FÉLIS, Keila Cristina; ALMEIDA, Rogério José de. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprodução & Climatério**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 2, p. 105-111, 2016.

FREITAS, S.M., SIQUEIRA, A.A.F., SEGRE, C.A.M. Avanços em Reprodução Assistida. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 93-97, 2008.

GRADVOHL, Sílvia M. Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Y. Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. **Reprodução & Climatério**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, p. 18-23, 2013.

GRANGEIRO, Yasmim de Alencar et al. Reprodução humana assistida no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, Juazeiro do Norte, v. 8, n. 1, p. 437-444, 2020.

MARCIANO, Rafaela Paula; AMARAL, Waldemar Naves do. Aspectos emocionais em reprodução humana assistida: uma revisão integrativa da literatura. **Femina**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 379-84, 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Prática Baseada em Evidências em Enfermagem e Saúde: um Guia de Boas Práticas**. 2.ed. Lippincot Williams & Wilkins: Filadélfia, 2011.

MESQUITA, Marilise Oliveira et al. Acesso e permanência das usuárias do Sistema Único de Saúde no Programa de Reprodução Assistida de um hospital universitário, com ênfase na variável raça/cor. **Reprodução & Climatério**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 3, p. 151-158, 2016.

MORAES, Carlos Alexandre; REIS AMARO, Mylene Manfrinato dos. Políticas públicas e os direitos reprodutivos por reprodução humana assistida: pela efetivação dos direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**. Bebedouro, v. 7, n. 3, p. 33-58, 2019.

SILVA, Daniel José da; SANTANA, Bárbara Pessoa de; SANTOS, Aarin Leal. Infertilidade: um problema de saúde pública. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 58, p. eUJ3044-eUJ3044, 2021.

SOUSA, C. **Aspectos emocionais de casais submetidos a fertilização in vitro**. Tese (Doutorado em Biomedicina) - Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo, 2009.

SOUZA, K.P.C.; ALVES, O. de F. As principais técnicas de reprodução humana assistida. *Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. Goiânia, v.2, n. 1, p.26-37, 2016. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

VIEIRA, Mara Farias Chaves; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Psicologia Clínica e Cultura Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde – SUS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 34, e 3449. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/ddYdKn5fw9Fq7gXkHvXSHNs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 4 out. 2022.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 4 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Mother or nothing: the agony of infertility. **News -WHO Bulletin**, v. 88, n. 12, p. 877-953, 2010.

## CAPÍTULO 2 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Miguel Simião Pereira Júnior  
Catherinne Sousa da Cruz Duarte  
Geraldo Magela Salomé

### INTRODUÇÃO

No século XX, em todo o mundo, a discussão sobre a segurança do paciente e a busca por qualidade na prestação dos cuidados à saúde têm recebido atenção especial. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde. (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015; TOSTES, GALVÃO, 2019; CAVALCANTE *et al.*, 2019; PRATES *et al.*, 2019).

O cuidado à saúde prima pelo comprometimento da instituição quanto aos serviços prestados e com a segurança do cliente, promovendo uma assistência de qualidade livre de riscos ou falhas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, muitos indivíduos sofrem lesões por falhas na assistência à saúde, estimando-se que, a cada dez pacientes, um sofra algum evento adverso durante o atendimento nos hospitais. (FRANÇOLIN *et al.*, 2015; SARTOR *et al.*, 2016; TOSTES, HARACEMIW, MAI, 2016; VASCONCELOS, CALIRI, 2017).

Estima-se que 9,2% dos usuários internados sofrem um evento adverso relacionado à assistência em saúde, sendo 43,5% destes evitáveis. Em países latino-americanos, estes eventos acometem 10,5% dos usuários. Sensível à problemática, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e instituiu seis protocolos básicos relativos às metas internacionais nessa temática. (ARANA-ANDRÉS *et al.*, 2011; AMAYA *et al.*, 2016; BATISTA *et al.*, 2019)

Estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde, tais como: elaboração de protocolos, algoritmos, aplicativo, prontuário eletrônico, manuais, guias, ações que servem como barreira de segurança e educação permanente nos hospitais. A compreensão dos riscos, das características da assistência e da estrutura hospitalar pode fornecer elementos importantes para a melhoria da assistência, principalmente para a Enfermagem. (OLIVEIRA *et al.*, 2014; LOURENÇÃO, TRONCHIN, 2016, BARCELOS, TAVARES 2017; CUNHA *et al.*, 2017; CARVALHO, SALOMÉ, FERREIRA, 2017; MENDES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; CUNHA; DUTRA; SALOMÉ, 2018; RAIMONDI *et al.*, 2019).

Essas estratégias devem ter como foco, principalmente, a elaboração de ações preventivas, cujo conteúdo contempla diversas ações, com o intuito de fortalecer as estratégias de promoção livre de riscos, danos ou falhas nos procedimentos e nos cuidados oferecidos aos pacientes atendidos pelo profissional envolvido.

Por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente a fim de colaborar na qualificação do cuidado na saúde. No PNSP, foram descritos seis protocolos; dentre eles, o protocolo de prevenção de quedas, de lesão por pressão, de flebite, de lesões por dispositivos e outros, cujo conteúdo contempla diversas ações com o propósito de fortalecer as estratégias de prevenção de lesões cutâneas. (BRASIL, 2013).

Diante do contexto de segurança do paciente, sabe-se que a Enfermagem é indispensável na implementação de práticas seguras, uma vez que, por meio de intervenções preventivas, o enfermeiro exercita suas habilidades para tomar decisões relativas ao cuidado a fim de possibilitar uma assistência adequada e livre de danos. (KIM *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2017; ROCHA, FARIAS, 2018; AMARAL *et al.*, 2018; TOSTES, GALVÃO, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019), sendo importante a implantação dos protocolos específicos nas unidades.

Nesse sentido, todos os cuidados sobre a segurança do paciente na assistência devem ser considerados como processos de intervenção. A equipe de Enfermagem precisa ser determinante nas suas ações e principalmente no desempenho de suas tarefas para que as ocorrências de riscos possam diminuir e assim tornar possível a recuperação da saúde do paciente com segurança e com confiabilidade por parte de sua família.

Os indicadores de melhora permanente da qualidade assistencial constituem um processo considerado dinâmico e exaustivo de identificação constante dos fatores intervenientes nos processos de trabalho da equipe de Enfermagem, exigindo do profissional enfermeiro o planejamento e a implementação de ações com a elaboração de ferramentas, como os indicadores de processo que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de trabalho. (VASCONCELOS, CALIRI, 2017). É muito comum os erros acontecerem no ambiente da saúde; porém, é necessário seguir os protocolos de segurança, principalmente quanto à prescrição e aos medicamentos. (GOMES *et al.*, 2011)

A construção de um prontuário eletrônico para o profissional da saúde que presta cuidados aos pacientes que apresentam fatores de risco para adquirir lesões cutâneas, ou adquiriram lesões cutâneas, tem-se mostrado válida como estratégia de formação, diagnóstico, prescrição da conduta terapêutica, principalmente na relação teoria e prática e na inter-relação de saberes e contextualização da aprendizagem. (GALVÃO, PUSCHEL, 2013; BUENO *et al.*, 2017; SALOMÉ, FERREIRA, 2018; CUNHA, DUTRA, SALOMÉ, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

Atualmente, existem mais de seis bilhões de assinaturas de dispositivos móveis em todo o mundo, o que representa cerca de três quartos da população mundial. A “saúde móvel” está crescendo em popularidade com as organizações de saúde, visto a necessidade de controlar com precisão a segurança dos pacientes.

A partir da tecnologia móvel, as informações são capturadas e analisadas para a segmentação baseada no algoritmo de modo que possam ser

aplicados cuidados sob medida com recomendações de utilidade. (DIXON *et al.*, 2014; JADHAY, NAOGHARE, 2015; CATHERINE, 2017).

Não se pode negar o quão evoluídas são as tecnologias disponíveis ao cuidado clínico; entre elas, o prontuário eletrônico do paciente (PEP) é um dos instrumentos principais e assertivos na saúde, viabilizando as atividades de execução clínica, as anotações de clientes durante o plantão do profissional, a acessibilidade para observação e as inferências de dados e exames complementares. O PEP possibilita ao enfermeiro desenvolver uma maneira mais efetiva e rápida de controle e inserção de dados de clientes (PINOCHET, LOPES, SILVA, 2014; GROSSI, PISA, MARIN, 2015; CARDOSO *et al.*, 2017)

O PEP registra dados de saúde e doença indispensáveis para a comunicação entre a equipe multidisciplinar e o paciente, garantindo não apenas o histórico do processo, mas também a segurança e a gestão das organizações de saúde. Assim sendo, o PEP deve ser entendido como “a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo o seu tempo de hospitalização” (LAHM, CARVALHO, 2015). Contudo, o PEP é uma ferramenta de tomada de decisões multiprofissionais e integração de informação, de modo que se consegue acessar, informar, buscar dados e fazer análise para um cuidado em saúde mais integrado e com menos possibilidades de erro. (JULIANI, SILVA, BUENO, 2014; LAHM, CARVALHO, 2015; RAGO, ZUCCHI, 2017).

Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002, prontuário é o “documento” único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O PEP constitui uma alternativa utilizada pela Enfermagem para o registro de suas atividades de assistência, sendo contemplado na Lei do

Exercício Profissional da Enfermagem – COFEN. O artigo 8º aponta a exigência da utilização de recursos computacionais para o planejamento das ações, conforme as competências de cada grupo profissional da Enfermagem, bem como o preparo necessário para a utilização deste recurso. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Em vista disso, para que o enfermeiro possa desempenhar seu papel relacionado às notificações dos eventos adversos de forma relevante, é necessário que domine o conhecimento técnico, científico e as especificidades das alterações geradas pelo estado geral do cliente, as intercorrências e as complicações que o paciente possa apresentar durante sua hospitalização para o planejamento adequado dos cuidados e evidência do papel significativo na equipe de saúde. Essas condições resultam em uma assistência com mínimo risco possível, sem danos e eventos adversos prestados aos pacientes com lesões cutâneas.

Ressalta-se a carência de prontuários eletrônicos relacionados à segurança do paciente, elaborados após revisão de literatura, com finalidade de fornecer parâmetro para o profissional realizar a anamnese, exame físico e fornecer medidas preventivas para uma assistência com o mínimo risco possível, sem danos, eventos adversos e com qualidade para pacientes hospitalizados.

## OBJETIVOS

Desenvolver um prontuário eletrônico para a segurança do paciente hospitalizado.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica, aplicada de produção tecnológica destinada a desenvolver um prontuário eletrônico em ambiente *web* e tecnologia móvel.

Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação

e avaliação de ferramentas (manuais, cartilhas, aplicativos, protocolos, algoritmos e outras) e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado.

Para o desenvolvimento do prontuário eletrônico, foi escolhido o Modelo Incremental do ciclo de vida de desenvolvimento de softwares, seguindo o protocolo PRAXIS como base para o processo de engenharia de software.

O PRAXIS é fundamentado em valores e práticas que garantem ao cliente versatilidade e satisfação com o produto final. É de extrema importância entender as necessidades dos clientes para direcionar a construção do software, pois, assim, programador e cliente podem chegar a um consenso quanto aos avanços e às limitações do projeto. É por essa razão que essa metodologia é direcionada a ciclos curtos de *feedback*, possibilitando que menores porções do software sejam criadas de cada vez. Caso sejam encontradas falhas no sistema, elas poderão ser corrigidas antes de se proceder a um novo passo do projeto. (PAULA FILHO, 2009).

Sendo assim, foi realizado o Diagrama para orientar o processo da construção, conforme protocolo PRAXIS, onde foram descritas todas as etapas do desenvolvimento da construção do aplicativo, as quais foram alocadas nas diferentes fases da estrutura do processo

### **Fase 1: Concepção: Identificação das necessidades do desenvolvimento do Prontuário do Paciente “Segurança do paciente”**

Na prática clínica, tem-se observado que alguns enfermeiros têm dificuldade para realizar o diagnóstico de Enfermagem e as prescrições de Enfermagem. Então resolvemos desenvolver um prontuário eletrônico. Após realizar e anotar achados clínicos no prontuário eletrônico, o profissional fornecerá o diagnóstico e a prescrição de Enfermagem. Tal procedimento tem como finalidade reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário e eventos adversos durante a prestação da assistência.

## Fase 2: Elaboração do prontuário eletrônico “Segurança do paciente”

Esta fase de elaboração contemplou duas etapas: revisão integrativa da literatura e escolha dos artigos para a construção do algoritmo e da árvore de decisão.

### Revisão integrativa da literatura

Nesta etapa, foi feita a revisão integrativa da literatura nas bases de dados das Ciências da Saúde, Biblioteca Cochrane, SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), MEDLINE (*National Library of Medicine-USA*). A revisão foi realizada nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando o descritor: segurança do paciente.

Para a seleção das publicações a serem incluídas na revisão, foram adotados como critérios de inclusão: apenas estudos primários que tivessem ligação direta com a temática; estar disponível na íntegra e sem delimitação temporal proposta, pois a intenção era compilar todos os estudos que atendessem aos critérios estabelecidos. Foram excluídos: capítulos de livros, teses, dissertações, monografias, relatórios técnicos, trabalhos de referência e artigos que, após a leitura do resumo, não convergiam com o objeto de estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados e biblioteca virtual. Também foram excluídos os artigos classificados com nível seis (evidências baseadas em opiniões de especialistas).

Para classificar o nível de evidência dos estudos selecionados, foram utilizadas as categorias da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2016), que abrangem seis níveis.

Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos ensaios clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase experimentais; Nível 4: evidências de estudos

descritivos, revisão de literatura ou abordagem qualitativa; Nível 5: evidências de relatos de caso ou experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

A construção do prontuário eletrônico ocorreu por meio de parceria com uma analista de sistemas, considerando a especificidade do conhecimento da tecnologia computacional exigida para a criação do produto pretendido.

Para a construção do prontuário eletrônico, foram desenvolvidos algoritmos com os itens necessários para a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os quais foram enviados para o profissional analista de sistema, que desenvolveu a estruturação do Banco de Dados e o software do aplicativo. Após aprovação do dispositivo pelos pesquisadores, iniciou-se a construção do prontuário eletrônico.

Algoritmo é simplesmente “receita, mapas, guias” para executarmos uma tarefa, tomarmos uma decisão ou resolvermos algum problema. São instrumentos simples, diretos e de fácil acesso, além de serem ferramentas primordiais ao gerenciamento da qualidade de serviço, destacando-se como importante meio na organização de processos. (POTI<sup>T</sup> *et al.*, 2013; CUNHA *et al.*, 2017; SALOMÉ, FERREIRA, 2018; CUNHA *et al.*, 2018b).

A árvore de decisão foi estruturada com base nas informações colhidas depois da leitura dos artigos selecionados após revisão da literatura e da construção do prontuário eletrônico.

A árvore de decisão é um instrumento de apoio à tomada de decisão, que consiste numa representação gráfica das alternativas disponíveis geradas a partir de uma decisão inicial. Uma das grandes vantagens de uma árvore de decisão é a possibilidade de transformação de um problema complexo em diversos subproblemas mais simples de resolvê-los. (HECK *et al.*, 2010; PRESSMAN, MAXIM, 2016; WEBER, 2012).

Para efetuar a representação gráfica da árvore de decisão, são geralmente usadas linhas para identificar a decisão (por exemplo, “sim” ou “não”). (HECK *et al.*, 2010; PRESSMAN, MAXIM, 2016; WEBER, 2012).

No processo de inclusão do algoritmo e da Árvore de Decisão, para efeitos de programação do sistema, foi utilizada, dentro da classe Java, a representação em Pseudocódigo.

## Fase 4: Transição

Nesta fase, foram realizados os testes de funcionalidade (usabilidade, desempenho, compatibilidade e funcional).

O processo de teste foi feito de acordo com as etapas descritas nos parágrafos subsequentes.

Teste de usabilidade: foi testada para verificar se o usuário poderia intuitivamente manipular o prontuário eletrônico desde a tela inicial até o resultado final. Os autores do projeto utilizaram o prontuário eletrônico cinco vezes, seguindo os passos: entrar no aplicativo digitando a senha, trocar a senha, fazer o cadastro do paciente, realizar o procedimento de assistência.

Teste de desempenho: foi avaliada a capacidade de resposta após cada comando efetuado. Durante a utilização do aplicativo, foi verificado, pelo analista de sistemas e pelos autores do projeto, o tempo de inicialização, de mudança das telas, o tempo de finalização do prontuário eletrônico, levando-se em consideração cada tela: o acesso ao prontuário eletrônico, o cadastro de novo paciente, a realização do procedimento relacionado à segurança do paciente.

Teste de compatibilidade com o referencial teórico: este teste foi dividido em duas fases: no primeiro momento, foram verificadas as informações em nível semântico e sintático do conteúdo do prontuário eletrônico. No segundo estágio, foi utilizado o teste funcional ou caixa-preta para testar o sistema. Esse teste foi conduzido pela analista de sistemas.

Para o teste Funcional do prontuário eletrônico, foram escolhidos alguns dispositivos que tivessem como determinantes a tecnologia computador e notebook, caracterizados por equipamentos do tipo mobile com wi-fi disponível para acesso à rede sem fio, onde foram realizados os testes de usabilidade e compatibilidade. Todo o processo deverá ser conduzido, tanto pelo autor, como pelo analista de sistemas.

## Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), sob o Parecer Consubstanciado: 3.074.489 CAAE: 99115918.00000.5102.

## RESULTADOS

### Revisão integrativa da literatura

Na figura 1, observar-se que, durante a revisão integrativa da literatura, foram identificados 464 artigos, tendo sido excluídos 370 após a leitura do título e 60 após a leitura do resumo. Foram selecionados 44 artigos para a construção do Prontuário Eletrônico.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa da literatura, para desenvolvimento do prontuário eletrônico.

### Produto - Prontuário eletrônico “Segurança do Paciente”

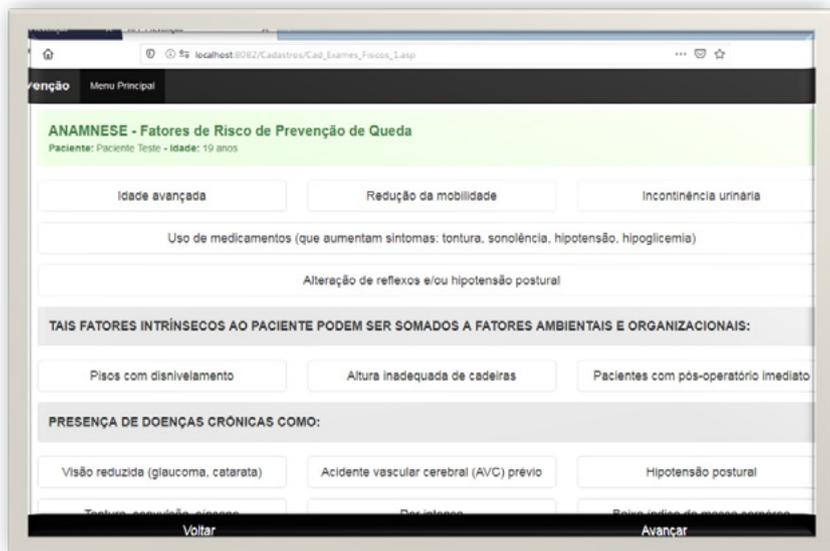
O prontuário eletrônico “Segurança do Paciente” é uma tecnologia dura por se tratar da produção de um programa de *Software* que fornece um auxílio ao profissional de Enfermagem relacionado aos itens padronizados pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde. É composto por 120 telas. Caso o profissional esteja fora do ambiente de trabalho e até mesmo em outra cidade, ele poderá acessar o prontuário eletrônico por meio de seu *Smartphone* e *Iphone*.

O prontuário eletrônico “Segurança do Paciente” estará disponível no Tasy. Está em processo de ser Registrado como Programa de Computador no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

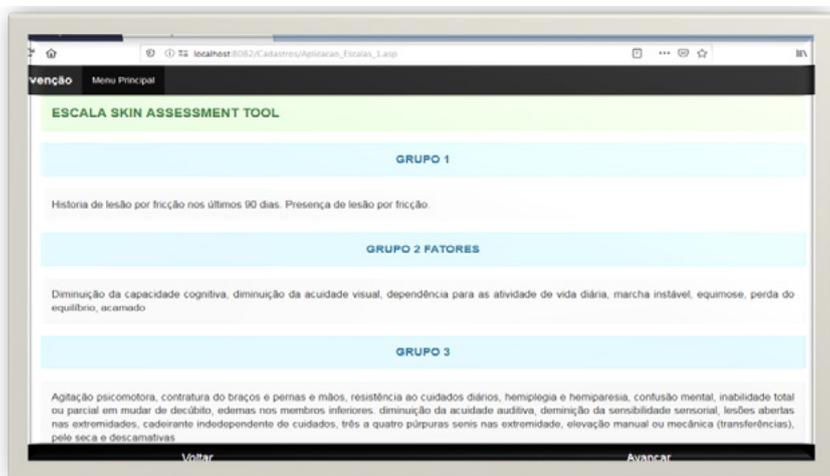
Ao entrar na página acessar o aplicativo, onde contém o prontuário eletrônico, o profissional deverá cadastrar o usuário e a senha.

Após o cadastramento, automaticamente o profissional terá acesso à tela de login, na qual, após o profissional digitar o nome do usuário e a senha de acesso, será possível a entrada para o conteúdo do prontuário eletrônico. Alguns exemplos das telas do prontuário eletrônico (Figura 2)

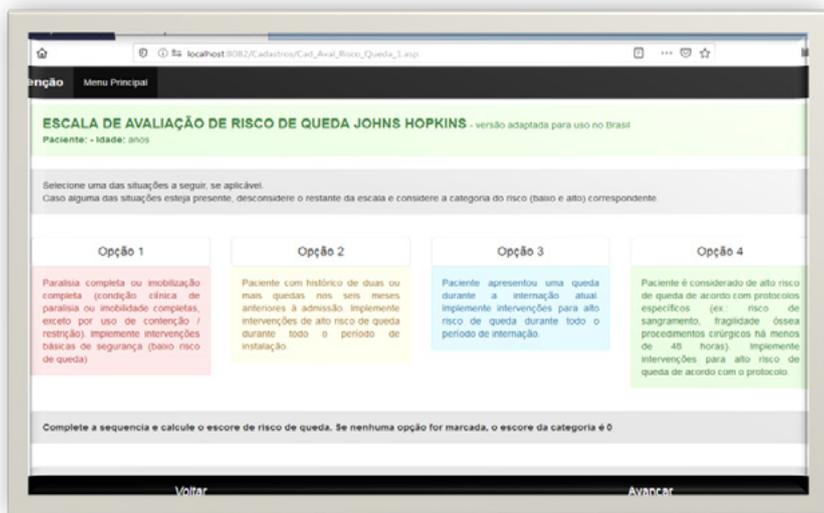
Figura 2- Exemplos das telas do prontuário eletrônico “Segurança do Paciente”



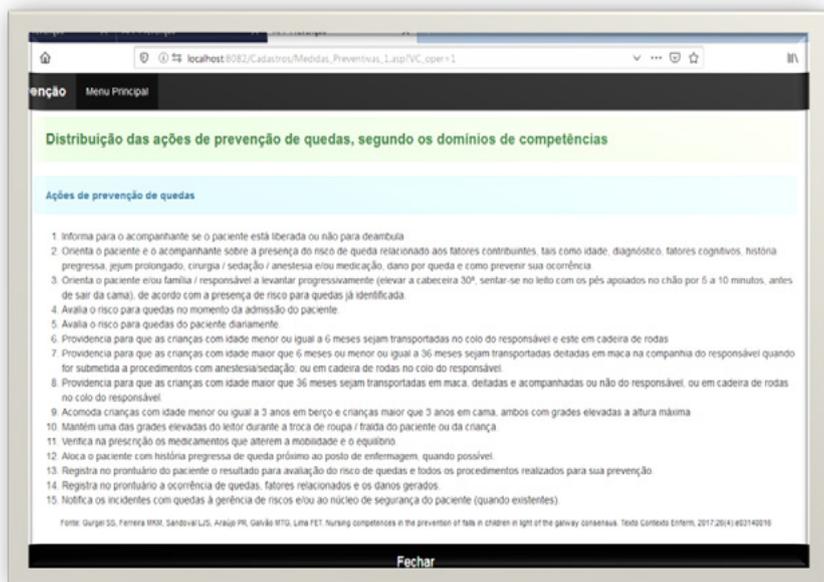
Fonte: Dos Autores.



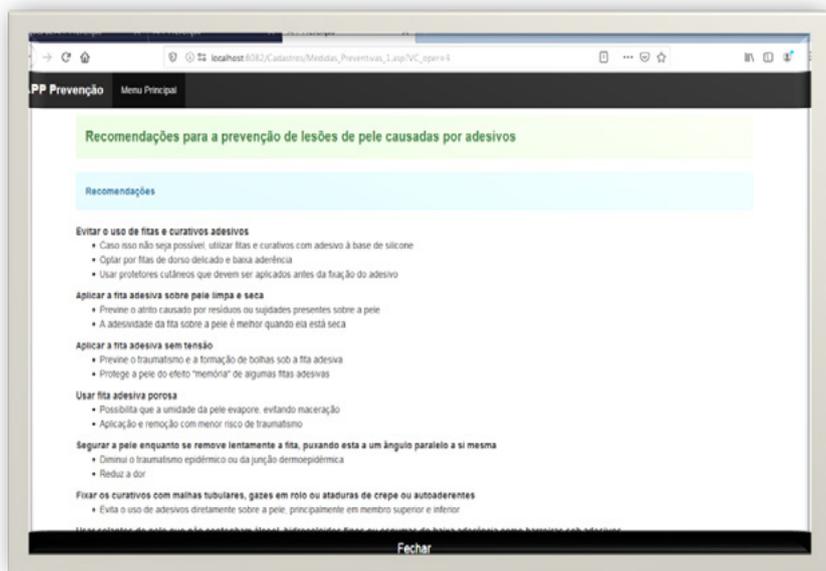
Fonte: Dos Autores.



Fonte: Dos Autores.



Fonte: Dos Autores.



Fonte: Dos Autores.

## DISCUSSÃO

A informática em Enfermagem é uma área de conhecimento que estuda a aplicação de recursos tecnológicos em diversos sentidos, como: praticidade, assistência, gerenciamento da assistência e do cuidado, resultando na melhoria do atendimento ao paciente e num trabalho mais humanizado (PALOMARES, MARQUES, 2010; PEREIRA *et al.*, 2010).

O trabalho da Enfermagem é de suma importância para o contexto hospitalar; é feito por pessoas que estão empenhadas em oferecer atendimento com qualidade, com mínimo risco possível, sem danos e efeitos adversos (OLIVEIRA, 2014).

O cuidado de Enfermagem à pessoa hospitalizada deve estar cientificamente fundamentado a fim de estabelecer uma relação terapêutica que consiste em uma completa coleta de dados e levantamentos dos problemas que afetam a vida do paciente. Posteriormente, devem-se planejar os cuidados individualizados, sistematizados, personalizados,

oferecendo respostas reais às necessidades encontradas e não somente à doença (KAIZER, DOMINGUES, 2019).

Neste estudo, foi desenvolvido um prontuário eletrônico em forma de checklist, com a finalidade de melhorar a assistência de Enfermagem prestada ao indivíduo hospitalizado e reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos e eventos que podem ser prevenidos.

A segurança do paciente é uma questão estratégica no mundo e importante pauta da Organização Mundial de Saúde, que tem atuado como liderança global nesta temática, difundindo conhecimento e inovação para reduzir a um mínimo possível o risco e dano à saúde do paciente. Estima-se que 421 milhões de hospitalizações ocorrem no mundo anualmente, e aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos ocorrem em pacientes durante essas hospitalizações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

É comumente relatado que pacientes hospitalizados experimentam danos que poderiam ter sido evitados com ações de segurança. Pesquisa recente sobre eventos adversos hospitalares, com 25 estudos em 27 países, evidenciou mediana de 10% (2,9 - 21,9%) de pacientes afetados por, pelo menos, um evento adverso, com mediana de 7,3% (0,6 - 30%) de eventos fatais e 51,2% (34,3 - 83%) preveníveis. Esses dados confirmam as estimativas de que um décimo das internações inclui eventos adversos, sendo metade deles evitáveis (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018).

Nesse contexto assistencial, considera-se que atentar para a identificação precoce de situações de risco potencialmente contribui para a qualidade, o cuidado e a cultura de segurança. E a equipe de Enfermagem, por estar presente em todo o processo assistencial, está sujeita a cometer erros. Nesse sentido, mostra-se importante que esses profissionais estejam instrumentalizados para contribuir na detecção dos riscos de ocorrência de danos aos usuários.

A utilização do prontuário eletrônico em forma de checklist comprovadamente promove a melhoria da comunicação, diminui a ocorrência de falhas por omissão, constituindo poderosa ferramenta no

alcance da qualidade e da segurança do atendimento (AMAYA, *et al.*, 2016; HESS, 2020a; HESS, 2020b).

Também se otimiza o processo de assistência e promove mais segurança aos pacientes, possibilitando o uso das informações clínicas de modo sigiloso para gerar dados com segurança e qualidade. Tal procedimento tem como consequência a redução de eventos adversos, bem como a prestação do cuidado com o mínimo possível de risco e danos.

O prontuário eletrônico, desenvolvido neste estudo, além de constituir documento técnico, científico, legal e ético, fornecerá à instituição de saúde registro de avaliações clínicas, anotações, procedimentos, diagnóstico e cuidados prestados pelo enfermeiro, além de poder subsidiar a auditoria. Enfim, contempla todo o processo da assistência de Enfermagem.

Estudos desenvolvidos concluíram que o prontuário eletrônico deve conter todas as etapas do processo de enfermagem, pautado num sistema de linguagem padronizada, clara e objetiva, com embasamento científico (SILVA *et al.*, 2019; NETA, *et al.*, 2019)

Entende-se que o Processo de Enfermagem é fundamental em uma instituição hospitalar, pois, além de integrar, facilitar a anotação e organizar o trabalho da equipe de Enfermagem, diminuindo a fragmentação dos cuidados, garante a continuidade destes, possibilitando tanto avaliar a sua eficácia ou modificá-los de acordo com os resultados na recuperação do cliente, como também serve de fundamentação permanente para a educação, a pesquisa e o gerenciamento em Enfermagem. Esse pressuposto é válido para ambas as formas de implementação do Processo de Enfermagem, seja para a modalidade tradicional ou ainda para a eletrônica (SCHEIDENHELM, 2018).

A introdução do prontuário eletrônico informatizado é uma tendência forte e atual para a Enfermagem, uma vez que pode contribuir para aprimorar a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde, estimular o pensamento reflexivo e ativo, facilitar o planejamento, a tomada de decisão, a comunicação, o controle gerencial e as mudanças na estrutura organizacional (BRANDT, 2018).

O registro da avaliação clínica do paciente no prontuário eletrônico é o principal meio de transmissão das informações e comunicação entre os membros da equipe multiprofissional que presta assistência. Ele reúne as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação do paciente, com letra legível, podendo ser lido e manipulado em qualquer local do hospital (LUCENA, *et al.*, 2019).

O prontuário eletrônico desenvolvido neste estudo é composto pela etapa da sistematização da assistência de Enfermagem. Primeiramente, o profissional deverá proceder à avaliação clínica e anamnese. Após esse procedimento, o profissional deverá preencher os dados encontrados durante a avaliação e, automaticamente, o prontuário eletrônico irá fornecer o diagnóstico NANDA-International (NANDA-I) e prescrição de Enfermagem. Também o prontuário eletrônico “Segurança do paciente” poderá ser acessado por meio de celulares, ou outro dispositivo móvel, de maneira totalmente segura.

Os sistemas de classificação como o da NANDA-International (NANDA-I), a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) são instrumentos para melhorar a confiabilidade, validade e usabilidade da documentação de Enfermagem. Especialmente se usados em sistemas informatizados de documentação bem projetados, permitem o uso consistente dos dados referentes aos cuidados de Enfermagem para avaliar a assistência de Enfermagem e informar decisões de natureza clínica, gerencial e política (MOORHEAD, HOHNSON, MAAS, 2014; GRASSE, 2018; OSMARIN, 2020).

Quando às informações de Enfermagem, estão organizadas e documentadas de forma sistematizada, por meio de sistemas eletrônicos; a comunicação é operacionalizada, facilitando a resolução individualizada dos problemas dos pacientes e a explicitação dos conhecimentos técnico-científicos e humanos dos enfermeiros, bem como ampliando a visibilidade do saber da Enfermagem frente ao paciente e à equipe multiprofissional (PERES, 2009; OSMARIN, 2020).

É indispensável a utilização do prontuário eletrônico pela enfermagem; assim, esse profissional otimizará o processo de assistência e promoverá mais segurança aos pacientes, possibilitando o uso das informações clínicas de modo sigiloso para gerar dados com segurança e qualidade. Tal procedimento tem como consequência a redução de eventos adversos, bem como a prestação do cuidado com o mínimo possível de risco e danos.

Nesse sentido, por meio das estratégias, conhecimentos e práticas sobre o prontuário eletrônico da Enfermagem, o prontuário eletrônico do paciente poderá beneficiar as atividades executadas no âmbito hospitalar com a melhoria no desempenho da assistência, visto que esse instrumento não tem apenas o papel de organizar, planejar e gerenciar os recursos, mas de oferecer qualidade à equipe da Enfermagem em seu trabalho, como também no desenvolvimento necessário da assistência organizada e coordenada com eficiência.

Este estudo teve como limitação a não validação e o teste de funcionalidade do prontuário eletrônico, sendo este a perspectiva do estudo.

## CONCLUSÃO

Após revisão integrativa da literatura nas principais bases de dados, foi desenvolvido o prontuário eletrônico denominado **“segurança do paciente”**, o qual se constitui em ferramenta prática para qualificar, direcionar e guiar o profissional na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA LC *et al.* Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. *Rev. Gestão e Saúde.* 2014; 5 (ed esp) 692-99.
- ALVES VC *et al.* Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25: e 2986.
- AMARAL RT *et al.* Safety in nursing care. *Rev. Enferm UFPE on line.* 2018; 12 (12): 3386-93.
- AMAYA MR *et al.* Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. *Rev. Gaúcha Enferm* 2016; 37 (spe): e 68778.

- ARANAZ-ANDRÉS JM *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events (IBEAS). *BMJ Qual Saf.* 2011; 20 (12): 1043-51.
- ARNOLD-LONG M, Johnson EY Epidemiology of Incontinence-Associated Dermatitis and Intertriginous Dermatitis (Intertrigo) in an Acute Care Facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019; 46 (3): 201-206.
- BARAKAT-JOHNSON M; *et al.* Coyer F. The incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in intensive care: a systematic review. *Journal of Wound Care.* 2019; 28 (8): 512-21.
- BARCELOS RA, Tavares DM. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. *Rev. Acta Paul Enferm.* 2017; 30 (2): 159-67.
- BARRA DCC *et al.* Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009; 11 (3): 579-89.
- BASSETT K *et al.* Creating a unified approach to best practice in wound care. *Wounds International.* 2019; 10 (2): 16-19.
- BATISTA J *et al.* Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40 (esp): e 20180192. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180192>.
- BORGES *et al.* Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro - Oeste Mineiro* 2017; 7: e 1147. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1147/1310>>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- BRANDT K. Poor quality or poor design? A review of the literature on the quality of documentation within the electronic medical record (Paper presentation). *Comput Inform Nurs* 2008; 26 (5): 302-3.
- BROWN A. Skin tears: Prevention and management in the elderly. *Journal of Community Nursing* 2019; 33 (1): 22-28.
- BUENO JC *et al.* Aplicativo multimídia em plataforma móvel para tratamento de feridas utilizando fitoterápicos e plantas medicinais. *Rev. Enferm. UFPE on line.* 2017; 11 (Supl. 11): 2533-40.
- CARVALHO MRF *et al.* Construction and validation of algorithm for treatment of pressure injury. *J Nurs UFPE on line.* 2017; 11 (Suppl. 10): 4171-83.
- CASSIANI SH, RODRIGUES LP. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Rev. Acta Paul Enferm.* 1996; 9 (3): 76-83.
- CATHERINE RR. Descriptive study of the frequency of medical adhesive-related skin injuries in a vascular clinic. *Journal Vascular Nursing.* 2017; 35 (2): 86-9.
- CAVALCANTE EFO *et al.* Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40 (esp): e 20180306.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resoluções 191/96 e 429/2012. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 07 Dezembro, 2019.

CUNHA DR *et al.* Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.2017; 25: e 2955.

CUNHA JB *et al.* Elaboration of an algorithm for wound evaluation and treatment. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.* 2018. 16 e doi: 10.30886/estima. v 1652.

DALKEY NC The Delphi method: an experimental study of group opinion. Santa Monica, CA: Rand. 1969.

DELMORE B *et al.* Pressure injuries in the pediatric population: a national pressure ulcer advisory panel White paper. *Advances in Skin & Wound Care.* 2017; 32 (9): 394-408.

DIXON CA *et al.* Development of iBsafe: A Collaborative, Theory-based Approach to Creating a Mobile Game Application for Child Safety. *AMIA Annual Symposium Proceedings*; 2014. 477–85.

FARO ACM Técnica de Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev. Esc Enf USP.* 1997; 31 (1): 259-73.

FONSECA RMP, PENICHE ACG. Operation room nursing in Brazil: thirty years after the Institution of Perioperative Nursing Process. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22 (4): 428-33.

FRANÇOLIN L *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49 (2): 130-38.

GALVÃO ECF, PUSCHEL VAA. Multimedia application in mobile platform for teaching the measurement of central venous pressure. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46 (n.spe): 107-15.

GONÇALVES MI *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Rev. Texto Contexto Enfermagem.* 2016; 25 (1): e 2310014.

GRASSE AP *et al.* Nursing diagnoses and interventions for the person with venous ulcer. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31 (3): 280-90.

HENRIQUES AHB *et al.* Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Rev. Cogitare enfermagem.* 2016; 21 (4): 1-9.

HESS CT. Processes Workflows Drive Documentation Compliance. *Advances in Skin & Wound Care.*2013; 26 (10): 480-89.

HESS CT. Focusing on wound care documentation and audits; *Advances In Skin & Wound Care.*2019; 32 (9): 431-32.

HESS CT. Checklist for Successful Wound Healing Outcomes; *Advances In Skin & Wound Care.*2019;33 (1): 54-5.

HESS CT. Checklists for Successful Specialty Electronic Medical Record Implementation. *Advances In Skin & Wound Care.*2020; 33 (2): 110-11.

- HOFFMANN T, WARRALL L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil.* 2004; 26 (9): 1166-73.
- HOLANDA FL *et al*. Construction of a professional competency matrix of the nurse in emergency services. *Rev. Acta Paul Enferm.* 2014; 27 (4): 373-79.
- JADHAY SS, NAOGHARE MM. A Survey on Wound Assessment System Patients of Foot Ulcer Diabetes Identification Based on Smartphone. *International Journal Of Innovative Research In Computer And Communication Engineering.* 2015; 11 (3): 904-908.
- JOIN T. Commission Sentinel event statistics. December 31,2016. Disponível em: <http://www.jointcommission.org> [Acessado 10 abril de 2017].
- JULIANI CMCM *et al*. Advances in Nursing Informatics in Brazil: Integrative Review. *J. Health Inform.* 2014; 6 (4): 161-65.
- KAIZER UAO, DOMINGUES EAR. Construção e validação de um folheto educativo para tratamento de úlcera venosa. *Rev. ESTIMA, Braz. J Enterostomal Ther.* 2019; 17: e 1619.
- KAYSER AS *et al*. Examining Prevalence and Risk Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Using the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019; 46 (4): 285-90.
- KIM K *et al*. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. *Korean J Intern Med.* 2017; 32: 199-210.
- KNOTTER J *et al*. Second update of the International Clinical Practice Guideline for the prevention and treatment of pressure ulcers/injuries 2019. *Wounds International.* 2019; 10 (1): 6-9.
- LAHM JV, CARVALHO DR. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2015; 20 (1): 38-44.
- LANGEMO D, SPAHN JG. A Multimodality Imaging and Software System for Combining an Anatomical and Physiological Assessment of Skin and Underlying Tissue Conditions. *Advances In Skin & Wound Care.* 2016; 29 (4): 155-63.
- LI WEI *et al*. Determination of risk factors to develop a predictive model of incontinence-associated dermatitis among critically ill patients with Fecal Incontinence: a prospective, quantitative study. *Wound treatment & prevention.* 2019; 65 (4): 20-24.
- LIMA DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. *Online braz. J. nurs.* 2011; 10 (2): 21-24.
- LOPES L *et al*. *British Journal of Community Nursing.* Skin tears prevention and management. 2019; 24 (9): S12 – A.
- LOURENÇÃO DC, TRONCHIN DM. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. *Rev. Acta Paul Enferm.* 2016; 29 (1): 1-8.
- LUCENA AF *et al*. Diagnóstico de enfermagem risco de sangramento como indicador de qualidade assistencial à segurança de pacientes. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40 (esp): e 20180322.

- MAGALHÃES FHL *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm* 2019; 40 (esp): e 20180272. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180272>.
- MCCLOSKEY JC, BULECHEK GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St Louis: Mosby 2000.
- MCGILTON KS. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Can J Nurs Res*. 2013; 35 (4): 72-86.
- MELLO JF, BARBOSA SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2013; 22 (4): 1124-33.
- MENDES B *et al.* Prevention and treatment of the trench foot: validation of a teaching manual for military personnel. *Journal of Wound Care*. 2018; 27 (Sup 10): S33-S38.
- MERHY EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- METCALF DG *et al.* A clinical algorithm for wound bio filme identification. *Journal of Wound Care*. 2014; 23 (3): 137-42.
- MINISTÉRIO da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. [Acesso 15 Out 2015]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
- MOORHEAD S *et al.* *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3rd ed. St Louis: Mosby. 2004.
- MOURÃO AD, NEVES JTR Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA. 2007.
- NATIONAL patient safety foundation (EUA). *Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err is Human: report of an expert panel convened by The National Patient Safety Foundation*. Boston (MA): NPSF. 2015.
- NETA MMC *et al.* Gestão de informação em saúde: processo de digitalização do prontuário em uma maternidade de alta complexidade na cidade de São Luiz-MA. *Rev. Nursing*, 2019; 22 (258): 3313-19.
- OLIVEIRA MS *et al.* Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2008; 17 (1): 115-23.
- OLIVEIRA Rms *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery [Internet]*, 2014; 18 (1): 22-29.
- ORONA A, PENICHE ACG The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol. *Rev. SOBECC*, 2015; 20 (3): 179-85.
- OSMARIN VM *et al.* Uso da Nursing Outcomes Classification - NOC para avaliar o conhecimento de pacientes com úlcera venosa. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2020; 41 (esp): e 20190146.

PADULA WV *et al.* Five-layer border dressings as part of a quality improvement bundle to prevent pressure injuries in US skilled nursing facilities and Australian nursing homes: A cost-effectiveness analysis. *Int Wound J*, 2019; 1–10. <https://doi.org/10.1111/iwj.13174>.

PALOMARES MLE, MARQUES IR. The Contributions Of Computing Systems In The Implementation Of Nursing Care Systematization. *J. Health Inform*, 2010; 2 (3): 78-82.

PARANAGUÁ TT *et al.* Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Rev. Acta Paul Enfermagem*, 2013; 26 (3): 256-62.

Miranda FD, Salomé GM. Development of a mobile app to assess, treat and prevent pressure injury. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE0329345. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03293459>.

PERES HHC *et al.* Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43 (Esp 2): 1149-55.

PERREIRA FGF. Building a digital application for teaching vital signs. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2016; 37 (2): e 59015.

PIMENTA CAM *et al.* Guidelines for the construction of nursing care protocols. Coren-SP.2015. Portuguese. [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20construção%20protocolos%2025.02.14.pdf>.

PRATES CG *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2019; 40 (esp): e 20180150.

RAGO CAP, Zucchi PE. Lectronic Patient Record: how the diffusion of innovations theory can collaborate in its implementation. *J. Health Inform*, 2017; 9 (2): 57-61.

RAIMONDI DC *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2019; 40 (esp): e 20180133. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180133>.

RESOLUÇÃO de diretoria colegiada (2013) - RDC N° 36, de 25 de julho, disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5e-d-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5e-d-4835-a375-3b3e93d74d5e) [Acessado 10 abril de 2017].

RIGOBELLO MCG *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2012; 25 (5): 728-35.

ROCHA RPF, FARIAS DLMP Patient safety in hemodialysis. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 2018; 12 (12): 3360-67.

SALOMÉ GM, FERREIRA LM Developing a Mobile App for Prevention and Treatment of Pressure Injuries. *Advances in Skin & Wound Care*, 2018; 31 (2): 1-6.

SANTOS AC *et al.* Construction and internal reliability of an algorithm for choice cleaning and topical therapy on wounds. *J Nurs UFPE online*, 2018; 12 (5): 680-85.

SANTOS JLG *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paul. Enferm*, 2013; 26 (2): 136-43.

- SARTOR GD *et al.* Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. *Cogitare Enferm*, 2016; 21 (n. esp): 01-08.
- SCHEIDENHELM S. Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient Kossman SP, outcomes. *Comput Inform Nurs*. 2008, 26 (2): 69-76.
- SCHWENDIMANN R *et al.* The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 2018; 518: 21.
- SILVA GQ *et al.* Desenvolvimento de prontuário eletrônico para pacientes com insuficiência cardíaca (PEP-IC): estudo metodológico. *Rev. Nursing*, 2019; 22 (258): 3302-07.
- SILVA NDM *et al.* Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2016; 50 (3): 487-94.
- SOUSA P, MENDES W, Organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014; 1 (5): 452.
- SOUSA P *et al.* *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa, 2011.
- TOSO *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2016; 37 (4): e 58662.
- TOSTES MFP, GALVÃO CM. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019; 27: e 3104.
- TOSTES MFP, GALVÃO CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2019; 40 (esp): e 20180180. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180180>.
- TOSTES MFP *et al.* Checklist de segurança cirúrgica e micropolítica. *Esc Anna Nery*, 2016; 20 (1): 203-209.
- VAN R, BEITZ JM. Pressure Ulcer Prevention Algorithm Content validation: a mixed methods, quantitative study. *Ostomy Wounds Manage*, 2015; 61 (4): 48-57.
- VASCONCELOS JMB, CALIRI MHL. Prevenção de lesões por pressão. *Rev. Esc Anna Nery*, 2017; 21 (1): e 20170001.
- WOOLF S *et al.* Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Sci*. [Internet]. [cited Jan 2011]; 7:61. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-61>.
- WORLD. Health Organization. Patient safety: making health care safer. World Health Organization. [cited 2018 Aug 05]. Available from: <http://who.int/iris/handle/10665/255507>. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). *World Alliance for Patient Safety*. Geneva: WHO.2011.

WRIGHT JTC, GIOVINAZZO RA, Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm*, 2000; 1 (12): 54-65.

WYND CA *et al.* Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*, 2003; 25 (5): 508-18.

## CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA

Dayane Rosa de Almeida  
Maria Cristina Porto e Silva  
Tamiris Aparecida da Silva

### INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é um tipo de câncer causado pela infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV), sendo os sorotipos 16 e 18 com maior prevalência de alterações celulares, e que podem evoluir para o câncer. Essa infecção é diagnosticada no exame preventivo, conhecido como Papanicolau, sendo curável na maioria dos casos, quando descoberta em sua fase inicial (INCA, 2021).

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, e está entre as quatro principais causas de morte prematura, podendo ocorrer antes dos 70 anos de idade. A incidência e a mortalidade decorrentes do câncer vêm aumentando no mundo, ocorrendo em parte pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, assim como pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (BRAY *et al.* 2018).

O CCU é a principal causa de morbimortalidade feminina em todo o mundo. Excluem-se as neoplasias de pele não melanoma, o que contabilizou 2,1 milhões de casos novos e aproximadamente 600 mil mortes em 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A mulher diagnosticada com CCU pode passar por situações de ansiedade, medo, distúrbio de autoimagem, além de dor, incontinências fisiológicas, debilitações e eminência de morte. A equipe de enfermagem deve contribuir para melhoria de vida dos pacientes em tratamento,

tendo como base a Organização Mundial de Saúde (OMS) que avalia a qualidade de vida em vários aspectos, tais como: físicos, psicológicos, sociais levando-se em consideração a percepção da paciente em relação ao meio onde está inserida (SANTOS, GOMES 2022).

O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino vai além das questões clínicas, em que o profissional precisa estar atento às dificuldades encontradas para acesso ao serviço de saúde pelas mulheres, identificando a carência de informações principalmente, em relação aos sinais e sintomas de câncer de colo uterino (ANJOS, 2021).

Ao atender pacientes com CCU, é preciso assegurar uma qualidade e integralidade na assistência, de forma organizada e sem fragmentação, sendo uma ferramenta de trabalho que pode ser considerada um diferencial, o que proporciona um método de trabalho individualizado ao paciente com diagnósticos como o câncer, baseado identificação dos problemas, dando embasamento para intervenções e avaliação dos resultados esperados (CARNEIRO *et al.*, 2019).

De acordo com Lopes; Ribeiro (2019), a falta de acesso aos serviços tem sido um dos motivos de dificuldade na realização do preventivo, provocando, assim, um distanciamento das mulheres ao serviço. Algumas dessas barreiras podem estar ligadas à acessibilidade, ao descontentamento e à indignação pela demora no atendimento ou agendamento do exame, o que acaba desestimulando as mulheres a procurarem os serviços de saúde, influenciando as próprias ações em relação à prática regular do preventivo.

Assim, a mulher se torna vulnerável ao câncer de colo do útero e outras infecções que poderiam ser diagnosticadas durante o exame. Observa-se que, quando a procura acontece, a mulher já apresenta uma queixa que pode ter um significado relevante para a doença, determinando um sintoma do avanço do câncer.

Portanto, essa pesquisa se faz importante para evidenciar as práticas da equipe de enfermagem para manter um bom índice de exames realizados na prevenção do câncer de colo de útero.

A pesquisa pretende contribuir para uma reflexão sobre o trabalho da enfermagem na saúde da mulher mediante a prevenção do câncer de colo do útero, possibilitando um caminho que favoreça a adesão ao papanicolau. Deve-se salientar que a enfermagem é uma das profissões que, na saúde pública, tem um papel importante na prevenção e promoção; consequentemente, ressaltar o trabalho que se tem feito na prevenção do câncer é mostrar que serviço comprometido da enfermagem com a população pode ter êxito e principalmente resultados satisfatórios gerando a confiança e adesão às práticas preventivas.

Conhecer o que os enfermeiros têm realizado para evitar aumento na estatística do câncer do colo uterino é fomentar o diálogo sobre as necessidades da mulher, quebrando as dificuldades em relação ao exame citopatológico, assim como abertura para discussão sobre as políticas públicas que estejam voltadas para prevenção do câncer de colo do útero, assim como outros assuntos relacionados à saúde da mulher.

## **OBJETIVO**

Realizar uma revisão integrativa sobre as estratégias que os enfermeiros têm implementado para manter o acesso ao exame citopatológico na prevenção do câncer de colo uterino.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico e baseado em que a literatura tem publicado sobre estratégias para adesão ao exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo do útero.

O propósito de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre o tópico estudado, ajudando nas fundações de um estudo significativo. A revisão integrativa da literatura consiste em um método de pesquisa realizado de forma sistemática, com objetivo de contribuir para o conhecimento investigado, proporcionando uma

investigação que sintetiza e permite conclusões gerais sobre determinada área de estudo, sendo o mesmo tema abordado por diferentes estudos. (SOUZA, SILVA; CARVALHO, 2010).

Esse tipo de revisão contém seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

A formulação da questão norteadora é fase mais importante da revisão pois determinará quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010), o que se deu através da seguinte pergunta:

### **O que as publicações científicas têm evidenciado sobre as estratégias para manter adesão das mulheres na prática do preventivo?**

A busca na literatura, segunda etapa, realizou-se nas seguintes bases de dados: Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literatura Analysis and Retrieval System on-line (Medline), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

As bases de dados foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Sendo utilizados os descritores e suas combinações na língua portuguesa, sendo “câncer de colo do útero”, “papel da enfermagem”, “papanicolau” e “prevenção do câncer de colo do útero”, essa busca contemplou a procura em periódicos e referências descritas nos estudos selecionados.

Os critérios de amostragem tendem a garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. Portanto, o critério de inclusão foi artigos publicados em português em forma de artigos em periódicos nacionais

que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos 10 anos.

O recorte temporal da pesquisa se deu pelo fato de se obter informações e dados mais atualizados sobre o tema escolhido.

Os critérios de exclusão foram teses, livros, editoriais, artigos que não responderam à questão norteadora e às temáticas não estarem nas bases de dados indexadas e as publicações duplicadas.

A terceira etapa constituiu na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, os dados foram organizados utilizando-se da leitura e anotações necessárias a fim de apreender informações consideradas relevantes para atender ao objetivo desta pesquisa e que finalizou com a contemplação da identificação do artigo, ano, objetivo, tipo metodologia, resultado e conclusão.

Na quarta etapa, foi realizada a análise das informações, que consiste na avaliação dos dados catalogados que baseou na incidência do conteúdo e nas características presentes nos estudos selecionados (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Na quinta etapa, apresentação dos resultados, há as informações de cada estudo, que se apresentaram mais relevantes à revisão através de um quadro explicativo e a discussão.

A sexta etapa constituiu na apresentação dos principais resultados obtidos que por sua vez foram analisados segundo a temática deste estudo, possibilitando a construção da discussão dos estudos. Essa etapa é de importância para conhecimento da existência de lacunas na literatura, sugerindo futuras pesquisas científicas.

## **RESULTADOS**

De acordo com a pesquisa realizada na base de dados, foram encontrados um total de 180 artigos que tinham relevância com o tema. Após uma rigorosa leitura e atendendo aos critérios de elegibilidade, o

resultado foi a seleção de 9 artigos que atenderam, na íntegra, o objetivo deste estudo, conforme mostra o fluxograma abaixo:

## Fluxograma 1: Resultado dos artigos na base de dados

Quadro 1 : Quadro de análise dos artigos

Autor	Revista	Tema	Objetivo	Metodologia	Resultados	Periódico
ACOSTA, D. F. et al.	Revista de Enfermagem UFPE online	Vivenciando o exame Papanicolau: entre o (não) querer e o fazer	Analisar a percepção de usuárias de uma unidade de Estratégia Saúde da Família sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino.	Quantitativo	Os enfermeiros devem atuar sobre os bloqueios que afastam as mulheres do serviço de saúde, priorizando a dimensão humanística à técnica.	2017
ALENCAR, M. L. S. MENDES, A. N.; CARVALHO, M. T. S.	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR	Dificuldades enfrentadas para realização do exame ginecológico preventivo	Investigar quais as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realização do exame ginecológico preventivo.	Qualitativo	Os fatores medo, vergonha e desconforto na realização do exame afastam a mulher do serviço. A consulta de enfermagem objetiva todo o ciclo de vida das mulheres de forma integral pautado pelo acolhimento.	2019
AZEVEDO, M. V. C. et al.	Brazilian Journal of Health Review	O papel do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo uterino na atenção primária à saúde.	Promover o delineamento do papel do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo uterino na APS, enfatizando as dificuldades encontradas e as estratégias de superação das mesmas.	Quantitativo	O enfermeiro é importante no processo de prevenção do câncer de colo do útero, com estratégias de superação de entraves com promoção de informações e esclarecimento de dúvidas, construindo vínculos e confiança, quebrando estigmas, tabus e fomentando hábito do autocuidado.	2021
MORAIS, I. S. M. et al.	REAEinf	A importância do exame preventivo na detecção precoce do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura.	Buscar a compreensão do que é o câncer do colo do útero, diagnóstico, tratamento e prevenção, bem como descrever a importância do enfermeiro na efetuação do exame preventivo e elucidar a importância da realização do exame preventivo na detecção precoce do CCU.	Quantitativo	Busca de ações e estratégias para alcançar toda a população feminina, fortalecendo a prevenção do câncer do colo uterino. Práticas que aproximam as mulheres a retornarem à consulta para busca dos seus resultados. Percebe-se, assim, a necessidade de afirmação das ações educativas para o alcance do público-alvo ser maior.	2021
PAULA, T. C. et al.	Enf Foco	Deteção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas	Aprender os saberes de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino por meio do exame de Papanicolau.	Qualitativo	Destaca-se que a falta de conhecimento pode intervir na adesão ao exame de Papanicolau pelas mulheres, destacando-se a importância da prática educativa como ferramenta nessa prevenção.	2019
RIBEIRO, K. K. ROCKEMBACH, A. J.	Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto	Atuação do enfermeiro na prevenção de câncer do colo de útero na atenção básica: revisão integrativa.	Analisar na literatura científica sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de câncer do colo do útero na Atenção Básica com consulta nas bases de dados BDEF, BVS, LILACS e SciELO com resultado final de nove artigos.	Qualitativo	A importância do enfermeiro na prevenção do CCU, evidenciando o método assistencial de educação em saúde e acolhimento das mulheres, visando às consultas de enfermagem e o exame preventivo.	2021

Autor	Revista	Tema	Objetivo	Metodologia	Resultados	Periódico
SANTOS, J. N.; GOMES, R. S.	Revista Brasileira de Cancerologia	Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura.	Identificar estudos sobre sentidos e percepções das mulheres acerca do exame preventivo do câncer do colo do útero.	Qualitativo	Torna-se necessário que os profissionais saibam quais são as dúvidas das mulheres, considerando seus aspectos socioculturais e econômicos, para potencializar o vínculo terapêutico e possibilitar melhor compreensão do significado e da importância do exame.	2022
SILVA, K. S. D. B. et al.	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Prevenção do câncer do colo do útero: avanços para quem? Um retrato da iniquidade em estado da Região Nordeste.	Analisar o acesso ao exame preventivo para o câncer de colo do útero em Pernambuco, entre 2002 e 2015, por meio da cobertura do citopatológico.	Quantitativo	As regiões apresentaram cobertura numa série histórica de exames citopatológicos crescentes, associados às ações nacionais de incentivo e prevenção do câncer de colo do útero.	2020
SILVA, A.; FONTES, R.	Repositório PUC	Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero: revisão integrativa.	Identificar estudos que abordam sobre a assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero.	Qualitativo	Busca de desenvolvimento e estratégias para que as mulheres realizem o exame Papanicolau por meio de informações e orientações.	2020

Fonte: Dos Autores.

## DISCUSSÃO

O entendimento sobre uma doença é uma das principais ferramentas relacionadas à sua prevenção, assim como conhecimento sobre o tratamento e a busca de informações podem contribuir para o caminho da prevenção.

Orientação e educação na saúde são pilares importantes para que a procura pelo exame citopatológico seja aderido pela mulher, na qual o conhecimento sobre sinais e sintomas da doença conscientize-a a realizar o preventivo.

Alencar, Mendes, Carvalho (2019), em seus estudos, evidenciaram os seguintes problemas na perspectiva das mulheres em relação ao exame: vergonha, medo, falta de orientação, constrangimento por expor privacidade; falta de conhecimento ao procedimento e importância, falta de informação que gera tabus e preconceitos.

Morais et al. (2021) evidenciou também que os principais problemas que distanciam a mulher da realização do Papanicolau estão na dor física e no sangramento durante a realização do exame.

Existe ainda um fator importante atrelado ao CCU, que é o grau de instrução das mulheres, em que se pode considerar que, quanto maior o grau de instrução, mais fácil a compreensão das informações sobre as práticas de saúde, podendo assim contribuir para a adesão ao exame Papanicolau. Quando não há uma adesão ao exame, as mulheres tornam-se mais suscetíveis a detectar tardiamente a doença, aumentando assim, as chances de diagnóstico de câncer (RIBEIRO, ROCKEMBACH, 2021).

Existem ainda outros fatores atribuídos pelas mulheres para a não realização periódica do exame, que podem estar relacionados à menopausa e/ou não terem mais vida sexual ativa; nesse sentido, ela se vê fora de risco para câncer de colo do útero, porém não tem a percepção de que pode ter outros cânceres presentes na região da vagina e vulva (PAULA et al., 2019).

É válido pontuar que a atitude de autocuidado, prevenção, manutenção ou tratamento de doenças pelas mulheres podem ser determinadas, muitas vezes, pelas crenças, percepções e suas experiências. As mulheres associam as influências, por conversas sobre sexualidade entre familiares ou amigas, além da idade e da fase reprodutiva, a fatores primordiais para o rastreamento do CCU, como também não terem papel relevante para realização do exame. (PAULA et al., 2019).

A experiência negativa ou cultural e a falta de conhecimento das pessoas no autocuidado podem influenciar na decisão da mulher na procura do exame citopatológico, impedindo a realização das práticas preventivas. O medo de serem acometidas pelo câncer do colo uterino, ou por conhecerem pessoas mais próximas que adoeceram, demonstra que o receio de adquirir o câncer é mais significativo do que o fato de estarem conscientes sobre a importância da prevenção. (PAULA et al., 2019).

Azevedo et al (2021) pontuam que sentimentos relacionados à vergonha e ao medo são comuns, mas o receio de pegar um resultado em que possa haver alteração é um fator que propicia à mulher a não adesão à realização do exame, uma vez que o pensamento que a maioria tem é que fazer o exame pode ser a procura de problema futuro.

Uma das dificuldades das mulheres em realizar o exame está atrelada à falta de um serviço de prevenção, favorecendo, assim, o desconhecimento do principal objetivo da realização do Papanicolau. Isso fortalece o medo em relação ao resultado do câncer, associado ao modo como as usuárias percebem o exame preventivo. Essa percepção ainda pode estar relacionada com os baixos níveis de escolaridade, baixa renda familiar, uso de contraceptivo de barreira, desconhecimentos sobre sinais e sintomas de problemas ginecológicos. (SANTOS; GOMES, 2022).

Os mesmos autores citam ainda que, em muitos casos, existe uma ausência de acolhimento por parte do profissional de saúde, o que também pode contribuir para o aumento dos sentimentos negativos antes, durante e após o preventivo, influenciando diretamente o modo como as mulheres percebem o exame. Acredita-se ainda que a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde pode ser um fator que contribui de forma direta para o distanciamento da mulher ao serviço de prevenção de câncer do colo de útero.

O medo é um dos fatores que está relacionado ao desconforto e à dor no procedimento, enquanto a vergonha pode refletir constrangimento da exposição do corpo, especialmente quando a mulher se vê exposta a profissionais do sexo masculino. Outros aspectos estão relacionados com o difícil acesso à consulta e ao exame, a falta de vaga, o local inadequado, a inflexibilidade de horário para coleta e a falta de humanização no acolhimento. (ACOSTA et al., 2017).

Vale ressaltar que o serviço de saúde prestado à população é regido pela universalidade, a qual é uma das características do SUS, garantindo o acesso ao serviço. Portanto, os profissionais de saúde devem proporcionar caminhos para que o atendimento aconteça em tempo oportuno às necessidades.

Sabe-se que o acesso ao serviço é um dispositivo para o cuidado, então é importante que assim o serviço ofereça condições ao fluxo assistencial; assim, o processo organizacional deve propiciar a

entrada da mulher de forma exitosa para o cuidado da saúde assim como para os exames preventivos.

A enfermagem, no seu âmbito de trabalho, realiza atividades diferenciadas de acordo com a necessidade, com finalidade de alcançar os objetivos precisos realizando suas ações conforme os princípios doutrinários do SUS e contribuindo para que a mulher possa receber atendimento necessário à prevenção ao câncer de colo de útero. (MORAIS et al., 2021).

Programas e estratégias eficazes, campanhas e outras ações para detecção precoce do câncer de colo de útero devem estar voltados para organização pela Atenção Básica de Saúde, no sentido de captar e favorecer o acesso da mulher ao exame citopatológico.

As ações e o planejamento da enfermagem na Atenção Primária frente à prevenção do CCU deve seguir o preconizado pela OMS, principalmente no tocante à prevenção primária, centrada nos fatores de risco e, na prevenção secundária, focada no exame citopatológico e na detecção precoce de câncer do colo uterino e lesões precursoras, efetivando um rastreamento satisfatório e precocemente (AZEVEDO et al., 2021).

Morais *et al.* (2021) enfatizam ainda a importância da consulta de enfermagem como ferramenta essencial de abordagem e conhecimento da população-alvo, onde se pode oportunizar a realização da educação em saúde em relação aos fatores de risco, bem como a prestação de informações sobre o exame preventivo, promovendo, assim, a adesão das usuárias e erradicar possíveis dúvidas e equívocos acerca de sua realização. Pode-se dizer que a consulta de enfermagem precisa ir além da abordagem de problemas e realização de exames, mas também buscar ações participativas, que possuem como objetivo o desenvolvimento do autocuidado.

A enfermagem tem papel de educador e formador de hábitos saudáveis, como também de realizar o acolhimento de forma a enxergar a mulher holisticamente e focar na assistência integral à saúde dela (MORAIS *et al.*, 2021).

Silva, Fontes (2020) pontuam que a equipe de enfermagem exerce uma função importante no cenário atual sobre câncer de colo do útero, uma vez que é ela que está à frente do cuidado; portanto, é essencial que, quando se trata da promoção e prevenção, a comunicação efetiva e acolhedora seja oferecida, para que, através dela, a mulher possa se sentir confortável em realizar o exame preventivo e possua vínculo estabelecido com o serviço.

A equipe pode sinalizar a importância e a necessidade desse procedimento, além de pontuar a sua eficácia na prevenção e detecção precoce do CCU para a mulher que realiza o exame com regularidade. A necessidade de estabelecer ações educativas concretizadas através de palestras, rodas de conversa e orientações individuais, com finalidade à sensibilização acerca da importância da realização do exame Papanicolau desde o início da vida sexual, tem sido o caminho a estimular o comprometimento das usuárias à Unidade de Saúde (SILVA, FONTES, 2020).

Silva, *et al.* (2020), em seu estudo, enfatizam qualidade do material coletado pela equipe como crucial no diagnóstico preciso e adequado para o acompanhamento das mulheres comprometidas. Os indicadores pactuados entre municípios, Estados e União são fatores que devem ser analisados e acompanhados na busca do alcance das metas para uma melhor cobertura dos exames. A diferença entre regiões geográficas pode impactar no acesso ao exame CCU. Portanto, é importante que a equipe compreenda a dinâmica das regiões e relacionem os fatores que contribuem para baixa cobertura, colaborando para estruturação de ações de mudança desse cenário.

A equipe de enfermagem deve ser destacada como de grande importância na prevenção do CCU no contexto da atenção primária, estando à frente através de discussões sobre a temática, que deve continuar acontecendo como mecanismo de incentivar a busca por intervenções cada vez mais eficazes. Tal ação pode contribuir, de forma significativa, para a política de saúde das mulheres e para a prá-

tica de enfermagem baseada em evidências de um cuidado qualificado (RIBEIRO, ROCKEMBACH, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, na prevenção do CCU, deve buscar não só as questões clínicas, mas entender as dificuldades que se tornam barreiras para que a mulher possa chegar até a unidade de saúde. O profissional precisa transformar essa lacuna que possa existir entre o usuário e o serviço.

O profissional de enfermagem deve acolher e esclarecer sobre qualquer dúvida que possa existir sobre câncer de colo de útero, de maneira fácil e compreensível pela qual elas possam compreender sobre a doença em processo e a que predispõe ao risco de adoecer, assim como a exposição à relação sexual sem proteção, sinais e sintomas como dores e sangramentos, ajudando-as a identificar os principais sintomas.

Por isso, enfatiza-se a importância da consulta de enfermagem como ferramenta essencial de abordagem e conhecimento da população feminina. Busca-se a realização da educação em saúde, com ênfase a promover a conscientização dos fatores de risco, além da prestação de informações sobre o exame preventivo, promovendo a adesão das usuárias ao serviço e sanando possíveis dúvidas e equívocos acerca da realização do exame preventivo.

Acredita-se, assim, que a consulta de enfermagem deve ir além da abordagem de problemas e realização de exames, mas sim buscar a promoção de ações participativas, que incentivem o desenvolvimento do autocuidado.

O sucesso na prevenção do CCU pode ocorrer por meio da participação da enfermagem em todos os processos, como a conscientização sobre os riscos do HPV, acesso às informações, agendamentos, busca ativa, consultas ginecológicas, acolhimento humanizado e informações, de modo que as pacientes compreendam a importância do tema.

As ações podem ser compreendidas como fundamentais para o diagnóstico precoce e a diminuição dos índices de mortalidade, considerando que, quando o CCU é diagnosticado na sua fase inicial, a taxa de tratamento e cura são muito maiores, sendo o trabalho da enfermagem fundamental no prognóstico da patologia, quando se utiliza estratégias adequadas em seu processo de trabalho.

Com o objetivo de uma maior adesão aos exames preventivos e, conseqüentemente, redução da mortalidade por CCU, é necessário que a enfermagem atue na atenção primária, favorecendo um melhor acesso das mulheres aos serviços de saúde, com dias e horários alternativos para agendamento, além de atividades educativas e palestras abordando o assunto sobre o CCU e a importância da prevenção e detecção precoce.

A presente revisão integrativa pontua a importância e as atribuições da enfermagem em todo o processo relacionado à prevenção do CCU, evidenciando o método assistencial de saúde e acolhimento como foco nas consultas de enfermagem e exame preventivo, capaz assim de promover ações relevantes na prevenção, no diagnóstico precoce e na criação de vínculos entre enfermeiro, paciente e unidade de saúde, na busca por um serviço acolhedor e humanizado.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F.; DANTAS TS, CAZEIRO CC et al. **Vivenciando o exame papanicolau: Entre o (não) querer e o fazer.** Rev. Enferm. UFPE on line., Recife, 11(8):3031-8, ago., 2017.
- ALENCAR, M. L. S. et al. **Dificuldades enfrentadas para realização do exame ginecológico preventivo.** Vol.26, n.1, pp.75-79. Braz. J. Surg. Clin. Res, 2019.
- ANJOS, E. F. et al. MONITORING OF CERVICAL CANCER CONTROL ACTIONS AND ASSOCIATED FACTORS. **Texto & Contexto - Enfermagem [online].** 2021, v. 30.
- AZEVEDO, M. V. C. et al. **O papel do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo uterino na atenção primária à saúde.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 4, p. 17490-17505, 2021. Disponível em: Acesso em: 09 set. 2021.
- BRAY F. et al. **Estatísticas Globais de Câncer 2018: Estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países.** CA Cancer J Clin 2018;68:394–424. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 12 mar. 2022.

CARNEIRO, C. P. F. et al. **O Papel do enfermeiro frente ao câncer de colo uterino**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 35, p. e1362-e1362, 2019.

INCA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer> (abre em nova janela). Acesso em: 12 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil> Acesso em: 1 maio 2022.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, v. (9), ed. 24, p. 3431-3442, 2019.

MORAIS, I. S. M. **A importância do exame preventivo na detecção precoce do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura**. REAEnf, v. 10, 2021.

PAULA, T.C. et al. **Deteção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas**. Enferm. Foco 2019; 10 (2): 47-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1624/518>. Acesso em: 1 maio 2022.

RIBEIRO, K.K.; ROCKEMBACH, J. A. **Atuação do enfermeiro na prevenção de câncer do colo de útero na atenção básica; revisão integrativa**. Revista de Saúde Dom Alberto, v. 8, n. 1, p. 36-55, 2021. Disponível em: <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesaudedomalberto/article/view/665/646>. Acesso em: 1 maio 2022.

SANTOS, J. N.; GOMES, R. S. **Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura**. Revista Brasileira de Cancerologia v. 68, n. 2, 2022.

SILVA, K. S. D. B. et al. **Prevenção do câncer do colo do útero: avanços para quem? Um retrato da iniquidade em estado da Região Nordeste**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, 633-641, 2020.

SILVA, A.; FONTES, R. **Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero: revisão integrativa**. Repositório PUC Goiás, 2020.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. São Paulo, V.8;n.1, 2010.

## CAPÍTULO 4 - A PRESENÇA DO FAMILIAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Jaqueline Helen Viana  
Arielle de Brito Dias  
Fernanda da Silva Assis

### INTRODUÇÃO

O cenário de assistência à saúde da criança no Brasil tem passado por transformações e está em processo de reorientação para um modelo mais inclusivo, no qual as famílias são convidadas a participarem mais ativamente e sob a perspectiva da integralidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2017).

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) referiu-se aos participantes da prestação de serviços de saúde como protagonistas e responsáveis pelo cuidado voltado à família, posicionando-se como um dos pilares para a humanização da assistência à saúde (BRASIL, 2003). E, em 2016, houve a Lei n. 13.257 que, no art. 12, previu o dever dos estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, de proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, em casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 2016).

As famílias devem ser encorajadas a participar da assistência ao paciente em todos os níveis do cuidado hospitalar. Pensando-se na introdução desse modelo de cuidado no ambiente de emergência, torna-se necessário permitir que as famílias decidam se gostariam de estar ou não ao lado do paciente durante procedimentos invasivos e de reanimação cardiopulmonar (MEKITARIAN; ANGELO, 2015).

O conceito da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e de reanimação cardiopulmonar corresponde à permanência de um ou mais membros familiares em um local com contato visual e/ou físico com o paciente e, na maioria das vezes, são os profissionais de saúde que decidem se a família poderá estar presente na sala de emergência ou durante os procedimentos (MEKITARIAN, 2013).

A literatura mostra que alguns profissionais relatam ansiedade ao atender com a família presente, especialmente os em treinamento, o que poderia afetar sua habilidade e concentração nos procedimentos. Além disso, eles temem que a família retenha memórias estressantes do atendimento, especialmente em desfechos desfavoráveis. Embora não haja evidências científicas para respaldar essas crenças, é um tema amplamente discutido (MEKITARIAN; ANGELO, 2015).

Outro estudo relata que a presença da família na sala de emergência pode trazer desvantagens, como preocupação com a perda de controle emocional da equipe de saúde, falta de espaço físico para acomodar todos e redução de profissionais disponíveis para o atendimento de emergência, afetando o cuidado prestado (BARRETO *et al.*, 2019).

Porém as vantagens da presença de familiares na sala de emergência, de acordo com a literatura, podem estar relacionadas com o fortalecimento do vínculo entre família e equipe de saúde, com a tranquilização do paciente durante o procedimento, bem como com a manutenção da informação à família sobre a condição clínica da criança (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Na pediatria, o conceito de humanização do atendimento está intimamente ligado ao cuidado com a família, sendo compromisso de todos os membros da equipe de saúde considerar o binômio criança/família. Incluir a família no cuidado, como protagonista e corresponsável deste, consiste em uma forma de amenizar a hostilidade do ambiente hospitalar, auxiliando na adaptação da criança a esse meio (SILVA *et al.*, 2017).

Entretanto, a presença do familiar durante os atendimentos de emergências pediátricas ainda é pouco habitual, o que representa um grande desafio para os profissionais desses serviços (SILVA *et al.*, 2017).

Cuidar em pediatria significa envolver a criança e a pessoa significativa para ela. Diante disso, eis a relevância de um estudo que enfoca as vivências da equipe de Enfermagem com a família de crianças internadas durante a emergência pediátrica, tendo como objetivo apreender o modo típico da ação dos profissionais em relação aos familiares de crianças internadas em emergência pediátrica (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 39 profissionais de saúde colaboradores dos setores de pediatria do HCSL, sendo 35 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Desses profissionais, 22 eram técnicos de enfermagem, 2 médicos, 9 enfermeiras, 1 fisioterapeuta e 5 optaram por não especificar sua profissão no questionário.

Dentre eles, 7 possuíam especialização na área infantil, 5 possuíam especialização em outra área, 20 não possuíam especialização e 7 não citaram se possuíam alguma especialização.

Foi informado também que 24 profissionais trabalhavam na instituição há mais de cinco anos, 12 entre um e cinco anos, e 1 há menos de um ano; 2 profissionais optaram por não especificar o tempo de trabalho na instituição.

De acordo com o período de trabalho nas unidades infantis, 11 trabalhavam entre um e cinco anos na unidade de pediatria, 13 há mais de cinco anos, 4 profissionais estavam no setor há menos de um ano e 11 não trabalhavam em setor específico de pediatria, mas atendiam esporadicamente nas unidades de pronto socorro e pronto atendimento.

Com base no processamento de dados pelo Iramuteq, *software* para análise de dados textuais, o *corpus* geral foi constituído por 38 textos, separados em 47 segmentos de texto (ST), com aproveitamento



Em um primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subcorpus. Em um desses, obtiveram-se as classes 2 e 3, que corresponderam a 15,2% total dos segmentos de textos, associando-se às formas relacionadas à percepção e ao entendimento do familiar sobre a emergência (“entendimento”, “familiar”, “percepção”, “doloroso”). Nesse mesmo subcorpus, houve uma segunda subdivisão que englobou a classe 4 com 18,2%, na qual são encontrados os termos mais relativos ao entendimento dos procedimentos executados durante a emergência (“emergência”, “entendimento”), e a classe 5 com 21,2% dos segmentos de textos, relacionados os termos referentes à realidade da cena (“atendimento”, “nervosismo” e “atrapalhar”). No outro subcorpus, a classe 1, com 15,2%, e a classe 6 também com 15,2%, foram agrupados termos relacionados a “querer” e “deixar”, “psicológico”, “esperar”, referentes à escolha do familiar em estar presente durante a emergência e se ele possui condições psicológicas para presenciar a cena.

As classes 1 e 6 destacaram a importância de o familiar demonstrar interesse em participar da emergência:

[...] acho difícil e complicado porque tem alguns pais que, mesmo fora da UTI, já passam mal, imagina assistindo a uma emergência pediátrica; deveriam deixar eles escolherem se vão querer ou não participar de uma emergência, porque eles ficam muito ansiosos e apreensivos com o que o médico e a enfermagem vão fazer. (P15)

Abordam também se o familiar se encontra com preparo psicológico para presenciar a cena, pois se não possuir esse preparo, pode, muitas vezes atrapalhar durante o procedimento: [...] ao meu ver, na hora da emergência, os familiares devem esperar fora do setor para que não atrapalhe a emergência, pois o pai e a mãe não têm psicológico para deixar os profissionais fazerem seu trabalho no momento e podem acabar atrapalhando o atendimento. (P34)

Foi citado também que a presença do familiar pode atrapalhar devido a, muitas vezes, ele estar fazendo uso do celular, podendo fazer

filmagens ou fotografando o procedimento, trazendo desconforto para a equipe e muitas vezes infringindo os protocolos institucionais.

[...] bom, sou contra a participação dos familiares nas emergências por serem leigos e não terem a mesma visão que os profissionais, gerando problemas futuros; quero ressaltar o uso indevido do celular. (P36)

Na classe 3, foram identificados termos referentes a “muito”, “momento” e “doloroso”, que se referem à emergência como uma situação extremamente difícil para o familiar estar acompanhando:

[...] ao meu ver, seria muito doloroso para família, não acho interessante que a ela esteja presente neste momento, só iria atrapalhar, iria causar muito sofrimento, sem contar que iria atrapalhar no serviço prestado ao paciente. (P1)

Nessa classe, as falas ainda abordam que, mesmo sendo um momento muito difícil para o familiar, seria importante a criança saber que ele se encontra presente durante aquele momento difícil, isso traria mais segurança para a criança:

[...] no atendimento para o paciente, este familiar pode interferir no fluxo do atendimento, pois afeta muito com a parte emocional; porém, para a criança, é importante ter um rosto familiar em um momento tão complicado. (P14)

A classe 2 e sua subdivisão, que inclui as classes 4 e 5, discorre acerca de que, muitas vezes, a presença do familiar pode desestruturar a equipe caso esta não esteja totalmente preparada:

[...] a presença de familiar em emergência causa mais nervosismo na equipe, podendo aumentar risco de erro e contaminação; quando tem ocorrência de emergência, pedimos para o familiar se afastar. (P30)

Um aspecto importante que foi observado dentro dessa subdivisão é que há falas em que acham importante a presença do familiar, tanto para se ter uma boa anamnese da criança, quanto para oferecer segurança a ela:

[...] a importância familiar, na minha opinião, traz segurança à criança, concordo com a presença sim. (P27)

É abordada também a necessidade de ter um profissional com preparo para oferecer suporte para o familiar durante a emergência, caso ele queira estar presente durante o momento. Esse profissional acalmaria o familiar e explicaria os procedimentos que estariam sendo realizados.

[...] acredito que é importante a presença da família nesse caso quando esse deseja estar presente, porém esse familiar deve estar acompanhado e assistido por um profissional que possa orientá-lo quanto aos procedimentos realizados para evitar equívocos e ou interpretações errôneas. (P38)

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos profissionais não apoia a presença da família durante urgências ou emergências, alegando que isso pode atrapalhar o trabalho da equipe. Outra pesquisa também constatou que a maioria dos profissionais concorda que a família não deve se envolver nas decisões sobre sua permanência na emergência, especialmente entre os que têm mais tempo de trabalho. Além disso, achados na literatura mostram que a autonomia da família, muitas vezes, é ignorada na tomada de decisões (BECKMAN et al., 2002).

Conhecer as opiniões dos profissionais de saúde sobre a presença da família é crucial para desenvolver estratégias que melhorem o cuidado e o reconhecimento das necessidades das famílias no ambiente de emergência (MEKITARIAN; ANGELO, 2015). Embora o CCPF (Cuidado Centrado no Paciente e Família) e o Estatuto da Criança e do Adolescente apoiem a presença da família junto à criança, na prática clínica, ainda existem lacunas na implementação desses princípios durante emergências ou procedimentos invasivos. Apesar da vasta literatura internacional sobre o CCPF e a participação da família nessas situações, há escassez de pesquisas semelhantes no Brasil (MENDES; GUARESCHI, 2018).

A literatura diz que a permanência de familiares com a criança durante o período de internação é uma forma de esta manter seus registros pessoais e do seu meio de convívio, o que a torna mais segura

e cooperativa com a equipe de saúde, desenvolvendo melhores canais de comunicação e colaborando com o próprio tratamento; lado outro, os familiares poderão apresentar dificuldades em vivenciar situações em que a criança encontra-se em estado grave de saúde, apresentando comportamentos e atitudes que acabam prejudicando o atendimento de emergência (SANTOS *et al.*, 2011).

Porém as crianças são muito dependentes de seus acompanhantes, a compreensão das situações diárias enfrentadas por esses indivíduos, durante o período de internação, permite um maior entendimento entre cuidadores e profissionais (SANTOS *et al.*, 2011).

Estudos mostram que, quando dada a oportunidade, as famílias geralmente optam por permanecer durante o atendimento de emergência e que sua presença facilita o processo de luto em caso de morte, garante uma comunicação mais efetiva com a equipe multiprofissional e permite verificar que foram feitos esforços para salvar a vida do paciente (PORTER *et al.*, 2013).

De outra forma, ainda que existam vantagens com a presença da família na sala de emergência pediátrica, a equipe destacou que a instabilidade familiar pode agravar a situação, uma vez que a ansiedade da família é transferida ao paciente. Além disso, compromete o desempenho e a funcionalidade da equipe, acarretando prejuízo no atendimento inicial, o qual exige agilidade e técnica no processo; e que a presença de um profissional capacitado durante a situação para conduzir o familiar seria imprescindível (SANTOS; DIAS; SILVA, 2020).

A ausência de relação humanizada entre profissionais assistencialistas, especificamente o enfermeiro, no tocante à criança e ao acompanhante, pode alterar o processo de trabalho da equipe de Enfermagem de maneira a trazer repercussões negativas na recuperação clínica da criança, prolongando o período de permanência no hospital, acentuando as suas fragilidades e comprometendo a assistência prestada (NEVES *et al.*, 2016).

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer a visão da equipe multiprofissional em relação à participação do familiar em situação de emergência com a criança e pôde ser visto que os motivos determinantes para que os profissionais excluam as famílias da sala de emergência são relacionados ao desconforto e à insegurança sentidos pelos profissionais ao ter a família ao seu lado durante o atendimento.

Por mais que a literatura mostre a importância da participação dos familiares, que a comunicação e a relação entre paciente, família e profissional são extremamente importantes, vê-se ainda uma resistência por meio dos profissionais.

É importante a criação de um protocolo que aborde questões relacionadas à manutenção de um ambiente seguro para a família e o paciente, além de referenciar a capacitação dos profissionais, inclusive dos membros da equipe, para atender as necessidades da família.

Também é necessário investir na educação permanente dos profissionais em relação a temas como esses, incluindo reuniões periódicas com a equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- SILVA, J. H. da. et al. Permanência de Familiares no Atendimento de Emergência Pediátrica: Percepções da Equipe de Saúde. *Rev. Baiana. Enferm. Salvador*, v. 31, n. 3, s/p. 2017. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217886502017000300302](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217886502017000300302). Acesso em: 6 dez. 2021.
- BRASIL. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 17 out. 2022.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH). 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 17 out. 2022.
- MEKIRARIAM, F.F.P. A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças dos pais e profissionais da saúde. 2013. 132f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de São Paulo. São Paulo. 8 out. 2013. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-140356/publico/francine\\_fernandes\\_pires\\_mekitarian.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-140356/publico/francine_fernandes_pires_mekitarian.pdf). Acesso em: 6 dez. 2021.

MEKIRARIAN, F.F.P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 33, n 4, p. 460-466, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000908?via%3Dihub>. Acesso em: 2 dez. 2021.

AZEVEDO, A. V. S. et al. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, s/p. nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hQ7XwnCP9Sr8Q7cfsDxb4TM/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BARRETO M. S. *et al*. Presença da família durante ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos: uma metassíntese. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 53, e03435, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/LDxcHLxvkdKkRZPKWcBKxzq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 dez. 2021.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1666/107>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BECKMAN, A.W. *et al*. Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision. A survey of emergency physician and nurse attitudes. **Acad Emerg Med**. v. 9, n. 2, p. 254-258, fev. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11825843/>. Acesso em: 17 out. 2022.

MENDES, Leonardo Aparecido Motta; GUARESCHI, Ana Paula Dias França. Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**. v.18, n.2, p. 96-102, dez. 2018. Disponível em: [https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/2238-202X-sobep-18-2-0096/2238-202X-sobep-18-2-0096.x19092.pdf](https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-18-2-0096/2238-202X-sobep-18-2-0096.x19092.pdf). Acesso em: 17 out. 2022.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos *et al*. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 2, p. 473-479, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200024>. Acesso em: 17 out. 2022.

PORTER J. *et al*. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. **Int Emerg Nurs**. v. 21, n. 1, p. 26-34, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23273801/>. Acesso em: 17 out. 2022.

NEVES, Fernanda Guimarães *et al*. Nursing work in pediatric emergency from the perspective of the companion. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>. Acesso em: 17 out. 2022.

# CAPÍTULO 5 - SENTIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE DE UMA CRIANÇA

Jaqueline Helen Viana  
Beatriz Carvalho Almeida  
Beatriz de Oliveira Ferreira

## INTRODUÇÃO

No passado, as pessoas acreditavam que o processo de morrer só ocorria quando o coração parava de bater definitivamente. Na atualidade, a morte biológica é atestada quando cessam as funções cerebrais (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006). Mas, além do aspecto biológico, o ser humano também se baseia no simbólico, pela pessoa que é, que vive e convive e também pelos valores que ela imprime às coisas; com isso, é representada a sua morte, pela ausência que fará para os familiares e socialmente (COMBINATO, QUEIROZ, 2006).

Para alguns profissionais da área da saúde, a morte corresponde à falta de êxito na missão a que se compromissaram. De acordo com Combinato e Queiroz (2006) e Souza, Souza e Souza (2005), quando isso acontece, esses profissionais entendem como um fracasso pessoal e profissional, pois, na formação acadêmica, todos são instruídos a empreender todos os esforços para dar continuidade à vida; com isso, não são preparados para encarar o processo da morte como natural.

A literatura demonstra que o sentimento da maioria dos profissionais diante da morte é de inutilidade ou impotência, pois, além de se tratar de uma preocupação pessoal, isso faz parte do seu cotidiano. Muitos desses profissionais referem-se à sua impotência e frustração diante da imprevisibilidade do processo da morte e seria como se, nesses momentos, estivessem frente à fragilidade da sua existência, recordando seus limites e

vislumbrando a possibilidade de um dia viver a mesma situação que seus pacientes e respectivas famílias. (ALENCAR, LACERDA, CENTA, 2005).

E, quando isso afeta uma criança, os sentimentos tendem a aumentar em uma proporção vultosa, pois, ainda que a morte seja um fato inevitável, é extremamente difícil aceitar que esta aconteça tão precocemente, nos estágios iniciais da vida de um ser humano (MARQUES *et al*, 2013).

Ao se deparar com a iminente morte de uma criança ou adolescente, o profissional enfermeiro é levado a pensar que, em muitas situações, a despeito de todos os esforços empregados, o infante não sobreviverá. Vivenciar tal experiência e todas as dúvidas, inseguranças e incertezas que a permeiam, propicia, por outro lado, a revisão dos conceitos e sentimentos desse profissional acerca da morte, permitindo uma reflexão necessária à construção de estratégias próprias de enfrentamento (MARQUES *et al*, 2013).

## RESULTADOS

Foi realizada análise sociodemográfica tendo como participantes 20 profissionais de Enfermagem, sendo 13 técnicos de enfermagem e 7 enfermeiros.

Desses 20 profissionais de Enfermagem entrevistados, 90% dos respondentes eram do sexo feminino, 45% com idade entre 18 a 30 anos, 50% informaram ter especialização na área da saúde, 50% trabalhavam entre 1 a 5 anos na instituição. O tempo de atuação na unidade pediátrica variou, sobretudo, de 1 a 5 anos (55%).

Após a fase de instalação do programa e seus ajustes necessários para o bom funcionamento, seguiu-se a análise dos dados textuais, que ocorreu em três etapas: 1) Preparação e codificação do *corpus* textual com a descrição, na íntegra, do material oriundo das entrevistas realizadas; 2) Processamento dos dados textuais no *software*; 3) Interpretação dos achados pelos pesquisadores.

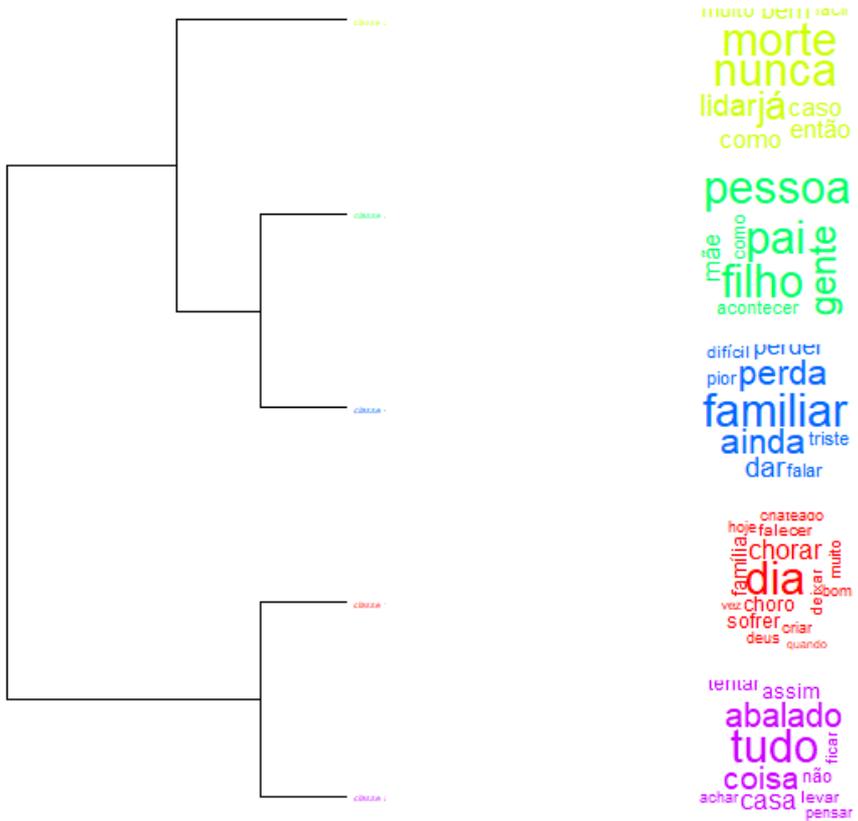
Após codificação dos dados pelo *software* IRAMUTEQ, o *corpus* geral foi constituído por 20 textos, separados em 86 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 69 ST (80,23%). Emergiram 2.911 ocorrências de palavras, 724 palavras distintas e 407 como uma única ocorrência.

Pelo método Nuvem de Palavras, foram identificadas as palavras de maior recorrência, criança (n=51), ficar (n=45), tentar (n=26), sofrer (n=18), dia (n=17), mãe (n=17), conforme destacadas na Figura 1. Dessa maneira, a nuvem de palavras foi um ponto de partida para o processo analítico do *corpus*.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) permitiu a segmentação do *corpus* textual em classes de segmentos de texto (ST) e seus vocábulos, em que foram evidenciadas as ideias centrais advindas das respostas das participantes. Assim, a análise hierárquica reteve 69 ST, classificando 86 deles, obtendo aproveitamento de 88,23% e formando cinco classes, ou seja, cinco agrupamentos de ST que possuem vocábulos semelhantes e correlacionados entre si e distintos dos outros.

No Dendrograma 1, o *corpus* textual se dividiu em dois grupos. O primeiro composto pela Classe 5 em roxo, constituindo 24,6% dos ST, e o segundo pela Classe 2 em cinza, constituindo 21,7% dos ST. A Classe 2 se subdividiu originando a Classe 4 em azul, constituindo 21,7% dos ST, e a Classe 3 em verde, constituindo 15,9% dos ST.

Dendrogramme CHD1 - phylogram



Dendrogramme CHD1 - phylogram

No dendograma, o *corpus* textual dividiu-se em dois *subcorpus*, o primeiro composto pelas classes 1 e 5 e o segundo pela Classe 2 com uma subdivisão originando as classes 3 e 4. Frente ao processamento do *corpus* pelo *software*, é possível compreender que as classes 1 e 5 estão associadas entre si e se opõem, em termos lexicais, às classes 2, 3 e 4. Os segmentos de texto de cada *cluster* foram resgatados e interpretados de forma detalhada, tendo como base os princípios da análise temática, visando compreender seus núcleos de sentido.

O primeiro subcorpus contém as classes 1 e 5: *A morte da criança e a vivência do luto durante a continuidade do trabalho*. A classe 1 apresenta os

segmentos de texto com associação significativa em ordem decrescente, dentre eles os vocábulos destacados ( $p < 0,0001$ ) foram: “dia” e “chorar”. Além disso, outros vocábulos também apresentaram conexidade ( $p < 0,005$ ), dentre eles: “família”, “choro”, “sofrer”, “falecer”, “deixar”. Nesta classe, as respostas dos participantes elencaram diversos aspectos do ambiente laboral em que atuam, apontam que, mesmo com a perda e com o fato de estarem refletindo sobre o ocorrido, tentam continuar o trabalho devido aos demais pacientes que precisam dos seus préstimos.

A morte expõe toda a equipe ao sofrimento, ela representa de fato um trabalho, pois os cuidados da equipe não acabam com o término da vida.

[...] eu sinto muito mas tento não transparecer; quando é um paciente que está há bastante tempo com a gente, nós sofremos muito, o dia não é a mesma coisa, eu tento levar para o lado bom, penso que às vezes a criança poderia ficar sofrendo, penso que Deus sabe o que faz, às vezes vou ao banheiro, choro, mas quando eu volto, finjo que está tudo bem; a equipe fica desestabilizada, mas a gente tenta conversar sobre e se confortar. Quando perco uma criança, eu sofro muito, levo pra casa, choro bastante e, com o tempo, passa (P8).

É possível observar também nessa classe a criação do vínculo com o paciente e a família durante a internação.

[...] quando é uma criança grande, eu fico triste, chateada, mas penso que pode ter sido melhor pra criança, antigamente eu ia embora chorando, ia no velório, hoje em dia não deixo entrar em mim, evito ir muito perto, aprendi a ser mais fria. (P6)

Na classe 5, os segmentos de texto são apresentados com associação significativa em ordem decrescente, dentre eles o vocábulo que mais se destacou ( $p < 0,0001$ ) foi: “tudo”. Com isso, ficou demonstrado, nas falas, o quanto os profissionais apontavam que haviam feito tudo que podiam pela criança antes da sua morte ou até mesmo o questionamento se realmente fizeram tudo que podiam para tentar salvar a criança, bem como que essas questões influenciavam o decorrer do trabalho.

[...] a gente sai depois que tudo, termina, se emociona, se distancia e leva aquilo dentro do coração e tenta buscar forças acreditando em dias melhores e procurar ser um profissional de excelência para atender, procurar diminuir as falhas pra não carregar um sentimento de impotência, de culpa ou rancor. (P5)

O segundo subcorpus é representado pelas classes 2, 3 e 4: *A morte da criança e o impacto no profissional de saúde*. A Classe 2 apresenta os segmentos de texto com associação significativa em ordem decrescente, dentre eles os vocábulos que mais se destacaram ( $p < 0,0001$ ) foram: “nunca” e “morte”.

Na Classe 3, os vocábulos que mais se destacaram ( $p < 0,0001$ ) foram: “pai”, “filho”, “pessoa” e “gente”. E, na Classe 4, os vocábulos em destaque ( $p < 0,0001$ ) foram: “familiar”, “ainda”, “perda” e “sentimento”. Nessas classes, as respostas dos participantes mostraram o sentimento vivenciado pelos profissionais de saúde em relação ao confronto vivenciado diariamente com a morte.

[...] quando perdi um paciente que era criança, fiquei triste, abalada, me senti totalmente sem rumo e quando você perde, você passa o dia com plantão muito pesado, nada flui direito, isso atrapalha o desenvolvimento da equipe, o plantão fica desanimado e todo mundo fica sem rumo, perdido, a equipe não fica estressada, mas fica baixo astral, eu choro muito durante uns 3 dias, depois passa, mas primeiro coloco tudo pra fora e só o tempo ajuda a passar. (P1)

Outra análise realizada através das falas foi o sentimento de comparação entre o profissional com o familiar que estava vivenciando a morte. Nas falas, os profissionais relatam que, no momento em que ocorreu o óbito, colocou-se no lugar do familiar, pensando que aquilo poderia ter acontecido com ele ou ser um familiar dele e que isso, de certa forma, poderia influenciar na sua vida fora do ambiente de trabalho.

[...] a gente tem irmãos, primos, a gente chega em casa e fica abalado, pensando que vai acontecer com nossos parentes, atrapalha nossa vida pessoal e isso não pode acontecer. (P6)

## DISCUSSÃO

As entrevistas revelaram sentimentos e atitudes conflitantes dos profissionais, destacando a complexidade da situação vivenciada. As peculiaridades do morrer na infância também influenciam nas reações dos profissionais, sendo afetados por crenças religiosas, falta de capacitação e experiências pessoais prévias.

A pesquisa mostrou que a morte causa sofrimento na equipe de Enfermagem, devido ao envolvimento afetivo inevitável com os pacientes. O sentimento de impotência pode gerar questionamentos sobre o que poderia ter sido feito para salvar a vida da criança/adolescente sob seus cuidados, trazendo conflitos entre a vida e a morte (COSTA, LIMA, 2005).

Por outro lado, foi notado que alguns profissionais optam por evitar novos vínculos após uma perda, como forma de proteção contra o sofrimento. Pesquisas indicam que familiares procuram confiar no profissional através de procedimentos técnicos e atenção diferenciada (AVELLAR, ROCHA, 2020). No entanto, muitos profissionais vivenciam sentimentos internos, sensibilidade e vulnerabilidade que geralmente são omitidos (OBERENDER, TIBBALLS, 2011).

Especialmente na pediatria, o processo de morte e morrer tende a causar um impacto significativo. Confrontar a morte, especialmente em uma fase precoce da vida de uma pessoa, implica dificuldades de compreensão e aceitação.

A literatura mostra que experiências pessoais, como o nascimento de filhos, modificam a percepção dos profissionais em relação à morte de crianças e influenciam seu enfrentamento (PALDA *et al.*, 2005). Durante as entrevistas, os profissionais relataram que se colocaram muitas vezes no lugar daquele familiar que sofreu a perda, o que gerou sofrimento não apenas no trabalho, mas também em suas vidas pessoais.

Muitos enfermeiros novos na profissão, ao se depararem com esses desafios, podem ficar em estado de choque, pelas pressões das circunstâncias.

Enquanto, em enfermeiros mais experientes, a visão sobre a morte é mais apurada, pela vivência da mesma situação por dias diversos e com diferentes pacientes. Mas o tempo de atuação não exclui o profissional das dificuldades em lidar com a morte dos pacientes (RIBEIRO, FASSARELLA, NEVES, 2020).

Os sentimentos de culpa e frustração foram recorrentes na fala dos entrevistados, que também revelaram impotência diante da finitude. Mesmo aqueles cuja experiência os fez deparar por muito mais vezes com a morte questionaram sua própria conduta. Os sentimentos de dor, pesar, frustração, tristeza e cobrança também foram retratados em outros estudos por profissionais que estiveram na mesma situação (NINA *et al*, 2021).

Foi observado que, em nenhuma fala, os participantes referiram-se a recorrer a terapias ou a outro tipo de ajuda profissional para lidar com tal sofrimento. Passam adiante uma visão em que se pode esconder a realidade, negando e afastando a possibilidade da morte e do morrer, deixando o profissional à mercê de seus próprios sentimentos (BOSCO, 2008).

Para garantir melhor qualidade de vida, faz-se necessário assumir o cuidado de si no âmbito pessoal e profissional, uma vez que esses profissionais podem descarregar seus medos e frustrações no próprio lar como forma de desabafar, fazendo dos familiares válvulas de escape para o sofrimento vivenciado durante sua rotina de trabalho.

Para exercer seu trabalho, os profissionais requerem concentração e, portanto, suas condições físicas e psicológicas devem estar em constante harmonia, tendo em vista que o nível de estresse a que são submetidos na jornada de trabalho torna-se fator predisponente para que o desgaste físico e psicológico se instale, dificultando seu trabalho no dia a dia (BAGGIO, FORMAGGIO, 2008).

Em todas as falas, ao responderem à pergunta principal, os entrevistados discursaram na primeira pessoa no plural, de forma coletiva, mostrando que o sofrimento era algo que acometia toda a equipe. Estratégias são necessárias para proteger contra o sofrimento, mas coletivamente fortalecem a equipe por meio da aliança, diante da resistência do problema enfrentado, para moldar o sentido do trabalho diante do sofrimento.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a importância de se falar sobre a percepção de profissionais de saúde, notadamente os da equipe de Enfermagem, diante da morte de pacientes infantis.

É preciso destacar a importância da criação de programas de capacitação, além de discussões e reflexões, também espaços temáticos que focalizem o preparo emocional e as relações interpessoais que surgem na prática de enfermagem. Para que esses profissionais tenham a oportunidade de expressar preocupações, anseios, medos e satisfação em observar o processo de morte e morrer do paciente pediátrico e desenvolver habilidades e atitudes para facilitar o enfrentamento do luto vivenciado.

Durante a pesquisa, foram encontrados poucos artigos publicados referente à temática dentro da pediatria. Prevaecem, na comunidade científica, estudos que exploram o tema na área de oncologia e em pacientes adultos terminais.

Concluimos, com este trabalho, que é preciso ter um olhar diferenciado para os profissionais de saúde em relação ao enfrentamento da morte da criança, para que aquele profissional tenha suporte emocional para enfrentar situações de sofrimento durante sua jornada de trabalho, sem danos à sua vida profissional e pessoal.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. C. S.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, ago. 2005.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8045>. Acesso em: 11 nov. 2021.

AVELLAR, A.M.F.M.; ROCHA, F.N. Dificuldades no enfrentamento da morte e do morrer por profissionais de saúde: a perspectiva da Psicologia. **Revista Mosaico.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2020.

BAGGIO, M.A., FORMAGGIO, F.M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. **Cogitare enferm.** Curitiba, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11954>. Acesso em: 7 nov. 2022.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v. 65, n. 2, p. 324-331, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BOSCO, Adriana Gonçalves. **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-105509/publico/ADRIANAGONCALVESBOSCO.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2022.

BRÊTAS, J. R. S., OLIVEIRA, J. R. DE., YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. Esc. Enfer. USP.** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477-483, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400005>. Acesso em: 3 jan. 2022.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/PfSWjx6JP7N-QBWhcMBXmnyq/?lang=pt#>. Acesso em: 3 out. 2021.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Lat. Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/psFXRxVWB9pWf4CzBcBhVQ/?lang=pt#>. Acesso em 25 nov. 2021.

MARQUES, C. D. C. *et al.* Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **REME Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 17, n.4, p. 823-830, 2013. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/889>. Acesso em: 27 out. 2021.

NINA, R.V. *et al.* As diversas faces da morte de crianças na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Medicina.** Ribeirão Preto, v. 54, n. 2, p. e-167273, 1 out. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/167273>. Acesso em: 7 nov. 2022.

OBERENDER, F, TIBBALLS, J. Withdrawal of life-support in pediatric intensive care: a case study of time intervals between discussions, decision and death. **BMC Pediatrics.** v. 2011, n. 39. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/39>. Acesso em: 9 nov. 2022.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Lat. Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 2. p. 207-213, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GHNbRjyDzSjy5g9RrkPkrGH/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2021.

PALDA, V.A. *et al.* “Futile” care: do we provide it? Why? A semistructured Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. **J Crit Care.** v. 20, n. 3, p. 207-213, set. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16253788/>. Acesso em: 7 nov. 2022.

RIBEIRO, W.A.; FASSARELLA, B.P.A.; NEVES, K.C. Morte e Morrer na emergência pediátrica: a protagonização da equipe de enfermagem frente a finitude da vida. **R Pró Uni.** Vassouras, v. 11, n. 1, p. 123-128, jan./jun 2020.

# CAPÍTULO 6 - PERCEPÇÃO DA MULHER RURAL SOBRE O EXAME DE PAPANICOLAU

Rita de Cássia Pereira  
Jéssica Pereira da Costa  
Larissa Cristiane Atanzio da Silva

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Câncer de Colo de Útero (CCU), também conhecido como câncer cervical, acomete um quantitativo significativo de mulheres. Estima-se que, no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, houve 16.590 casos novos de CCU, com um risco calculado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Revelou-se, nos últimos cinco anos, que o Brasil foi o sexto país mais incidente do mundo (11.733 casos), o sétimo mais prevalente (33.460 casos) e o quinto país com mais óbitos em todo o mundo (5.244) (BRASIL, 2016).

O câncer do colo do útero é um dos mais frequentes tumores na população feminina e é causado pela infecção persistente por alguns tipos do papiloma vírus humano (HPV). A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau) e são curáveis na quase totalidade dos casos (INCA, 2019).

Atingir alta cobertura no rastreamento da população definida como alvo é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo do útero. Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precu-

soras. O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade (BRASIL, 2016).

Estudos mostram diversos fatores associados à não realização do exame, destacando-se os baixos níveis de escolaridade; a baixa renda familiar; o uso de contraceptivo oral e aspectos relacionados ao serviço de saúde, como dificuldade para marcar consulta, disponibilidade do serviço e demora no resultado. Outros fatores que se destacam e geralmente um dos mais influenciadores é o déficit de conhecimento referente à importância e finalidade do exame e a falta de interesse para realização do exame (SILVA *et al.*, 2018).

Quando a mulher possui conhecimentos e informações adequadas sobre o exame, torna-se possível a realização do autocuidado e mais aproximação delas com os serviços de saúde, pois a falta de informação, o conhecimento errado ou insuficiente, constituem barreiras para a realização de medidas preventivas para a neoplasia cervical.

Compreende-se, nesse contexto, que o profissional de Enfermagem desempenha um papel ativo no incentivo à realização de exames ginecológicos. Salienta-se que o enfermeiro, enquanto profissional do cuidado, deve estar preparado para assumir a responsabilidade de realizar o exame Papanicolau, bem como atividades educativas, a fim de buscar formas de prevenção do CCU e de outros tipos de câncer. Avalia-se, com efeito, que o enfermeiro deve ser capaz de implementar estratégias que aproximem as pacientes do serviço, promovendo um ambiente acolhedor e capaz de estimular o estabelecimento do vínculo entre o profissional e a usuária, resultando na maior adesão ao exame Papanicolau.

As atividades de saúde da mulher, como ação educativa, grupos, roda de conversa, palestras e coleta de exames, desenvolvidas nas áreas rurais, muitas vezes, são limitadas, visto que o horário do trabalho na lavoura, muitas vezes, coincide com o funcionamento das unidades de

saúde. Entende-se que tal fato possa contribuir para a maior exposição ao risco de prevenir doenças, entre elas o câncer de colo de útero.

Pretende-se, como estudo, investigar a percepção de mulheres rurais sobre Papanicolau, bem como os dados sociodemográficos delas.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 20 mulheres rurais usuárias do Serviço de Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais. As participantes (55%) tinham idade entre 18 e 40 anos, 60% informaram não fazer uso de método contraceptivo, 80% possuem filhos, 45% são casadas. Em relação à realização do exame, 100% já haviam realizado e acreditavam na importância da prevenção de doenças. 40% informaram não terem sido orientadas sobre o objetivo da coleta do exame.

As ideias mais frequentes em relação ao conhecimento sobre o exame Papanicolau foram: *“Prevenção do Câncer”*, *“Exame importante”*, *“Serve para cuidar da Saúde Íntima”*, *“É necessário fazer sempre.”*

## DISCUSSÃO

As mulheres participantes do estudo são moradoras da área rural do município, sendo a maioria trabalhadora do setor agrícola.

As faixas etárias variaram de 18 a 62 anos e a predominância foi de mulheres nas faixas dos 41 a 62 anos. Em comparação a estudos anteriores, também foi percebida uma diminuição do percentual de realização do exame de Papanicolau por mulheres com menos de 25 anos e com mais de 30 anos. Isso corrobora o pensamento de que essas mulheres consideram desnecessária a realização do Papanicolau nessas faixas etárias (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Em relação às situações conjugais, as participantes se dividem em solteiras e casadas em maior número. Em estudos semelhantes, a situação conjugal das mulheres foi apontada como fator primordial na adesão à realização do Papanicolau, seja por influência do companheiro ou pela

procura da unidade de saúde para realização de outros procedimentos, o que leva à captação mais fácil desse público pelos profissionais de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

As mulheres com vida sexual ativa tiveram predominância de 90% no estudo. Sendo assim, todas, principalmente aquelas com idade de 25 a 59 anos, devem realizar o exame periodicamente. A periodicidade recomendada é a cada três anos, após a realização de dois exames seguidos, com intervalo de um ano, cujos resultados tenham sido negativos (INCA, 2008).

O início da vida sexual para essas mulheres foi predominante acima dos 10 anos de idade, assim como o relato de múltiplos parceiros sexuais, que foi negado por 95% das participantes. Sabe-se que o começo da atividade sexual precocemente, assim como a multiplicidade de parceiros sexuais, são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Em relação ao uso de métodos contraceptivos, 60% relatam que não fazem uso. O baixo uso de preservativo nas relações sexuais, apesar de a maioria ter parceiro fixo, pode elevar o número de DST, tornando-se fator de risco para o câncer (NICOLAU *et al.*, 2011).

Outro fator refletido no perfil das participantes foi a questão de hábito de vida, como o fumo. Com um fator positivo, 85% afirmaram não ser fumantes, enquanto 15% relatam sê-lo. O tabagismo aumenta o risco para o desenvolvimento do CCU, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia (BRASIL, 2013). Um estudo realizado pela International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer observou que mulheres fumantes, em comparação àquelas que nunca fumaram, correm um risco significativamente maior de desenvolver carcinoma cervical de células escamosas e que esse risco aumenta com o número de cigarros fumados por dia (APPLEBY, 2006).

Fumar expõe o corpo a muitos produtos químicos cancerígenos e tais substâncias prejudiciais são absorvidas pelos pulmões e transportadas na corrente sanguínea por todo o corpo. Além disso, fumar torna as defesas do sistema imunológico, por inativação das células de

Langerhans, menos eficazes no combate ao HPV, agravando ainda mais as chances de infecção (TELES *et al.*, 2009).

Em relação à realização do exame de Papanicolau, as participantes responderam, de forma unânime, já o ter realizado anteriormente. Na pesquisa, foi evidenciado que 15% das participantes não sabem como é realizado o exame de Papanicolau. Um estudo realizado em Teresina, Piauí, evidenciou que as mulheres não estão sendo orientadas de maneira adequada pelos profissionais de saúde quanto ao exame preventivo de câncer de colo uterino e o combate aos fatores de risco durante a realização da assistência. E o enfermeiro, por ser o profissional que geralmente realiza tal exame, deve buscar a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças, por meio de atividades educativas, contribuindo, assim, para prática da enfermagem com qualidade e intervenções diante da realidade observada (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Sobre a forma para qual finalidade serve o exame de Papanicolau, 90% das mulheres afirmaram compreender; apesar disso, apontaram para direções diferentes no que se refere a esse ponto, ficando evidente que, quando solicitadas a responder, foram sucintas e generalizadas na questão de prevenir doenças. Isso mostra que o conhecimento teórico é repassado, porém não é absorvido com clareza, diferentemente do ato de coleta, que é mais prático. Apesar de o câncer de colo uterino apresentar altos potenciais de prevenção por meio do rastreamento oportunístico, ainda existem mulheres que desenvolvem e morrem por esse tipo de câncer no Brasil, pelo fato de desconhecerem a finalidade do Papanicolau (SILVA *et al.*, 2010). Ao desconhecerem a importância de realizar o exame, as mulheres tendem a não associá-lo a uma prática de saúde.

No que se refere à orientação sobre o exame pela Equipe da Unidade de Saúde, 40% das participantes mencionam não a terem recebido. O profissional de saúde atua com a responsabilidade de realizar orientações a respeito do exame preventivo, de forma que as usuárias realmente entendam todos os aspectos que estão relacionados a ele. Essa atitude contribui satisfatoriamente para a periodicidade do exame, devendo estar

aptos para identificar os sentimentos que levam as mulheres a não realizarem a prevenção do câncer do colo do útero e, assim, inserirem práticas de acolhimento e estratégias que auxiliem a mulher a ver o profissional como aliado na busca de uma vida saudável (NASCIMENTO, 2014).

Ressalta-se que, no sentido de dor durante a realização do exame, 95% afirmam que não sentem, que notam um leve desconforto. Para Amorim (2000), as mulheres sentem desconforto físico provocado pelo modo como o profissional realizava o toque vaginal. Portanto, entre os fatores que podem contribuir para a adesão e compreensão acerca da importância da realização do exame preventivo, está possibilitar conforto e orientação à mulher, considerando o encontro como único para cada uma.

Para Alves (2014), o exame preventivo Papanicolau é de extrema importância para a saúde da mulher, visto que este não atua somente na detecção de lesões precursoras de câncer de colo uterino, como também é responsável por detectar infecções como *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.*, *Gardnerella vaginalis*, HPV, entre outras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível indagar qual o conhecimento sobre o exame Papanicolau pelas mulheres rurais que utilizam os serviços da unidade básica de saúde. Na busca por respostas, grande parte dessas mulheres possuem conhecimento sobre o exame de Papanicolau. No entanto, a explicação de como ocorre o exame não se apresenta de fôrme clara para uma parcela delas.

Foi possível perceber, através do estudo, que as participantes ressaltam a importância do exame na busca por problemas ginecológicos, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e consideram o exame preventivo como fator obrigatório.

É necessário que as mulheres compreendam a importância da realização do exame preventivo Papanicolau periodicamente e entendam a necessidade de realizá-lo como método de prevenção e não apenas

quando apresentarem sintomatologia ginecológica. Necessita-se, então, que essas mulheres passem a utilizar o serviço de prevenção como forma de evitar que processos infecciosos evoluam para um quadro mais grave, ocasionando um câncer do colo do útero.

Por fim, o profissional de Enfermagem é de suma importância para a prevenção do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública, pois vem contribuindo para o controle da doença, por meio das ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce, realizadas nos serviços de saúde, ampliando, dessa forma, o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco, de como a doença se desenvolve e a importância da realização periódica do exame preventivo.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Fernanda de Amorim et al. **Incidência das Principais Doenças e Infecções Diagnosticadas Através do Exame Papanicolau no ESF Central - Itapuranga-GO - 2011- 2012.** Revista Faculdade Montes Belos, v. 7, n° 1, 2014.
- APPLEBY, P. e colab. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *International Journal of Cancer*, v. 118, n. 6, p. 1481–1495, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama.** Cadernos de Atenção Básica n.13. [S.l: s.n.], 2013.
- INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019a.
- INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Deteção precoce do câncer.** – Rio de Janeiro: INCA, 2021a.
- INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Prevenção do Câncer do colo do útero** – Rio de Janeiro: INCA, 2021<sup>a</sup>
- NASCIMENTO, RG, Araujo A. **Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres.** *Rev. Min. Enferm.* 2014; 8(3): 557-564.
- NICOLAU, A.I.O. et al. **Perfil sexual de mulheres esterilizadas: comportamentos e vulnerabilidades.** *RENE*, v.12, n.2, p.253-260, 2011.

OLIVEIRA, ACde, Pessoa RS, Carvalho AMCde, Magalhães RdeLB. **Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino.** Rev. Rene. 2014; 15 (2): 240-248.

SILVA, S. E. D. et al. Esse tal Nicolau: **representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino.** Rev. Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 554-560, 2010.

TELES, Cássia Caroline Garcia Dalbem; MUNIZ, Marisol Costa Viegas; FERRARI, Rogério. Artigo Original **Tabagismo Associado Às Lesões Precursoras Para O Câncer De Colo.** v. 7, n. 9, p. 5427-5434, 2009.

VASCONCELOS, Livia Cristina. **Conhecimento de Mulheres a Respeito do Exame Papanicolau.** Minas Gerais/MG. 2017.

## CAPÍTULO 7 - PERCEPÇÃO DO SENTIDO DA VIDA PARA O IDOSO

Rita de Cássia Pereira  
Rafaella Chagas Rambaldi

### INTRODUÇÃO

O atual cenário brasileiro destaca o aumento do número de idosos, principalmente dos idosos longevos, grupo de pessoas reconhecido pela maior vulnerabilidade social, mental e física.

Estudo feito pelo IBGE (2018) ressalta o crescimento do grupo de idosos no Brasil não apenas como usuários dos serviços de saúde, mas também com significativo aumento na inserção do mercado de trabalho mesmo depois de aposentados, ocupando as Instituições de Longa Permanência, e com presença várias comorbidades, mais isolados, com vínculos familiares enfraquecidos, morando nas ruas e com consequentes perdas funcionais.

Quando se busca saber sobre o sentido da vida para esse grupo, nota-se que ele pautado em experiências e vivências sociais, trabalhistas, pessoais e familiares, composta pela adversidade da exclusão social, gerando, assim, pressupostos conceituais sobre a discriminação e a falta de garantia da qualidade de vida (PEREIRA, 2014).

Em estudos de Damásio, Melo, & Silva (2013), o sentido da vida está em todas as práticas sociais, no respeito e na condição de vida exercida pelos idosos; de fato, observa-se, na literatura, que os idosos gostam de se sentirem abençoados (religião), ou seja, sentem-se essenciais, são pessoas com uma jornada brilhante, histórias, práticas, experiências sejam quais forem, mas a percepção em torno deles se referencia na sua organização, coerência, ou lógica, frente à própria existência, em

conjunto com a busca e satisfação de metas significativas ao indivíduo, o que proporciona um sentimento de realização existencial.

Sobre tal conceituação do sentido da vida, podem-se mencionar, na literatura, os fatores essenciais, como qualidade de vida, atividades e práticas cotidianas, saúde, profissão, família, relações interpessoais e possibilidades de serem inseridos socialmente e não, muitas vezes, excluídos de um cenário globalizado e tecnológicos (OLIVEIRA, ROCHA, 2016).

Vários estudos de Damásio, Melo, & Silva (2013), Pereira (2014), Heredia, Cortelleti e Casara (2014), entre outros, salientam que o sentido da vida é uma proposta realizada pela organização, prática e experiência. Em vários casos descritos na literatura, a falta de conhecimento e compreensão sobre tal temática para quase todos os idosos podem levar aos quesitos de saúde individual, e desencadear ainda mais problemas de relações interpessoais, sociais e de saúde.

O processo do envelhecimento é uma fase natural que ocorre ao passar dos anos e é também considerada a última fase do ciclo vital do ser humano. Para compreender como o idoso percebe o sentido da vida, é imprescindível investigar sua história, compreender suas prioridades na vida, como se sente diante dos familiares, já que cada pessoa tem sua maneira de vivenciar todo o ciclo do envelhecimento com direitos, deveres e dignidade.

O interesse pela realização do trabalho foi buscar informações sobre o idoso atual, saber sobre o sentido da vida para essa fase, uma vez que o número dessa população tem aumentado de forma significativa, para, assim propor ações direcionadas a essa faixa etária.

## **DESENVOLVIMENTO**

Foram entrevistados 100 idosos cadastrados na (ESF) Estratégia Saúde da Família, sendo a maioria (66%) do sexo feminino, 41% com idade entre 60 e 70 anos, 43% de 71 e 80 anos, 16% com 81 ou mais. Em relação à escolaridade, 10% se declararam analfabetos, 13% com

ensino fundamental completo, 48% fundamental incompleto, 10% ensino médio completo e 19% com ensino superior completo. O estado civil declarado e a presença de filhos foram: 15% solteiros, 48% casados, 29% viúvos e 8% outros, 88% possuem filhos. 8% são aposentados, mas continuam trabalhando, 66% são aposentados, mas deixaram de trabalhar, 11% recebem auxílio doença. 20% vivem sozinhos em casa, 80% moram com outras pessoas. 53% dos participantes informam que participam de encontros familiares enquanto 47% deles não.

A doença crônica foi informada por 82% dos participantes, em relação à percepção de como está a sua saúde, houve destaque para 45% dos entrevistados que declararam ter uma saúde boa e apenas 21% declararam ter saúde regular. 47% consideraram ter condição de saúde igual à do ano anterior e melhor que a de pessoas da mesma idade, 9% pior do que a de antes. O uso de medicamento foi relatado por 87% dos entrevistados, o que pode ser justificado pela presença de doença crônica. A prática de atividade física é frequente na população estudada (61%).

Onze participantes que responderam que “a vida não tem sentido”; a maioria é do sexo feminino (73%) e viúvas (55%). Em relação à escolaridade, a maioria informou ter estudado até o ensino fundamental incompleto com 46%, a situação atual de trabalho foi relatada como aposentados por 82%. A maioria participa de encontros familiares (55%). A percepção da condição de saúde em relação às pessoas da mesma idade foi que 46% considera pior. Apenas 27% praticam alguma atividade física.

Em relação às ideias mais frequentes sobre qual o sentido da vida após os sessenta anos, destacaram-se as seguintes questões: “*Ter Saúde, Não tem sentido, Amizade, Ser feliz, Trabalho, Viver bem, Vida é muito boa, Ter dinheiro, Amor, Paz, Força de vontade, Morrer, Convivência sadia, Tratar bem as pessoas, Harmonia, Solidão, Viver com resignação, Sabedoria, Passear, Fazer aquilo que gosta, Servir, família, Deus*”.

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou predominância do gênero feminino, resultado que tem sido destaque nos estudos sobre envelhecimento, com a mulher tendo uma expectativa de vida maior que os homens e sendo mais participativa nas questões sociais. A mulher idosa participa mais das atividades cotidianas e grupos sociais, tem mais autonomia, desempenha as funções primordiais e está mais inteirada com a sociedade (EGYDIO, GRAEFF, 2020). A maior longevidade contribui para melhor adaptação em cada fase da velhice, estipulando um avanço no envelhecimento ativo (SOUSA, et al. 2018).

A família aparece como um dos grandes pilares do envelhecimento, sendo citada pela maioria dos entrevistados como a razão de viver. Com base nessa reflexão, subentende-se que a família é parte social da construção de bases sólidas e significativas, bem como do envolvimento e relações interpessoais com os entes, debaixo do mesmo teto.

Ela é importante por se constituir em bases, crenças e desenvolvimento direcionado como pessoa próxima que requer cuidados e principalmente a companhia dos filhos. Contudo, na própria literatura, idosos que foram entrevistados também relacionaram a percepção da imagem de velho que já foi construída pelos dizeres constantes da própria família no ambiente de casa. (ARAÚJO, CASTRO E SANTOS, 2018).

No entanto, os apontamentos de Colussi, Picheler e Grachat (2019) argumentam a necessidade de idosos se sentirem felizes com a família e motivados por serem um grupo que tem vontades e desejos referentes a participar de situações como ajudar a cuidar dos netos, dar conselhos, praticar exercícios, serem independentes, como retornar ao mercado de trabalho mesmo depois de aposentados, de viajar, e até mesmo de reconstruir a vida com um novo companheiro (a); contudo, também há questões mostradas na literatura como até mesmo o abandono da família em Instituições de Longa Permanência.

De acordo com Zanatta, Campos e Coelho (2021, p. 107), percebe-se que as diversas representações sociais da velhice, decorrentes da influência cultural na qual o idoso encontra-se inserido, favorecem que ele possa se relacionar de forma negativa ou positiva com essa fase da vida. No âmbito geral, a exigência de cuidados para com o idoso consolida-se no decorrer do tempo envolvendo a sociedade, tanto como por meio de políticas públicas de assistência e promoção de saúde, o suporte familiar e dos profissionais, quanto como pela implantação de órgãos de direito, como os Conselhos e o Estatuto do Idoso, que visam à garantia dos direitos e deveres pertinentes ao público em questão.

O tamanho da prole, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, e as migrações vão determinando, no crescer das décadas, tipos de arranjos familiares e domésticos, onde o morar sozinho, com parentes ou em asilos, pode ser o resultado desses desenlaces. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua autoestima diante de uma sociedade globalizada e diferenciada por novas gerações (Scherrer Júnior et al, 2020).

O resultado deste trabalho mostrou uma maioria de idosas viúvas e com um conceito de que sua saúde está melhor que as outras da mesma idade, o que pode ser justificado pela afirmativa de se ter a família como principal sentido da vida, tendo nela o amparo para enfrentar situações mais complexas do cotidiano.

A condição de saúde para o idoso vem sempre vinculada à possibilidade de executar suas atividades diárias sem ajuda, de tomar decisões e de não depender dos familiares. Fator de grande relevância numa sociedade que não disponibiliza recursos formais para os idosos mais dependentes, atrelado a não ter, muitas vezes, familiares disponíveis para o cuidado.

Acredita-se que, para os idosos, o fato de estar com a saúde preservada mostra o seu bem estar físico e mental e constante manutenção de sua qualidade de vida.

Os idosos entrevistados informaram, na sua maioria, ter condição de saúde boa, fazer usos de medicamentos e não praticar exercício físico. Sabe-se que o estilo de vida impacta na funcionalidade; o uso de medicamentos atrelado à presença de doenças crônicas são condições comuns na longevidade, bem como determinantes para o bem estar na velhice (TEIXEIRA, CARDOSO, OLSHIK, 2021).

A presença de doenças crônicas aparece, muitas vezes, associada à manutenção da capacidade funcional e pode relacionar com a sua qualidade de vida, uma vez que necessitam de condições de saúde para prover de sua independência. (FIGUEIREDO et al, 2020).

A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos familiares, mas também da sociedade como um todo. À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo (BARBOSA, et al, 2017).

A fé foi citada de forma significativa pelos participantes como um dos principais sentidos da vida. Sabe-se que a valorização de suas crenças em busca de significado para viver potencializa a relevância da espiritualidade para os idosos. Muitos trabalhos mostram que a religiosidade/espiritualidade seriam preditoras de qualidade de vida.

A espiritualidade/ fé, em razão da percepção do sentido da vida para idosos, mostram que a força que eles buscam em sua existência representa noções expressivas em seus sentimentos e ações desenvolvidas no seu cotidiano, através da religiosidade desvelando o fortalecimento em sua vida. (MOURA, et al, 2020).

As transformações físicas, psicológicas e sociais são comuns aos idosos, eles afrontam mais situações de perdas, declínio da saúde, afastamento do mercado de trabalho e eventos não controláveis, em que seu enfrentamento, de um modo efetivo, pode ser adquirido pelo meio das crenças espirituais. Isso porque a espiritualidade satisfaz a necessidade de sentido da vida, mais do que qualquer outra coisa, e assim é alcan-

çada pelos estudiosos como fenômeno importante nessa faixa etária. (ZANATTA, CAMPOS E COELHO, 2021)

O resultado do trabalho em relação ao percentual de entrevistados que disseram que a vida não tinha mais sentido, com destaque para mulheres viúvas, pode ser justificado pelo fato de estarem se sentindo sós, e deve servir de alerta para a equipe de saúde, uma vez que o suicídio entre os idosos tem aumentado de forma significativa. A viuvez nas mulheres idosas pode ser gatilho para presença de quadros depressivo. Elas relatam o medo, a insegurança e o fato de estar sozinha remetem à tristeza e ao isolamento social, aumentando a inferência em relação à viuvez e saúde mental. As estratégias de elaboração de projetos com abordagens coletivas têm se mostrado bem sucedidas (FERNANDES & BORGATO, 2016) na melhora da condição mental dos idosos.

As características associadas à depressão dos idosos, muitas vezes, é associada à necessidade de convivência com os familiares ou a defluência da viuvez, relatam a solidão por consequência de um estado depressivo (GULLICH, et, al, 2016).

A prevalência da depressão, de acordo com Gullinch *et. al*, 2016, são mais evidenciadas no sexo feminino. Segundo os autores, os indivíduos ativos, que buscam constantemente a inserção na sociedade, referindo-se a participações de encontros familiares, grupos religiosos e aumento na prática de atividade física, são beneficiados com a diminuição do quadro depressivo.

Destaca-se a importância de buscar equilíbrio entre fatores físicos, psicológicos, sociológicos, culturais e de desenvolvimento dos idosos, de se ter uma atenção especial para prover cuidados de forma individualizada e holística.

A arte de envelhecer, com todas as mudanças físicas e psicológicas, com os ganhos e as perdas, inerentes ao processo de envelhecimento, com o acúmulo dos anos e com a proximidade da morte, inevitavelmente faz presente a questão do sentido existencial.

A amizade foi citada por apenas 10 participantes como dando sentido à vida. Várias pesquisas mostram que as relações de amizade promovem melhor condição de longevidade. Em estudos de Confortim et al (2022, p. 315), ter relações de amizade, viver bem, ter trabalho e estar feliz têm sido um desafio para os idosos; contudo, salienta-se que:

Nesse sentido, medidas de intervenção que visam identificar as causas preveníveis e/ou tratáveis das doenças crônicas não transmissíveis deveriam ser prioridade das ações governamentais de cunho coletivo, como meio efetivo de alcance do envelhecimento saudável para a crescente população idosa do país.

Viver bem, ser feliz, ter relações de amizade e um trabalho é muito comum para os idosos, cujas habilidades são admiráveis, porque são pessoas que estão buscando o seu espaço na atual sociedade, e também possuem capacidade de viver em família e em sociedade de forma integrada e estrutural (LEMOS, et al, 2022).

Entretanto, evidencia-se, com esta pesquisa, que o sentido da vida para o idoso está ligado, de fato, com a família, a fé, com as questões sociais e com o fato de que o idoso quer estar bem, viver em harmonia, ter saúde, dormir, comer, fazer o que gosta e ter sabedoria. Todos são fatores motivacionais para se sentirem úteis e terem uma vida mais coletiva. A sociedade deve consentir aumentarem as capacidades e a confiança que os idosos necessitam para se habituarem e continuarem autônomos à medida que envelhecem. O enfermeiro tem papel fundamental no reconhecimento das demandas dessa população cada vez mais frequentes nos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

Com a pesquisa, pode-se observar os três grandes pilares na vida do idoso: família, fé e saúde, ressaltando a importância das equipes de saúde estarem fortalecendo os laços afetivos entre os familiares dos idosos, na busca de suporte para os momentos de necessidade de ajuda para os cuidados diários, que, muitas vezes, o envelhecimento pode tra-

zer, oferecendo um serviço de saúde vinculado à busca da autonomia e incentivo ao autocuidado e, por fim, estando atento aos sinais de isolamento social e tristeza, que podem contribuir para uma perda do desejo de viver e manter-se ativo.

É necessário criar políticas públicas de inclusão social; muitos, por terem idade mais avançada, não conseguem desempenhar mais atividades; porém, outros ainda têm uma vitalidade para o trabalho e são motivados, têm postura e conduta, fator primordial e desejado por muitas empresas no Brasil.

A busca para melhorar a capacidade funcional e condição social dos idosos deve ser prioridade na elaboração de projetos nos diferentes setores da sociedade; com isso, minimizam-se os impactos na cadeia produtiva do país. É necessário buscar a manutenção da funcionalidade e diminuir a razão de dependência nas famílias.

Conclui-se, com este trabalho, a importância de se ter na equipe de saúde um enfermeiro com conhecimento amplo das diferentes facetas do envelhecimento, criando um espaço no serviço onde o idoso se sinta acolhido, e possa estabelecer vínculos afetivos que garantam a sua segurança e um acesso à saúde de qualidade, baseado nas suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA KTB, COSTA KNFM, PONTES MLF, BATISTA PSS, OLIVEIRA FMLO, FERNANDES MGM. **Envelhecimento e vulnerabilidade individual**: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [citado em 26 mar 2020]; 26(2):e2700015.

COLUSSI, Eliane Lucia; PICHELER, Nadir Antonio; GROCHOT, Lucimara. Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 22(1), e180157, 2019.

CONFORTIN, Susana Cararo; SHENEIRDER, Ione Jayce Ceola; ANTES, Danielle Ledur; et al. **Condições de vida e saúde de idosos**: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso\*. Epidemiol. Serv. Saude 305, Brasília, 2017.

DAMASIO, B. F., MELO, R. L. P., & SILVA, J. P. **Sentido de Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida em Professores Escolares**. Paidéia, Ribeirão Preto, 2013.

EGYDIO, L. M. B., & GRAEFF, B. (2020). **Mulheres idosas e Cidade Amiga do Idoso: revisão de escopo**. Revista Kairós-Gerontologia, 23(2),499-519. ISSPrint 1516-2567. ISSNc 2176-901X. São Paulo.

FERNANDES, B. L., & BORGATO, M. H. **A Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa**. Revista Kairós Gerontologia, 19(3), pp. 187-204. ISSNc 2176-901X. (2016). São Paulo (SP), Brasil.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. **Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes**. Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli. 2020, Rio de Janeiro.

GULLICH, Inês; DURO, Sueli Manjourani Silva; CESAR, Juraci Almeida. **Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Rev. Bras. Epidemiol. 19 (04) Oct-Dec 2016.

HEREDIA, Vania Beatriz Merlotti; CORTELLETTI, Ivonne Assunta; CASARA, Miriam Bonho. **Abandono na velhice. Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população. O que é?** Jun. 2018.

LEMONS, Larissa da Silva, et al. **Influência de um programa de exercício físico na qualidade de vida em idosos**. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, e8911426964, 2022.

OLIVEIRA, I, Rocha FN. **Resiliência e busca de sentido de vida na velhice frente aos desafios do caminho da existência**. Revista Mosaico. 2016 Jan./Jun.; 07 (1): 04-12.

PEREIRA, I, S. **Consciência Moral Transcendente e Experiência Religiosa na Obra de Viktor Frankl**. Teocomunicação. Porto Alegre, 2014.

SOUSA, NFS et al. **Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional**. Cad. Saúde Pública 2018; 34(11):e00173317.

EIXEIRA Adriane Ribeiro, CARDOSO Mariana de Medeiros, OLCHIK, Maira Rozenfeld. **Idade subjetiva em idosos ativos: estudo comparativo com idade cronológica, aspectos sociodemográficos e autoavaliação de saúde**. PAJAR, Porto Alegre, v. 9, p. 1-9, jan.-dez. 2021.

ZANATTA, Cleia; CAMPOS, Luís Antônio Monteiro e COELHO, Patricia Damiana da Silva. A pessoa idosa e a busca do sentido. Um olhar de esperança. **Rev. Abordagem Gestalt. [online]**. 2021, vol.27, n.1, pp. 104-113.

## CAPÍTULO 8 - ACOLHIMENTO HUMANIZADO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO.

Ana Stela Pereira da Silva  
Jean César de Vilas Boas Gomes  
Millena Ferreira Tatagiba

### INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência (SUE) são considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essenciais na assistência em saúde (SOUSA, K. H. J. F *et al*; 2019). O pronto socorro (PS) é um serviço de urgência e emergência com o principal objetivo de atender qualquer pessoa que o procure, sem agendamento prévio, limites de consulta ou quadro clínico. Tendo o prazo de 24 horas para realização do atendimento (MORAIS JÚNIOR, S.L.A. *et al*; 2019). O crescimento contínuo e superlotação deste serviço está associado a demanda excessiva, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de materiais, aumento do índice de violência e acidente de trânsito (SOUSA, K. H. J. F *et al*; 2019). Além da dificuldade na organização da rede de atenção à saúde, devido à falta de acompanhamento e baixa adesão da população ao tratamento e controle das doenças crônicas. (SILVA, A.D.C. *et al*; 2019)

No Brasil, em 2002 foi recomendado pela primeira vez o sistema de triagem, através da Portaria 2048/GM para promover organização dos sistemas de emergências (MORAIS JÚNIOR, S.L.A. *et al*; 2019). Logo após, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS

– sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal alicerce a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. Ofertando serviços, tecnologias de cuidados, ambientes seguros e harmoniosos que ofereçam conforto e bem-estar aos usuários (SOUSA et al; 2019). Já em 2004 o MS lançou uma cartilha que aponta o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), no qual promove a humanização e melhora na qualidade do atendimento. E a partir de 2014 foi atribuído a Classificação de Risco (CR) que está pautada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução nº 2.077 de 24 de julho de 2014. (MORAIS JÚNIOR, S.L.A. et al; 2019)

A classificação de risco de urgência é, portanto, uma ferramenta que além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. Existem vários modelos de classificação de urgência no mundo, sendo o *Sistema de Triage de Manchester* o mais difundido, pois apresenta cinco níveis de classificação e têm como base sinais e sintomas das vítimas e não escalas de urgências pré-definidas, como os modelos australianos (*Australasian Triage Scale - ATS*) e canadenses (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*), permitindo melhores condições de análise pelos triadores. (DEUS, G.A. et al; 2018)

No âmbito da equipe de enfermagem, a CR e a priorização da assistência nos SUE é uma atividade privativa do enfermeiro, devendo ser realizada por meio do Processo de Enfermagem (PE). Para a operacionalização da CR, o enfermeiro necessita conhecimentos clínicos e habilidades técnicas, gerenciais e de raciocínio, a fim de garantir o rigor técnico-científico necessário à atividade (QUARESMA, A.S.; XAVIER, D.

M.; VAZ, M. R. C.; 2019). Diante do exposto, percebe-se a importância do enfermeiro neste processo. Esse atendimento consiste no acolhimento do usuário, desde sua entrada, responsabilizando-se totalmente por ele, escutando suas queixas, aflições e angústias, assegurando resolutividade e a comunicação com os outros serviços de saúde para o seguimento da assistência, quando necessário. (CÉZAR, S. V.; SOUZA, S. M.; 2021)

Esta temática foi escolhida devido a importância de sua retratação e dificuldades de localizar nas bases de dados conteúdos sobre este tema. Espera-se que este estudo seja utilizado pelos enfermeiros para mudar as concepções e ações sobre o acolhimento humanizado. Sendo definida a seguinte questão norteadora: Qual a concepção dos profissionais de enfermagem ao realizar o acolhimento humanizado juntamente com a classificação de risco no pronto socorro?

Tendo como objetivo geral de sintetizar e identificar a concepção dos profissionais de enfermagem ao realizar o acolhimento humanizado juntamente com a classificação de risco no pronto socorro.

Foi realizado uma revisão integrativa com análise descritiva. As buscas foram realizadas a partir de fontes primárias nas bases de dados: BVS, BDEFN, LILAC, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e SNI. Para desenvolvimento e análise da pesquisa, seguiram-se as seguintes etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES K.D.S; SILVEIRA, R; GALVÃO, C.M.; 2018)

## **METODOLOGIA**

Revisão integrativa da literatura (RI), uma pesquisa de análise descritiva com o intuito de sintetizar os resultados da pesquisa e identificar a concepção dos profissionais de enfermagem ao realizar o acolhimento

humanizado juntamente com a classificação de risco no pronto socorro, verificando a concepção dos enfermeiros.

A primeira etapa foi definir o tema: Acolhimento humanizado na classificação de risco em urgência e emergência e formular a questão norteadora, utilizando a estratégia de PICO, segundo RICHARDSON et al. com “P” correspondendo à problema (classificação de risco); “I” à intervenção (acolhimento humanizado); “C” à comparação (não se aplica, pois esse não é um estudo comparativo) e “O” correspondendo ao desfecho (concepção dos profissionais de enfermagem). Sendo definida a seguinte questão norteadora: Qual a concepção dos profissionais de enfermagem ao realizar o acolhimento humanizado juntamente com a classificação de risco no pronto socorro?

A segunda etapa foi realizar os critérios de inclusão: Texto disponível completo gratuitamente nas bases de dados; idiomas: espanhol, inglês e português; período: 5 anos (2017- 2022) e os critérios de exclusão: Repetidos; não atender o objetivo, artigos que antecedem os cinco anos.

As buscas foram realizadas nas bases de dados: BVS, BDENF, LILAC, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e SNI. Utilizando diversas combinações entre os descritores: Acolhimento; Classificação; Risco; Enfermagem; Humanização e Urgência e Emergência, juntamente com o operador booleano: *and* e *or* para obtenção dos estudos. O período de pesquisa foi de Fevereiro/2022 a Outubro/2022.

Os artigos foram filtrados por título, resumo e texto completo, que responderam à questão norteadora e objetivo da pesquisa. As informações foram extraídas dos resultados de análises e organizadas pelo tema, composta por redução e síntese dos dados relevantes, através do *Microsoft Excel*. Sendo levantada a concepção dos profissionais de enfermagem quanto a humanização no acolhimento e classificação de risco nos prontos socorros.

Foi levantado os níveis de evidências de acordo com uma publicação recente, a qualidade das evidências é classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou

metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. (GALVÃO, C. M.; 2006)

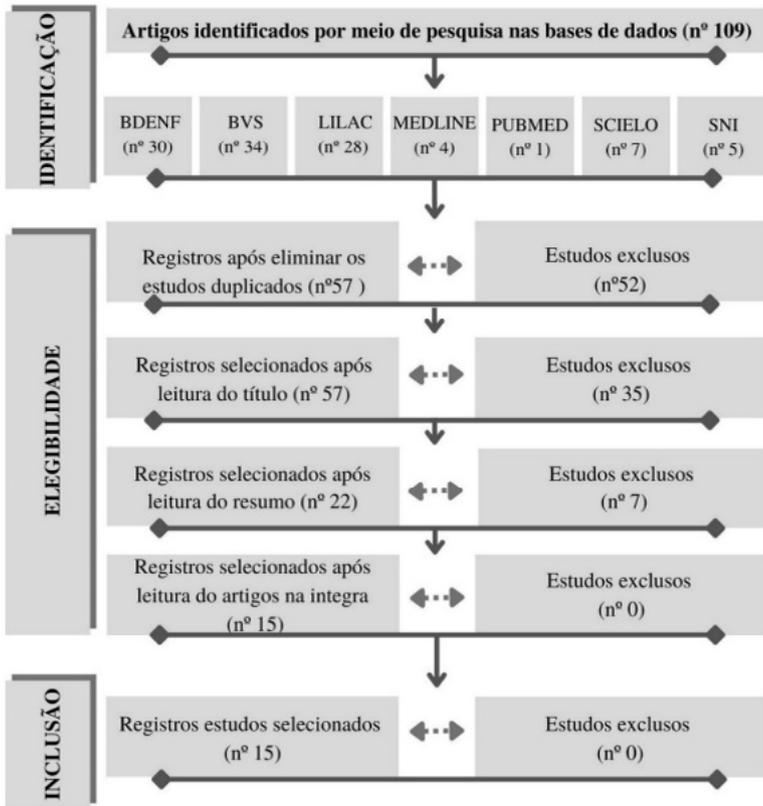
A análise dos resultados consistiu nos agrupamentos dos artigos com os mesmos princípios, levantando e confrontando os dados sintetizados na pesquisa. Sendo possível identificar a concepção dos enfermeiros perante o papel do enfermeiro no Acolhimento Humanizado e Classificação de risco; As aptidões necessárias para exercer este papel; Os obstáculos enfrentados pelos enfermeiros para proporcionar um atendimento de qualidade e A importância da reclassificação do paciente durante o atendimento.

Por se tratar de uma revisão integrativa, esse estudo não necessitou da aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, contudo foram considerados aspectos éticos como a citação dos autores dos artigos selecionados.

## RESULTADOS

A busca inicial resultou em 109 pesquisas nas bases BDENF, BVS, LILAC, MEDLINE, PUBMED, SCIELO E SNI. Destas pesquisas, foram excluídos 52 estudos por estarem duplicados, resultando em 57 estudos. Após foi realizada a leitura do título dos estudos e destes foram excluídas 35 pesquisas, totalizando em 22 pesquisas. Após a leitura do artigo na íntegra foram excluídas 7 pesquisas, totalizando em 15 pesquisas selecionadas, conforme os critérios de inclusão e aplicação da questão norteadora.

*Fluxograma 1 processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos elaborados a partir do PRIS-MA. Minas Gerais, MG. Brasil, 2022.*



Fonte: Dos Autores.

Foi realizado a sintetização dos artigos levantando a concepção dos enfermeiros, através do quadro abaixo:

## QUADRO 1. Características dos artigos selecionados por meio da revisão integrativa da literatura, para construção dos algoritmos.

ARTIGO	TÍTULO	AUTORES / ANO	BASE/ PERIÓDICO	PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS	N.E.C.
E1	O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.	Quaresma, A.S.; Xavier, D.M.; Cezar-Vaz M.R. 2019	REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERM E	O profissional deve ter conhecimentos clínicos e habilidades técnicas, gerenciais e de raciocínio, a fim de garantir o rigor técnico-científico necessário à atividade. / Linguagem clínica orientada para queixas, sinais e sintomas, favorece a identificação do estado geral do paciente e da gravidade ou não de seu quadro clínico; empatia e visão global do serviço e dos recursos nele existentes / Escuta qualificada, raciocínio clínico e agilidade para tomada de decisões, avaliação e detalhamento das queixas e conhecimento da rede assistencial para os encaminhamentos necessários / Conhecimentos acerca das Redes de Atenção à Saúde / As especializações /  Qualificações e o tempo de experiência na área / Atualização dos saberes técnico-científicos e as experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho a visão holística do paciente, de modo que seja considerada sua diversidade, individualidade e singularidade / A superlotação é um problema/ À maior incidência de eventos adversos ao paciente, atrasos no tratamento, altas taxas de mortalidade, prolongamento do período de internação e readmissão hospitalar/ À sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde e aumento no tempo de tomada de decisão clínica. / O desconhecimento acerca da rotina dos setores de exames laboratoriais e de imagem, associado à falta de comunicação entre as equipes médica e de enfermagem resultou em aumento no fluxo de pacientes nos SUE; e em atrasos no diagnóstico e tratamento daqueles que passaram pela CR / A subtriagem ou classificação subestimada e a hipertriagem ou classificação hiperestimada / À falta de capacitação, a presença de queixas e sintomas tidos como “fatores confundidores” e de doenças crônicas.	5
E2	Acolhimento: Percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência	Costa, N.M.R.; Lemos, R.C.A.; Oliveira P.S.; Sgoti, G.B.	BD ENF - BV5, REUFMS	O enfermeiro deve realizar uma escuta qualificada; identificar as necessidades do paciente; tratar o paciente integralmente; cuidado holístico; realizar uma avaliação clínica e priorizar a urgência de acordo com sua gravidade; postura profissional na assistência humanizada; otimização do tempo e na qualidade da assistencial. / Sobrecarga profissional/excesso na demanda/ superlotação/ Falta de funcionários; acolhimento centrado na doença e não abordando o paciente de forma integral; os trabalhadores não conseguem diferenciar o ACR da prática de triagem; desfalque nas práticas diretrizes da PNH integradas as instituições; recepção inadequada e de forma rápida; falta de protocolos e treinamentos; contratação de profissionais desqualificados; atendimento sem recurso da atenção primária; falta de recursos físicos e materiais; estruturas físicas inapropriadas.	6
E3	Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco	Paula, C.E.B.; Ribeiro, R. C. H. M. ; Werneck, A.L. 2019	REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ONLINE	A habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, trabalho em equipe, raciocínio crítico e agilidade para tomada de decisões, além do conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial / Aptidões que lhes garantam sucesso técnico-científico e postura acolhedora e humanizada / A confiança é essencial para se estabelecer um relacionamento terapêutico; um serviço que mostra ações benéficas, segurança e qualidade da assistência reflete a confiança transmitida / O aumento da demanda por esses serviços e a pouca oferta para suprir as necessidades que esse sistema apresenta / A superlotação, que resultam no atendimento rápido e desumanizado / desconhecimento dos pacientes sobre a classificação de risco, que geram conflitos entre usuário e profissional.	6
E4	Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem	Sousa, K.H.J.F.; Damasceno, C.K.C.S.; Almeida, C.A.P.L.; Magalhães, J.M.; Ferreira, M.A. 2019	SCIELO; MEDLINE; REG	O enfermeiro é o profissional capacitado para a realização do ACR; com auxílio da equipe multiprofissional para realização do atendimento; visando uma comunicação eficiente, com troca de informações garantindo a satisfação do usuário; a implementação do ACR torna um atendimento mais ágil e com maior segurança; domínio do conhecimento clínico / Pouca resolutividade da atenção básica, aumentando a demanda do pronto socorro e levando dificuldades na humanização devido superlotação; ausência de referência e contrarreferência-alta demanda e aumento no tempo/resposta; estrutura física inadequada; déficit de recurso de materiais; escuta ineficaz; desconhecimento dos profissionais sobre a PNH; necessidade de educação permanente e treinamentos constantes; falta de espaço para acolher o acompanhante.	5

E5	Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência	Duro, C.L.M.; Lima, M.A.D.S.; Weber, L.A.F. – 2017	LILAC, BDENF, REME	A CR é um instrumento de ordenamento do fluxo dos pacientes de acordo com priorização da gravidade; apoio na assistência, admissão e alta no setor de emergência; tem a finalidade de agilizar a identificação das prioridades e necessidades do paciente para garantir assistência em tempo hábil; o enfermeiro é responsável pela gestão, organização da equipe de enfermagem e dos materiais; exercer uma escuta qualificada das queixas e condições de saúde do paciente para realização da avaliação do paciente como um todo e para tomada das decisões clínicas; uso do saber clínico e da capacidade intuitiva; comunicação eficaz com os demais profissionais de saúde para inicialização de um tratamento seguro; os protocolos são utilizados para dar apoio na decisão; criar possibilidades de evitar conflitos; ter autonomia. O paciente deve ser reavaliado durante o período de espera (processo contínuo); estrutura física adequada para realização do atendimento e para espera do paciente; / Descontentamento do paciente quanto a sua classificação de cores, pois acham que não são priorizados muita das vezes pelas suas queixas e em relação a outros pacientes; falhas nas orientações no fluxo do atendimento; aplicar melhoria nas informações de como funciona o CR; O enfermeiros tem que lidar com situações conflituosas; demora na reavaliação do paciente já classificado; superlotação; os enfermeiros entrevistados ainda não concordam que a CR possibilita acolhimento e privacidade ao paciente; acolhimento precário; número de enfermeiros insuficiente por turnos; demanda em excesso - sobrecarga e desgaste profissional; não terem capacitações periódicas para a utilização dos protocolos; falta de encaminhamento não urgentes para a atenção primária; pacientes com pulseiras azul e verde com atendimentos superficiais.	6
E6	Percepção da enfermagem sobre a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco do serviço de emergência	Droguett, T.C.; Okuno, M.F.P.; Campanharo, C.R.V.; Lopes, M.C.B.T.; Batista, R.E.A. 2018	BDENF; REUFMS	O AACR é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera, promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho dos profissionais de saúde por meio de discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial. / A importância do conhecimento científico do enfermeiro para identificar as reais necessidades de saúde nos serviços emergenciais, sem perder o foco na humanização como fator inerente ao processo de cuidado. / Superlotação, estrutura física inadequada, carência de recursos humanos e sobrecarga de trabalho / falta de encaminhamento dos casos de baixa complexidade à rede básica de saúde; espaço físico inadequado para os acompanhantes e; falta de discussão/ avaliação periódica do fluxo do AACR / A necessidade de reestruturação e monitorização do protocolo institucional	5
E7	Estratégias para fortalecer a humanização dos serviços de saúde de emergência	Erika Maria, E.M.; Mora-Cruz, J.V.; Montañez, R.A.C.; Buitrago, C.Y.B. 2021	BDENF COLNAL LILACS - Rev. cienc. Cidade	A enfermagem deve ter empatia e compaixão para com o paciente, sendo uma das habilidades mais envolvidas no cuidado; promover ações com amor, compreensão, empatia, ajuda e motivação; programa que eduque os colaboradores na sua gestão emocional; Prática de Mindfulness; melhoria na comunicação (soft skills); ter habilidades: cordialidade, gentileza, calor, paciência, tolerância e etc; melhor interação com o paciente; com o recursos humanos adequados, consegue otimizar as responsabilidades do trabalho, impactando positivamente na qualidade da assistência e na segurança tanto dos pacientes quanto da equipe; recuperação ao atender às necessidades emocionais dos sujeitos de cuidado. / Falta de comunicação; deficiência na capacitação da equipe; sobrecarga e estresse no trabalho; fatores relacionados a desumanização na assistência de enfermagem emergencial (segundo pacientes e equipe); dimensão é a dimensão administrativa que afeta o trabalho.	5

E8	<b>Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros</b>	Anguita, M.V.; Sanjuan-Quiles, A.; Ríos-Risquez, M.I.; Valenzuela-Anguita, M.C.; Juliá-Sanchis, R.; Lozoya, R.M., 2019	BDENF / Revista de Enfermagem Referência	a humanização como sendo um conceito multidimensional baseado na relação estabelecida entre o doente/ Família e a equipa de saúde / A implementação de um sistema de gestão e alocação de recursos baseado no modelo do enfermeiro de referência a fim de implementar cuidados de saúde contínuos, individualizados e centrados no doente/família / O enfermeiro deve questionar se presta cuidados de enfermagem de qualidade aos doentes/famílias, baseados em princípios éticos e morais relevantes tais como o respeito, a confiança e a dignidade. / Devem aprender a combinar a competência técnica e a não-técnica, bem como demonstrar interesse e dedicar mais tempo aos doentes/família / A instituição de deve promover programas específicos de formação em cuidados de saúde humanizados e competências não-técnicas que poderão ser analisadas posteriormente / É necessária uma boa coordenação e comunicação com a equipa para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, bem como estabelecer relações de trabalho horizontais, não-hierárquicas e promover a gestão participativa, a resolução de conflitos e a busca de um bem comum / A falta de trabalho de equipe a nível interdisciplinar ou a falta de apoio institucional, estrutural e de gestão pode desumanizar o SU / Esta forma de ser e de estar empática e respeitosa pode ter um impacto negativo na saúde emocional dos profissionais que trabalham diariamente sob níveis elevados de estresse, que enfrentam circunstâncias inesperadas, complicadas e dolorosas, e que são portadores de más notícias / Juntamente com os conflitos e as características do local de trabalho, podem favorecer o desenvolvimento de exaustão emocional ou da síndrome de burnout.	6
E9	<b>A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência</b>	Cézar, S.V.; Souza, J.S.M.; 2021	BVS / LILACS / Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina	Envolvimento administrativos, dos profissionais e usuários do serviço; entendem que o paciente é um ser humano e deve ser acolhido desde a entrada até a saída; que o atendimento humanizado alivia dor e sofrimento, contribuindo para melhora do paciente; desejo de adquirir mais conhecimento sobre o conhecimento humanizado; equipe que demonstra resolver os conflitos do paciente; que mesmo com agitação no setor dá para proporcionar um atendimento humanizado; / Aumento da capacidade do serviço, gerando superlotação, sobrecarga e levando exaustão ao profissional e usuário; necessidade de treinamentos; há uma insatisfação em relação à alta demanda de atendimentos e impaciência por parte do paciente; falta de qualidade no atendimento; acreditam que a enfermagem podem se equivocar na CR; falta de recursos no setor; dificuldades de relacionamento com o usuário; poucos funcionários para a alta demanda; sensibilização dos colaboradores; falta de humanização entre os colaboradores com outros empregados;	6
E10	<b>O Protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência</b>	Moris, L.F.; Arrudadois, C.B.; Xavier, A.T.; Cabral, J.V.B. – 2021	BVS / BDENF Rev. Enferm. Atenção Saúde	o enfermeiro deve ser treinado e acompanhado periodicamente de acordo com a ferramenta de classificação, pois assim este obterá habilitação para o manejo do instrumento e também para aplicação de raciocínio clínico, tornando o processo menos mecanizado e mais humanizado / Assegurando o atendimento às urgências e diminuindo as sequelas e os riscos de agravamento decorrentes do tempo de espera prolongado além de contribuir para que o usuário se sinta seguro / Destacam-se como limitações o tamanho amostral e o fato de o estudo ter sido realizado em apenas um hospital, que apesar de ser referência para emergências clínicas e traumáticas, pode não refletir com exatidão as características de outros serviços de saúde.	5
E11	<b>Vivência de profissionais de enfermagem no respeito aos direitos humanos nas relações de cuidado</b>	Borges, T.P.; Anjos, K.E; Ferraz, M.O.A.; Silva, J.M.Q.; Rosa, D.O.S.; Sobrinho, C.L.N. 2020	BVS / LILACS / BDENF RECOM	Práticas de diálogos e acolhimento; respeito no diálogo; cuidado integral, visando o paciente como um todo; garantir os direitos humanos na prestação do cuidado; proporcionar qualidade no atendimento; desvelando preconceitos; acolhimento ao acompanhante/familiares; perguntar para o usuário sobre o seu estado geral, proporcionando conforto; diálogo e escuta qualificada; informar os cuidados que serão prestados; forma de abordagem ao usuário; favorecer a privacidade, segurança e respeito a autonomia e decisão do paciente; orientar o paciente sobre a recusa dos cuidados; desenvolver habilidades sociais e elevar capacidades de lidar com desafios das suas atividades; ser compreensivo. / Processo de trabalho fragmentado, alta demanda de atendimento e desrespeito aos direitos dos usuários; limitações nos cuidados considerando as limitações físicas e psicológicas do paciente; escassez de profissionais quanto a demanda; sobrecarga de trabalho; inadequação da estrutura física; deficiência de recursos materiais e humanos; ainda a postura autoritária de alguns profissionais.	6

E12	<b>Acolhimento e classificação de risco: Percepção de profissionais de saúde e usuários</b>	Campos, T.S.; Arboit, E.L.; Mistura, C.; Thum, C.; Arboit, J.; Camponogara, S. 2020	BVS; LILACS; Rev.Bras. Promoç. Saúde.	Rede de Atenção às Urgências (RAU) precisa articular suas ações nos três níveis de atenção à saúde / A utilização de protocolos de classificação de risco é benéfica para usuários e equipe, pois padroniza o atendimento, diminui os riscos causados durante a espera e proporciona maior segurança para os usuários / O ambiente de trabalho, o relacionamento interpessoal e a comunicação aspectos fundamentais para o adequado ACCR pelos enfermeiros / Estar atento às possíveis alterações que possam acontecer no quadro clínico. Assim, os sinais de alerta evidentes em alguns fluxogramas e escalas validadas ajudam nessa tomada decisão. / Desenvolvam uma escuta qualificada, a fim de que possam emergir as reais necessidades do usuário na perspectiva do cuidado integral e resolutivo / É pertinente que o usuário seja instruído quanto ao ACCR / A importância do trabalho em equipe, e que o dimensionamento de pessoal possa dar conta das reais necessidades do cotidiano, como o ACCR. Além disso, vale ressaltar que, para o sucesso do atendimento, são necessários recursos humanos em quantidade e devidamente instrumentalizados para o cuidado / É essencial que os profissionais estejam qualificados de forma a imprimir efetividade em sua atuação. Para tanto, entende-se que as instituições precisam desenvolver espaços de formação permanente, de forma a fortalecer a qualidade assistencial ofertada nos serviços de urgência/emergência / Os serviços de pronto atendimento são reconhecidos como "portas de entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por vezes, possuem alta demanda e superlotação / O estabelecimento de rotinas previamente implantadas, a disponibilidade de recursos humanos e o acesso dos usuários aos exames, o que, por vezes, acarreta sobrecarga de trabalho e demora na resolução das necessidades dos usuários / O espaço físico da instituição, que deveria oferecer melhor comodidade para profissionais e usuários / Os principais fatores agravantes para o manejo desse instrumento são a falta de espaço físico, problemas nas relações com a equipe multidisciplinar e dificuldade em efetivar a conduta definida / Os usuários apresentam dificuldade na compreensão do funcionamento do ACCR, visto que gostariam de ser atendidos de acordo com a ordem de chegada ao serviço / A sobrecarga de trabalho e a demora do atendimento ocorrem em consequência de diversos fatores, até mesmo desde o atendimento da ESF, onde, por vezes, os usuários não são atendidos devido à ausência de médicos, sendo encaminhados para a unidade de urgência/emergência do hospital. Essa demora também tende a acarretar a insatisfação do usuário e do profissional / A falta de treinamento pode ocasionar erros no processo de classificação dos usuários, o que pode gerar falsas classificações, colocando em risco a saúde da população que busca esse tipo de atendimento.	5
E13	<b>Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário</b>	Lacerda, A.S.B.; Sauthier, M.; Paes, G.O.; Teixeira, E.R. 2019	BVS LILACS BDENF Rev.Bras. Enferm.	Os enfermeiros são profissionais capacitados para realização da CR; devem possuir conhecimento científico, ético e pessoal; autonomia; comunicação; teoria de Honneth (quando se tem um processo de comunicação efetivo para que dê suporte a uma tomada de decisão consciente que prime a autonomia =, oferecendo dessa forma liberdade e a corresponsabilização no processo do cuidado); reclassificação daquele que está a espera e tem piora no quadro clínico; compreensão e escuta qualificada; utilização dos protocolos; processo de: emissor - mensagem - receptor e feedback; atender a necessidade dos pacientes com acolhimento de forma resolutiva e justa; atendimento com equidade; diálogo permanente; sanar as dúvidas dos pacientes; olhar nos olhos; cumprimentar e ser resolutivo, leva a sensação de acolhimento ao paciente. / Os pacientes não devem ser atendidos por status social, ordem de chegada, ou quaisquer tipos de ações geradoras de conflitos, pois todos devem ser atendidos igualmente. Pacientes contemplados ou não, pelo tempo de espera. Outras categorias jogam que a enfermagem não é capaz da realização da ACCR; má comunicação entre os usuários, profissionais e instituição; reclassificações indevidas; priorização de atendimento com grau de conhecimento ou parentesco.	6

E14	<b>Competências do enfermeiro nos serviços de emergência</b>	Mendonça, A.R.; Queluci, G.C.; Souza, V.R.; Dias, S.F.C.; Jasmim, J.S. 2018	BVS/ BDENF Rev. Enferm. UFPE on line	O enfermeiro é responsável pela ACCR, ofertando um atendimento de qualidade através do conhecimento técnico-científico; agilização no processo de trabalho e otimização no tempo de espera; capacitação para exata atividade é fundamental; liderança, comprometimento, comunicação; suporte institucional, educação permanente e capacitação para os profissionais de saúde, proatividade, relacionamento interpessoal e o saber ouvir, o uso de tecnologias duras (instrumentos, normas e estruturas organizacionais); / Tempo de espera; instituições onde quem faz o ACCR é o profissional de nível médio levando a imperícia no acolhimento e na classificação de risco; insegurança do profissional quanto o uso do protocolo para tomada de decisão; falta de recursos humanos e de materiais; fragilidade no sistema de referência e contrarreferência.	5
E15	<b>O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa</b>	Radaelli, C.; Costa, A.E.K. Pissaa, L.F. 2019	SNI	o objetivo é a redução de filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco; atendimento personalizado visando o paciente como um todo garantindo qualidade no atendimento; atender a todos de forma adequada, com respeito e dignidade; conforto e segurança ao paciente; comunicação, dar atenção ao acompanhante; escuta qualificada; reduzir o tempo de espera; ser proativo; priorizar o paciente como centro da assistência; oferecer treinamento e capacitações aos profissionais; conhecimento técnico-científico. / Dificuldade da parte dos trabalhadores para atuar na política de humanização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe; e, inclusão entre os pacientes, trabalhadores e gestores; desorganização dos serviços de urgência e a falta de critério no atendimento geram a sobrecarga do trabalho, assistência não-qualificada, implicando em prejuízos financeiros ao sistema de saúde; acomodações inadequadas; sobrecarga; falta de interação entre a equipe; estresse; falta de material.	5

Fonte: Dos Autores. Dados da pesquisa, 2022.

Os estudos **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14 e E15** - Citam que o enfermeiro é o profissional capacitado para realização do Acolhimento com Classificação de Risco. E a importância da Classificação de Risco e do instrumento de classificação. Entretanto, no estudo **14** - cita que a classificação de risco realizada por profissional de nível médio, e não o enfermeiro, acarreta a imperícia do atendimento. E o **E1** - cita a subtriagem ou classificação subestimada e a hipertriagem ou classificação hiperestimada como fatores importantes na prática do acolhimento.

As pesquisas **E5, E10, E12, E13** - apontam que os protocolos são utilizados para dar apoio na decisão e criar possibilidades de evitar conflitos, de protocolos de classificação de risco é benéfica para usuários e equipe, pois padroniza o atendimento, diminui os riscos causados durante a espera e proporciona maior segurança para os usuários. Porém, as pesquisas **E3, E5, E9 e E12** - citam o desconhecimento dos

pacientes sobre a classificação de risco como um gerador de conflitos entre usuários e profissionais, acarretando um mau atendimento.

Os estudos **E5, E6, E12, E13** – Ressaltam a importância da reavaliação do paciente durante o período de espera, propiciando informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera. O estudo **E5** - diz que a demora na reavaliação do paciente já classificado acarreta falha no atendimento ideal ao usuário. Já o **E13** - diz que as reclassificações indevidas afetam no resultado do atendimento ideal.

Nos estudos **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E12, E13, E14, E15** - citam que a agilidade no atendimento priorizando o paciente com o grau de risco. Otimizando o tempo de espera. Ofertando um atendimento com equidade. O estudo **E5** - apoio na assistência, admissão e alta no setor de emergência; tem a finalidade de agilizar a identificação das prioridades e necessidades do paciente para garantir assistência em tempo hábil. Já o estudo **E1**, cita uma maior incidência de eventos adversos ao paciente, atrasos no tratamento, altas taxas de mortalidade, prolongamento do período de internação e readmissão hospitalar como resultado do acolhimento realizado de forma errônea.

Nas pesquisas **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E10, E13, E14 e 15** - Citam a importância do conhecimento clínico, pois influencia na tomada de decisão do enfermeiro na classificação de risco. Na **E5**, A capacidade intuitiva também influencia na tomada de decisão e o **E7** - recuperação ao atender às necessidades emocionais dos sujeitos de cuidado. Os **E5, E13, E14** – Relatam a liderança e autonomia na tomada de decisão. Porém os artigos **E1, E2, E4, E5, E7, E9, E12 e E15** - citam à falta de capacitação sendo uma deficiência a ser corrigida pelos profissionais e instituições. Nas pesquisas **E2 e E4** - citam o desconhecimento e a prática da PNH como fator indispensável para um bom atendimento. E na **E14**, cita a insegurança do profissional na tomada de decisão.

Os estudos **E1, E3, E8, E10, E12, E14 e E15** – Relatam a necessidade de treinamento para capacitação dos profissionais, levando a educação continuada. E o **E9** – sobre desejo de adquirir mais conhecimento

sobre o conhecimento humanizado. O **E7** – Programa que eduque os colaboradores na sua gestão emocional.

Nos estudos **E1, E2, E3, E5, E11, E12, E13, E14, E15** – citam que uma escuta qualificada e cuidado holístico, ouvindo o paciente e visando o paciente como um todo e emergindo as reais necessidades do paciente. Já no **E2** - diz que o acolhimento centrado na doença e não abordando o paciente de forma integral acarreta falhas no atendimento humanizado.

Nas pesquisas **E1, E7, E13** – O enfermeiro deve possuir algumas habilidades mais envolvida no cuidado, promovendo ações com amor, compreensão, empatia, ajuda e motivação; cordialidade, gentileza, calor, paciência, tolerância e etc.; para melhor interação com o paciente. Os **E8, E13, E15** diz que baseados em princípios éticos e morais relevantes tais como o respeito, a confiança e a dignidade, sendo prestativo. **E14** – Tendo proatividade e comprometimento. O **E13** diz que é necessário olhar nos olhos, cumprimentar e ser resolutivo, leva a sensação de acolhimento ao paciente. E o **E3** – ressalta que a confiança é essencial para se estabelecer um relacionamento terapêutico.

Os estudos **E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14 e E15** – citam a comunicação e relação entre a equipe multidisciplinar, paciente e acompanhantes. **E9**- Equipe que demonstra resolver os conflitos do paciente; que mesmo com agitação no setor dá para proporcionar um atendimento humanizado. **E13** – levando o processo de: emissor - mensagem - receptor e feedback. **E11, E15** – Dando também atenção e retorno de informações ao acompanhante. Já nos estudos **E1, E7, E8, E13 e E15** - diz que a falta de comunicação entre as equipes impacta nos resultados da classificação de risco. Portanto, nos estudos **E6, E12** – levantam a importância do trabalho em equipe. Mas no **E8** - diz que os conflitos gerados entre equipes e profissionais/ usuários afetam no bom atendimento

**A pesquisa E11** – ressalta a importância de informar os cuidados que serão prestados, a forma de abordagem ao usuário, favorecendo a privacidade, segurança e respeitando a autonomia e decisão do paciente,

orientando o paciente sobre a recusa dos cuidados, desenvolver habilidades sociais e elevando capacidades de lidar com desafios das suas atividades, sendo compreensivo com o paciente nas demais circunstâncias. **E2, E3, E7, E8, E10, E11, E12, E15**- Melhorando a qualidade de vida, proporcionando maior conforto e segurança ao paciente.

Os estudos **E6, E8** – Citam a implantação do cuidado horizontalizado, aumentando a satisfação dos usuários e fomentando a pactuação entre os serviços da rede assistencial. Nos estudos **E2, E6, E10** – Postura profissional na assistência humanizada. Já nos estudos **E11, E15** – Relata a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco. E o **E9** – diz que o paciente é um ser humano e deve ser acolhido desde a entrada até a saída, que o atendimento humanizado alivia dor e sofrimento, contribuindo para melhora do paciente. Mas, os estudos **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9 e E12** - citam a superlotação como um dos obstáculos ao acolhimento humanizado. E o **E6** - cita a necessidade de reestruturação e monitorização do protocolo institucional quanto ao acolhimento humanizado.

A pesquisa **E1** - diz que se deve ter conhecimento da rede assistencial para os encaminhamentos necessários, conhecimentos acerca das Redes de Atenção à Saúde. Já as pesquisas **E2, E4 e E12** - dizem que o atendimento sem recursos e o não atendimento pela atenção primária afeta diretamente no acolhimento. E já as pesquisas **E5 e E6** - diz que a falta de encaminhamento dos casos não urgentes para a atenção primária afeta na sobrecarga dos atendimentos no serviço. Já a **E9**, retrata sobre a superlotação do serviço de emergência.

Os estudos **E5, E7, E8, E12**- Citam o enfermeiro como responsável pela gestão, organização da equipe de enfermagem e dos materiais. Promovendo recursos adequados. Já os estudos **E2, E4, E6, E9, E11, E12 e E15** - dizem que a falta de recursos físicos e materiais afetam no bom atendimento dos usuários. E os **E7 e E8** - citam a má gestão implicam no bom funcionamento do serviço.

A pesquisa **E14** – Cita o suporte institucional, envolvendo normas e estruturas organizacionais. E a **E5** – a importância de uma estrutura física adequada. Nas pesquisas **E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E11, E12 e E15** - citam à sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde e aumento no tempo de tomada de decisão clínica sendo um dos agravantes para uma boa classificação de risco. Já as pesquisas **E2, E5, E6, E9, E11 e E14** - diz que a falta de funcionários afeta diretamente na classificação de risco. E a **E15** - diz que a desmotivação, baixos salários e estresse afetam diretamente no atendimento de qualidade ao usuário.

## DISCUSSÃO

A revisão integrativa da literatura permitiu identificar 15 artigos que falavam sobre acolhimento humanizado e classificação de risco nos prontos socorros e que a enfermagem tem um grande destaque atuando como principal profissional para realizar o acolhimento humanizado e classificação de risco, percebe-se uma diminuição de trabalhos publicados no Brasil em relação a esse tema nos últimos 5 anos.

*As limitações deste estudo foram a realização em centro único, a utilização de protocolo desenvolvido localmente e a dificuldade de encontrar literatura sobre a temática, o que limita a comparação com outros estudos e que pode dificultar a generalização dos resultados para outras populações e regiões do país. (DROGUETT.C. et al, 2018).*

O objetivo deste estudo é levantar a concepção dos enfermeiros no acolhimento humanizado e classificação de risco nos prontos socorros. Os achados sobre a concepção dos enfermeiros foram divididos em 04 subtemas, discorrendo o primeiro sobre **o papel do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco**.

O enfermeiro é o profissional mais capacitado para a realização do ACR, utilizando instrumentos para a realização desta classificação. No entanto, na concepção dos enfermeiros, o maior desafio é realizar

um atendimento humanizado, rápido e eficaz que proporcione qualidade e segurança ao paciente.

*Segundo SOUSA, K.H.J.F et al; 2019, o enfermeiro é um dos principais atores do ACR, com enfrentamentos importantes no processo de trabalho cotidiano em virtude e problemas complexos estruturais de gestão que ultrapassam o seu poder de resolução e governabilidade. A classificação de risco proporciona humanização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar, pois possibilita mais agilidade no atendimento mediante aplicação de instrumentos de avaliação prévia que permite ao profissional selecionar com mais segurança as prioridades centradas nas necessidades dos usuários de acordo com o nível de complexidade clínica.*

Ao descrever o segundo tema **as aptidões, qualificações e conhecimento técnico-científico** para concretizar um atendimento humanizado com acolhimento e classificação de risco são necessárias algumas qualificações como conhecimento técnico-científico, capacidade intuitiva, tomada de decisões e educação continuada. Mas também são necessárias algumas aptidões como empatia, compreensão, gentileza, paciência, tolerância, entre outras. Combinado com uma escuta qualificada e facilidade na comunicação, visando o paciente como um todo.

*Segundo QUARESMA, A.S.; XAVIER, D.M.; VAZ, M.R.; 2019, para a operacionalização da CR, o enfermeiro necessita conhecimentos clínicos e habilidades técnicas, gerenciais e de raciocínio, a fim de garantir o rigor técnico-científico necessário à atividade. Sua linguagem clínica orientada para queixas, sinais e sintomas, favorece a identificação do estado geral do paciente e da gravidade ou não de seu quadro clínico. Além disso, outras características do enfermeiro contribuem para sua atuação no contexto da CR. São elas: empatia e visão global do serviço e dos recursos nele existentes. A demais, para que consiga avaliar o estado geral do paciente, identificar os fatores associados ao seu quadro clínico e classificar sua prioridade de atendimento, o enfermeiro necessita das algumas habilidades. São elas: escuta qualificada, raciocínio clínico e agilidade para tomada de decisões, avaliação e detalhamento das*

*queixas e conhecimento da rede assistencial para os encaminhamentos necessários. Para desenvolver melhores relações interpessoais com o doente/família, os profissionais de enfermagem no SU (Serviço de Urgência) devem aprender a combinar a competência técnica e a não-técnica, bem como demonstrar interesse e dedicar mais tempo aos doentes/família. Para este efeito, a instituição deverá oferecer programas específicos de formação em cuidados de saúde humanizados e competências não técnicas que poderão ser analisadas posteriormente (ANGUITA M.V et al, 2018).*

*Segundo MENDONÇA, A.R et al; 2018 a atividade de ACCR oferece uma oportunidade de destaque e valorização para o enfermeiro, porém, é necessário que este esteja apto para executar suas funções de forma segura ao cliente. Para isso, são necessários treinamentos e atualizações contínuos para que haja entendimento máximo sobre o protocolo do ACCR e a articulação com os demais profissionais de saúde envolvidos. Conclui-se que uma estratégia eficaz para diminuir a lacuna do despreparo dos profissionais e fragilidade do fluxo do ACCR é investir na formação do enfermeiro desde a graduação por meio de situações-problemas que o aproximem da realidade que será vivenciada na prática assistencial. Assim, o enfermeiro terá a oportunidade de desenvolver o senso crítico concomitante às competências e habilidades necessárias para um atendimento eficaz e resolutivo.*

*Já nesse estudo (PABON-ORTIZ E.M. et al; 2021) aponta por outro lado, a competência na compaixão permite identificar e compreender o sofrimento do outro e ajuda a melhorar o desejo de mitigar e acabar com a dor, pois são promovidas ações com amor, compreensão, empatia, ajuda e motivação; atitudes que são importantes em todos os momentos da vida dos sujeitos do cuidado. Essas habilidades contribuem para todo o processo de intervenção em saúde, pois melhoram o cumprimento do plano terapêutico, bem como o alcance do tratamento. Nesse sentido, as habilidades presentes no enfermeiro são: cordialidade, gentileza, calor, paciência, tolerância, etc.*

*Esse acolhimento deve ser baseado na escuta qualificada, identificação de necessidades, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro e do trabalho em equipe. Esse outro estudo aponta que a assistência de enfermagem possibilita diálogo com o ser cuidado, visto que o vínculo entre profissional e usuário é fator importante no cuidado. Essa necessidade de diálogo desvelado pelas participantes deste estudo se relaciona com o fortalecimento das tecnologias leves no cuidado em saúde, como uma premissa que alcança os serviços de urgência e emergência e constitui-se em formas de assegurar a relações de confiança e comunicação efetiva. (BORGES T.P, ANJOS K.F., FERRAZ M.O.A. et al; 2020)*

No terceiro subtema ***os obstáculos enfrentados pelos enfermeiros para proporcionar um atendimento de qualidade***, encontram-se a superlotação, sobrecarga profissional, falta de estrutura física e materiais adequados, falta de conhecimento e orientação dos pacientes quanto a importância da classificação e o tempo estimado de espera, falta de recursos humanos e apoio das estruturas organizacionais, má gestão, e principalmente a falta de conhecimento das redes assistenciais, para amenizar a superlotação e realizações dos encaminhamentos necessários.

*Nesse outro artigo também destaca a avaliação precária da qualidade dos serviços hospitalares de emergência pode ter relação com a realidade das instituições de saúde brasileiras, muitas vezes caracterizadas por superlotação, estrutura física inadequada, carência de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, resultando em avaliações baixas obtidas naquela pesquisa para com os itens: falta de encaminhamento dos casos de baixa complexidade à rede básica de saúde; espaço físico inadequado para os acompanhantes e; falta de discussão/ avaliação periódica do fluxo do ACCR.*

*(DROGUET T.C et al, 2018).*

*A maioria dos usuários que utiliza os serviços de emergência não conhece como funciona o ACCR, fazendo com que conflitos sejam gerados entre o profissional e o paciente. Viu-se que, além do tempo otimizado para o atendimento daqueles que apresentaram quadros clínicos considerados mais graves, o dispositivo de ACCR deve servir*

*de subsídio para que os profissionais, mediante a classificação e o monitoramento do risco de cada usuário, forneçam informações sobre o tempo previsto para o atendimento que, segundo a classificação, apresentam quadros clínicos menos graves. Deve-se, dessa forma, o ACCR ser utilizado como potencializador para que os profissionais, por meio dessa classificação, consigam monitorar os usuários de acordo com o risco, alertando sobre o tempo de espera previsto para o atendimento para aqueles que foram classificados em cores com quadros clínicos menos graves, pois todas essas informações são importantes e ajudam os usuários e familiares a se sentirem mais seguros e menos ansiosos. (PAULA, C.F.B; RIBEIRO, R.C.H.M; WERNECK, A.L; 2019)*

*De acordo com COSTA, N.M.M.R et al; 2018, a falta de recursos físicos e materiais é obstáculo para a prática do acolhimento. Estas são alterações estruturais e organizacionais importantes. No entanto, é indispensável investir cada vez mais no campo das relações interpessoais e no fortalecimento dos recursos humanos. Dessa forma, acredita-se que o acolhimento promove a (re)significação de atitudes e olhares.*

*Por fim QUARESMA, A.S.; XAVIER, D.M.; VAZ, M.R.; 2019 citam que é importante que o enfermeiro atuante na CR tenha conhecimentos acerca das Redes de Atenção à Saúde. Esse conhecimento facilita o encaminhamento contra referenciamento dos pacientes com quadros clínicos de baixa complexidade aos serviços adequados para a solução de suas necessidades de saúde.*

Outro desafio é administrar o tempo, com os eventos de rotina da unidade, gestão do setor, solicitação dos materiais, orientações aos pacientes e acompanhantes, comunicação, orientações e treinamento da equipe, já que o enfermeiro deve prestar o cuidado desde a entrada até a *saída do paciente*.

*Além disso, foi consenso que a CR organiza o trabalho dos enfermeiros e do serviço de urgência, reforçando que os enfermeiros realizam a gestão clínica dos pacientes, organizando a equipe de enfermagem e os recursos e materiais do serviço. É necessária uma boa coor-*

*denação e comunicação com a equipa para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, bem como estabelecer relações de trabalho horizontais, não-hierárquicas e promover a gestão participativa, a resolução de conflitos e a busca de um bem comum. (DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S.; WEBER, L.A.F.; 2017)*

*E fornecer informações aos usuários sobre os cuidados e serviços propiciam aproximação e subsídio para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento. (BORGES T.P, ANJOS K.F., FERRAZ M.O.A. et al; 2020).*

*MENDONÇA, A.R et al; 2018, sugerem, ainda, a implantação de um programa de capacitação que contemple o desenvolvimento de competências incluindo estratégias de melhoria da comunicação entre os membros da equipe, entre a equipe e o usuário e, também, deste com os seus familiares. Compreende-se que uma capacitação que siga esse viés irá preparar a equipe multidisciplinar envolvida no ACCR no desenvolvimento de habilidades requeridas para o atendimento e, também, nos aspectos condizentes ao preceito de humanização.*

No quarto e último subtema ***a reclassificação do paciente no período de espera***, DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S.; WEBER, L.A.F.; 2017, descreve que a reclassificação dos pacientes na fila de espera deve ser contínua, pois podem ter alguma alteração nos quadros clínicos durante o tempo de espera. Assim, priorizando a necessidade do paciente, evitando agravamento do caso e óbitos. Porém há relatos, de demora neste período de reavaliação, devido a superlotação e sobrecarga profissional.

*Os pacientes necessitam de atenção, também, durante o período de espera por atendimento, devido à possibilidade de piora ou deterioração da condição clínica ou, ainda, exacerbação de sinais e sintomas inicialmente despercebidos na CR. Pesquisa internacional indica que a reavaliação pela triagem, no departamento de emergência, baseado na priorização do paciente, deve ser um processo contínuo. No entanto, sinaliza que os pacientes na sala de espera podem ter de aguardar tempos prolongados entre avaliações, levando a resultados indesejáveis. A demora na reavaliação do paciente já*

*classificado, que aguarda por atendimento médico está relacionada à superlotação do serviço e conseqüente aumento na demanda de trabalho. Dessa forma, o enfermeiro terá de amparar sua conduta na CR, em protocolos institucionais, para que não haja nenhum dano ao seu exercício profissional. (DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S.; WEBER, L.A.F.; 2017)*

Para ofertar um atendimento humanizado com a classificação de risco, demonstrando equidade, evitando conflitos, otimizando tempo, melhorando as condições de saúde e vida, reduzindo o número de óbitos dos pacientes, não é tão simples.

Os enfermeiros precisam de um apoio institucional, para melhoria deste fluxo, contratando mais profissionais de enfermagem para auxílio da demanda, tendo apoio da atenção primária para redução da superlotação, promovendo educação continuada a equipe e uma boa relação entre os profissionais que possam levar a segurança e qualidade no atendimento tão esperado por todos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando iniciou a pesquisa constatou-se que havia uma grande dificuldade de localizar nas bases de dados estudos sobre o tema: acolhimento humanizado e classificação de risco nos prontos socorros, devido a diminuição de publicação nos últimos 5 anos desta temática.

Diante disto a pesquisa teve como objetivo geral a concepção dos profissionais de enfermagem ao realizar o acolhimento humanizado juntamente com a classificação de risco no pronto socorro. Constatou-se que o objetivo foi atendido, porque o estudo conseguiu identificar a concepção dos enfermeiros perante o seu papel no Acolhimento Humanizado e Classificação de risco, as aptidões necessárias para exercer este papel, os obstáculos enfrentados e a importância da reclassificação do paciente durante o atendimento.

Como problema encontrado os enfermeiros citaram a falta de capacitação e treinamento específico para que a realização do Acolhi-

mento e Classificação de Risco seja mais humanizada. Porém existem algumas barreiras como: a falta de conhecimento-técnico, a insegurança e a falta de intuição para realização desta classificação. Percebe-se que além disso, falta o olhar mais humanizado durante o atendimento, uma comunicação eficaz, uma escuta qualificada, olhos nos olhos durante a conversa, visando o paciente como um todo.

A maioria dos pacientes que vão para o serviço de urgência e emergência, encontram-se em momento de dor e frustração por estarem com sua saúde prejudicada, portanto o acolhimento humanizado é a esperado por todos que buscam este serviço. Levar um atendimento com empatia, equidade, compaixão e gentileza é o mínimo que o enfermeiro pode oferecer. Por fim, um fator importante na resolutividade dos problemas seria uma boa comunicação entre enfermeiro e paciente, onde, além do profissional ouvir com qualidade e investigar a fundo as causas de terem levado o paciente até o serviço de saúde, também esclarecer o paciente sobre seu diagnóstico, motivos, tempo de espera e reclassificação após determinado período conforme sua situação atual.

Como desafio para a prestação de um serviço de qualidade aos pacientes, temos que, além de realizar a Classificação de Risco o enfermeiro tem que lidar com questões de gerenciamento e estruturação, que poderiam ser solucionadas pela instituição, sendo assim necessária a equidade entre o serviço do enfermeiro e da instituição. Assim como também, tendo-se uma boa comunicação e equilíbrio entre as redes de apoio, garantiria a fluidez dos serviços e equilíbrio das demandas, tanto para um, quanto para o outro. Contudo, o enfermeiro poderia utilizar mais de suas capacidades e de seu tempo para prestar um atendimento mais direcionado ao paciente com uma escuta mais qualificada e precisa, evitando-se deixar passar detalhes específicos que poderiam agilizar o processo, agindo direto na causa e amenizando tempo de espera.

Além da dificuldade de encontrar estudos sobre a temática, teve-se como limitações para desenvolvimento desta pesquisa, reuniões mais fre-

quentes com todos os envolvidos. Pois foram realizadas algumas reuniões presenciais com alguns dos membros envolvidos e utilizadas ferramentas eletrônicas para as reuniões em conjunto, conversas, realização e montagem da pesquisa e aprovações sobre todas as abordagens da pesquisa.

Espera-se que este estudo seja utilizado pelos enfermeiros para mudar a concepção e ações sobre o acolhimento humanizado. E que se alcance maior apoio institucional para melhoria das condições de trabalho, redução da sobrecarga profissional, implementação de atividades ocupacionais que diminuam o estresse e incentivo aos enfermeiros em busca de capacitações e aperfeiçoamento das técnicas para proporcionarem melhorias no acolhimento humanizado e classificação de risco.

Conclui-se que o enfermeiro sendo o único profissional habilitado para realização da Acolhimento e Classificação de Risco, temos em vista que tanto o profissional quanto a instituição, deveriam investir mais em habilidades e estruturas para que o serviço prestado seja realmente de qualidade e humanizado, olhando para o paciente como um todo, usando-se também da empatia e paciência.

Recomenda-se um maior aprofundamento neste assunto para identificar novas informações. E que sejam desenvolvidos novos estudos sobre as temáticas: Melhorias na comunicação e interrelações dos profissionais de enfermagem. Implementações a serem realizadas pelas instituições para evitar a sobrecarga profissional. Gestão em Enfermagem: Melhorias no fluxo de tarefas da unidade. Os tipos de estrutura adequada para acomodação do paciente no acolhimento humanizado.

## REFERÊNCIAS

ANGUITA, M. V. *et al.* **Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. série IV, n. 23, p. 59-68, dez. 2019. Disponível em: <[http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087402832019000400007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832019000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 out. 2022. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>.

BORGES, T. P. *et al.* **Vivência de profissionais de enfermagem no respeito aos direitos humanos nas relações de cuidado.** RECOM, [S. l.], v. 10, 2020. DOI: 10.19175/recom.v10i0.4052. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4052>>. Acesso em: 4 out. 2022.

CAMPOS, T. S. *et al.* **Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários.** Rev Bras Promoç Saúde, [S. l.], v. 33, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.9786. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9786>>. Acesso em: 4 out. 2022.

CÉZAR, S. V.; SOUZA, S. M. **A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência.** Semina Ciências Biológicas e da Saúde v.42 n. 1: 81. DOI: 10.5433/1679-0367.2021v42n1p81. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/349654325\\_A\\_visao\\_da\\_enfermagem\\_sobre\\_o\\_atendimento\\_humanizado\\_no\\_setor\\_de\\_urgencia\\_e\\_emergencia](https://www.researchgate.net/publication/349654325_A_visao_da_enfermagem_sobre_o_atendimento_humanizado_no_setor_de_urgencia_e_emergencia)>. Acesso em: 04 out. 2022.

COSTA, N. M. M. R. *et al.* **Acolhimento: percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência.** Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 576–590, 2018. DOI: 10.5902/21797692229808. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29808>>. Acesso em: 4 out. 2022.

DEUS, G.A. *et al.* **Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo.** Arq. Ciênc. Saúde. 2018 abr-jun: v. 25 n. 2 p. 20-23, 2018. doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.988. Disponível < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046446>>. Acesso em: Acesso em: 12 out. 2022.

DROGUETT, T. C. *et al.* **Percepção da enfermagem sobre a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco do serviço de emergência.** Rev Enferm UFSM, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 518–529, 2018. DOI: 10.5902/2179769228748. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28748>>. Acesso em: 4 out. 2022.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S; WEBER, L. A. F. **Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência.** REME, 2017[citado em];21:e-1062. Disponível em: <DOI: 10.5935/1415-2762.20170072>. Acesso em: 4 out. 2022.

GALVÃO, C. M. **Níveis de Evidência.** Acta Paul Enferm 2006; p. 19. V. 2. Disponível em: <[scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/?lang=pt](https://scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/?lang=pt)>. Acesso em: Acesso em: 06 nov. 2022.

LACERDA, A. S. B. *et al.* **Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário.** REBEn. 2019;72(6): p. 1496-503. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0420>>. Acesso em: 4 out. 2022.

MENDES K.D.S; SILVEIRA, R; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; v.17, n.4, p. 758-764, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 4 out. 2022.

MENDONÇA, A. R. *et al.* **Competências do enfermeiro nos serviços de emergência.** REVOL. Recife, v. 12, n. 10, p. 2816-2824, out., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237779/30264>>. Acesso em: 4 out. 2022.

MORAIS, L. F. *et al.* **O protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência.** REAS. 2021. DOI:10.18554/. REAS. v10i1.4210. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1281663>>. Acesso em: 4 out. 2022.

MORAIS JÚNIOR, S.L.A. *et al.* **O enfermeiro na admissão de pacientes em pronto-socorro: acolhimento, avaliação, sinais e sintomas.** Revista Enfermagem Atual, 2017, p. 87. Disponível em <<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/232>>. Acesso em: 6 nov. 2022.

PABÓN-ORTIZ, E. M. *et al.* **Estratégias para fortalecer a humanização dos serviços de saúde nas emergências.** Revista Ciência e Cuidado, [S. l.], v. 18, p. 94-104, 2021. DOI: 10.22463/17949831.2512. Disponível em: <<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciay-seguro/article/view/2512>>. Acesso em: 4 out. 2022.

PÁGINA, M.J. *et al.* **A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas.** Revisões Sistemáticas 2021;10:89. Disponível em: <[prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews](https://prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews)>. Acesso em: 3 nov. 2022.

PAULA, FB; RIBEIRO. RCHM; WERNECK, AL. **Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco.** REVOL., Recife, v. 13, n. 4, p. 997-1005, abr., 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238728p997-1005-2019>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238728/31790>>. Acesso em: 4 out. 2022.

QUARESMA, A.S.; XAVIER, D. M.; VAZ, M. R. C. **O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.** Revista Enfermagem Atual, [S. l.], v. 87, n. 25, 2019. DOI: 10.31011/reaid-2019-v87-n.especial-art.151. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/151>>. Acesso em: 4 out. 2022.

RADAELLI, C.; COSTA, A. E. K.; PISSAIA, L. F. **O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 8, n. 6, pág. e37861057, 2019. DOI: 10.33448/rsd-v8i6.1057. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1057>>. Acesso em: 4 out. 2022.

RICHARDSON, W.S. *et al.* **The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions.** ACP J Club. 1995 Nov-Dec;123(3):A12-3. PMID: 7582737. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7582737/>>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SILVA, A.D.C. *et al.* **Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester.** REME – Rev Min Enferm.v. 23: p. 1178, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190026. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005476>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SOUSA, K. H. J. F *et al.* **Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem.** RGE. 2019;40:e20180263. doi: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>>. Acesso em: 4 out. 2022.

# CAPÍTULO 9 - PERCEPÇÃO SOBRE A MORTE E O MORRER POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE MINAS

Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto  
Camila Rafaela do Nascimento  
Naomy Massafera de Alcântara

## INTRODUÇÃO

A morte é um tema paradoxal, que por um lado, serve de inspiração a artistas e por outro provoca medo, fuga e terror. E para cada indivíduo pode significar ausência ou permanência; finitude ou eternidade (VICENSI, 2016). Ela é sempre associada a sentimentos como dor, sofrimento, separação e perda. Devido a isso, a sociedade tende a fugir e a esquivar-se do tema morte, fazendo dela um tabu (SIQUEIRA, ZILLI, GRIEBELER, 2018).

Os seres vivos possuem um determinismo biológico, nascem, crescem e morrem. Portanto a morte, assim como o processo de morrer, constitui fenômeno inerente à vida. Chega a despertar temor no ser humano por sua dificuldade em lidar de forma natural com o inevitável. (VICENSI, 2016).

Entretanto, o ser humano se caracteriza principalmente pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado e valores que ele imprime às coisas. Por isso, o conceito sobre a morte varia no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas (SOUZAI et al, 2020). De acordo com Combinato & Queiroz (2007), “para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada”. Negá-la é a forma que o ser humano encontra de não a tornar presente e real (VASCONCELOS, 2016).

Diante desse interdito social à morte, o processo de morrer passa a ser fator de ansiedade para os profissionais da saúde, dada a sensação de fracasso advinda da não aceitação da morte como fenômeno natural. Assim, diversas técnicas e procedimentos são utilizados na tentativa de salvar a vida da pessoa doente, mas o que muitas vezes se consegue é apenas prolongar seu sofrimento e dos demais envolvidos (VICENSI, 2016).

Ao longo da formação acadêmica e profissional, espera-se que os enfermeiros criem competências no sentido de assumir para si a responsabilidade de assistir ao usuário ao longo de todo o ciclo vital, no qual inclui a morte (CARDOSO, RIBEIRO, MARTINS, 2019). Lidar com a morte faz parte do cotidiano desses profissionais, no entanto, nem sempre a enfermagem está apta para se deparar com a finitude humana (ANDERSON, SALICKIENE, ROSENGREN, 2016).

A Enfermagem tem procurado se firmar como ciência, utilizando-se das teorias para embasar a assistência, a fim de sistematizar o cuidado, refletindo sobre os preceitos teóricos que configuram um importante aspecto para o desenvolvimento da profissão. Deve-se considerar a complexidade dos seres humanos a partir do ponto de vista físico, mental, emocional e espiritual, por isso, é incoerente pensar em uma assistência de enfermagem voltada apenas para uma abordagem biomédica (CARDOSO, RIBEIRO, MARTINS, 2019; SAVIETO, LEÃO, 2016).

Nesta perspectiva, para Jean Watson (2017), citado por Cardoso et al (2019), a enfermagem é uma arte, uma ciência humana do cuidar, cujos processos transpessoais estão ligados à promoção da harmonia “corpo-alma-espírito”, relacionados com a espiritualidade, a vida e a morte.

O interesse pelo tema surgiu no decorrer do curso, quando percebemos que em alguma circunstância iríamos deparar com situações de morte de pacientes sob nossos cuidados. Daí a indagação de como encarar uma situação tão crucial em nossas vidas e quão preparada estamos enquanto acadêmicas de Enfermagem, uma profissão tão próxima da morte, seja de um recém-nascido, um jovem, adulto ou idoso. Frente isso, refletir sobre a morte contribuiria para uma assistência de maior qualidade a pacientes e familiares.

## OBJETIVOS

Identificar as características sociodemográficas dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da UNIVÁS.

Identificar a percepção do medo da morte e o processo de morrer, dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da UNIVÁS.

Incentivar a reflexão e o debate sobre o tema, impactando na sua formação acadêmica para se tornarem profissionais diferenciados.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada durante o período letivo na Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), com sede em Pouso Alegre, no sul de Minas Gerais, que é uma instituição com mais de 45 anos de experiência no ensino, abrangendo as áreas de humanas, exatas e biológicas. Reconhecida nacional e internacionalmente, ministra cursos nas mais diversas áreas do conhecimento nos níveis de Extensão, Graduação e Pós-Graduação Lato Sensu e Stricto Sensu. Como instituição a serviço da sociedade, é comprometida com a formação de cidadãos conscientes e competentes para o mercado de trabalho. Na formação continuada de seus egressos, a Universidade respeita as diferenças, prioriza a qualidade e, principalmente, reafirma seu compromisso com a educação e a produção de conhecimento.

### 3.2 Desenho do Estudo

Estudo primário, quantitativo descritivo, transversal e não intervencional.

### 3.3 Amostragem/Amostra

A amostragem foi pelo método convencional, não probabilístico. Participaram do estudo 59 graduandos do curso de enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí.

Critérios de Inclusão: Idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, estar cursando um dos períodos do curso de enfermagem. Critérios de Exclusão: acadêmicos de enfermagem que recusarem participar da pesquisa

### 3.4 Instrumentos

Para coleta de dados das características sociodemográficas foi aplicado um questionário construído pelas autoras (APÊNDICE B).

Para coleta de dados sobre a percepção da morte e o morrer foi aplicada a ESCALA DE AVALIAÇÃO DO MEDO DA MORTE DE COLLETT-LESTER (ANEXO C), foi originalmente elaborada nos Estados Unidos da América e validada em diversos contextos culturais, publicada inicialmente no *The Journal of Psychology*, pelo Serviço de Prevenção e Crise do Suicídio em 1969 (COLLETT LESTER, 1969).

A escala de medo da morte de Collett – Lester (1969) é formada pela distinção entre a “morte” e o “processo de morrer” e entre o comportamento de enfrentamento da própria pessoa ou de alguém próximo. Essa forma de avaliar a morte deu origem a quatro subescalas:

1. Medo da sua própria morte: refere-se a ansiedade da sua própria finitude, o fim como pessoa, o deixar de existir;
2. Medo do seu processo de morrer: é a ansiedade quanto a um percurso de sofrimento que conduz à morte, que pode estar associado a alguma doença prolongada, a uma morte lenta e dolorosa;
3. Medo da morte dos outros: diz respeito ao sentimento da pessoa que responde ao questionário diante da possibilidade de morte de uma pessoa que normalmente é querida e que não seria fácil desapegar;
4. Medo do processo de morrer dos outros: refere-se aos sentimentos que a pessoa que responde aos questionamentos da escala possa sentir frente à possibilidade de doença dolorosa e morte lenta de uma pessoa querida (ANDRADE, 2020).

A partir da escala original constituída por 36 itens, foi modificada passando a possuir 28 itens agrupados em quatro dimensões, com sete itens cada um e já se encontra validada em diversos contextos culturais, incluindo a realidade brasileira. Sendo adaptada transculturalmente para a língua portuguesa, por Oliveira (2018), consiste em quatro domínios com informações sobre o Medo da Própria Morte, o Medo do Próprio Processo de Morrer, Medo da Morte de Outros e Medo do Processo de Morrer de Outros. As respostas são do tipo Likert e variam de 1 (nada) até 5 (muito).

Durante a coleta de dados a EMMCL passou pelo processo de validação, e a nova escala obtida através deste estudo mostrou a existência de quatro fatores, porém aglutinados em 24 itens. Os itens excluídos da escala original foram os itens 6, 16, 20 e 28. A escala na versão brasileira também agrupou os itens de forma diferente, variando o número de itens para cada domínio (ANDRADE, 2020).

### **3.5 Procedimentos para Coleta de Dados**

Após a autorização da instituição (ANEXO A) e da aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo grupo pesquisado (APÊNDICE A), foi aplicado o questionário semiestruturado para identificação das características sociodemográficas, construído pelas autoras (APÊNDICE B) e para avaliação da percepção sobre a morte e o morrer, foi aplicado a Escala de Avaliação do medo da morte de Collett-Lester (ANEXO C). A EMMCL foi transcrita em formato eletrônico no Google Forms, um aplicativo de gerenciamento de pesquisas gratuito lançado pelo Google para coleta de dados, questionários e formulários online (MOTA, 2019).

### **3.6 Análises Estatísticas**

Para as variáveis sociais demográficas e identificação das respostas das questões aplicadas, foi utilizada a tabulação.

Os dados obtidos foram apresentados na forma de tabela e submetidos à análise de conteúdo por meio da construção de categorias.

### 3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Os critérios éticos foram seguidos de acordo com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. Após a escolha da instituição, foi solicitada ao responsável a autorização para realização da pesquisa (ANEXO A). A coleta de dados teve início após a aprovação do CEP (ANEXO B).

## MARCO CONCEITUAL

No final da década de 80, a medicina viveu um novo avanço para manutenção da vida com o desenvolvimento de sofisticados equipamentos de recuperação e preservação de funções orgânicas vitais, o conceito sobre a morte então foi ressignificado (OLIVEIRA, 2018). Por esse motivo, a explicação sobre morte, varia no decorrer da história e entre as diferentes culturas. (COMBINATOI, QUEIROZII, 2007).

No início da Idade Média a morte era “domesticada”, “familiar”, ou seja, o morrer era considerado parte do cotidiano da sociedade e a morte era encarada como algo natural da vida. Era comum o mortuário, pressentindo a hora da sua morte, realizar o ritual final, despedir-se e quando necessário reconciliar-se com a família e com os amigos e morria na esperança do juízo final, quando alcançaria o paraíso celeste (CAPUTO, 2008).

Ao longo da Idade Média ocorreram transformações consideráveis nas representações sobre a morte, que a partir do século XII, ao invés da certeza passa a imperar a incerteza. Visto que agora cabia à Igreja interceder pelo acesso da alma ao paraíso, o julgamento final deixava de ser um evento que ocorreria nos Tempos Finais e passa a ser um evento imediato após a morte, resultando na descida ao inferno ou a ascensão aos céus, isso dependeria da conduta do moribundo antes da morte (CAPUTO, 2008).

No Brasil, os ritos fúnebres e sepulcrais marcaram o século XIX, que obtiveram seu processo de formação caracterizado na Idade Média, principalmente no contexto da Europa, no qual exerceu um papel extremamente relevante e de influência na cultura brasileira. As ações perante a morte transformaram-se ao longo dos tempos e a percepção dessas mudanças pôde ser sentida na ampliação de alguns ritos ou até mesmo na extinção de outros (RETONDAR, 2019).

De acordo com Koury (2006), citado por Andrade (2020), o processo de privatização da morte e do morrer instalou-se no país no século XIX e foi tomando mais espaço e aprofundamentos nas últimas três décadas do século XX. Até 1970, era comum nos velórios, velar o corpo e chorar publicamente aquela perda, mas, após esse período, mudou-se a forma de expressar os sentimentos, onde as pessoas passaram a ter um maior controle sobre suas emoções. Mostra, inclusive, que a morte e sua relação com o mundo dos vivos vêm sendo transformada por princípios mais individualistas e não mais pela representação de uma sociabilidade relacional.

A morte é o estágio final do crescimento humano, a reação que as pessoas terão diante dela dependerá da educação recebida, das experiências de vida, do contexto sociocultural que conviveram da religiosidade e crenças. (JUNIOR, ELTINK, 2011).

O medo da morte pode nos levar a ter uma crise existencial significativa, onde esse medo paralisante é ignorado pela nossa sociedade através de atividades como o trabalho, o consumo, os passatempos e, muitas vezes, enaltecido pela arte e religião (LOBATO, 2019).

O processo de morrer, a morte e o luto são uma realidade constante na vida dos estudantes e profissionais da saúde, ainda mais agora, que a sociedade “normalizou” o morrer em ambientes hospitalares. Por mais que os avanços tecnológicos consigam retardar esse processo, não é possível curar o ser humano da morte, do medo, da angústia e da ansiedade que ela fomenta. (CAMPELOS, 2006).

A palavra “morte” geralmente é associada a sentimentos como dor, sofrimento, separação e perda. Com isso, a sociedade contemporânea tende a evitar o assunto sobre morte, fazendo dela um tabu. Desse modo, os profissionais de saúde, que são treinados para salvar vidas, sentem-se fracassados com a perda de seus pacientes e afastam-se do doente terminal, com estratégias de enfrentamento através do distanciamento do processo de morte e morrer e, conseqüentemente, dos sentimentos associados a esse evento (SIQUEIRA, ZILLI, GRIEBELER, 2018).

Diante do exposto é perceptível o quanto tentamos negar a morte de todas as maneiras possíveis e imagináveis, mesmo que fiquemos obcecados pelos seus mistérios. No entanto, a morte faz parte do nosso dia a dia e invade a nossa vida através do rádio, dos jornais e do noticiário da televisão (SANTOS, INCONTRI, 2009).

Além de incomodar, ela desafia a onipotência humana e profissional, pois estes são ensinados a cuidar da vida, mas não a lidar com o processo de morrer e da morte. Prova disso é que na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que aprofunde mais sobre o assunto, abrindo espaço para discussão das subjetividades (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006).

## RESULTADOS

### 5.1 Características Sociodemográficas do Estudo

Dos 59 participantes do estudo, 93,2 % eram do sexo feminino, com 83% das pessoas entre 18 e 28 anos, sendo a maioria da população na faixa etária dos jovens/adultos; 32,2% graduandos do último ano de enfermagem; 76,3% eram solteiros; 44% informaram trabalhar na área da saúde e 69,5% alegam serem católicos. (Tabela 1).

Com relação à abordagem do tema, 59,3% dos participantes conversam sobre morte com a família e 79,7% já vivenciaram a perda de parentes próximos.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas do estudo			
Variáveis		N	%
Sexo:	Feminino	55	93,2
	Masculino	04	6,8
Idade:	18 a 28 anos	49	83
	29 a 39 anos	07	12
	Acima de 40 anos	03	05
Estado Civil:	Solteiro	45	76,3
	Casado	13	22,0
	Amasiado	01	1,70
Profissão:	Profissionais da saúde	26	44,0
	Estudantes	10	17,0
	Outros	17	29,0
	Desempregados	06	10,0
Religião	Católica	41	69,5
	Evangélica	11	18,6
	Espírita	05	8,50
	Outra	02	3,40
Período do Curso	1º ano	06	10,2
	2º ano	06	10,2
	3º ano	12	20,4
	4º ano	16	27,0
	5º ano	19	32,2
Costuma conversar sobre a morte com a família?	Sim	35	59,3
	Não	24	40,7
Já vivenciou a perda de parentes próximos?	Sim	47	79,7
	Não	12	20,3

Fonte: Dos Autores.

Segundo um estudo realizado em uma Universidade de Recife, os entrevistados apresentaram as seguintes características sociodemográficas semelhantes, onde, dos 19 estudantes, a maioria eram do sexo feminino (73,7%), com média de idade de 25 anos e 73,7% eram católicos. (OLIVEIRA et al, 2016)

## 5.2 A Sua Própria Morte

Dentre as questões sobre a sua própria morte, obteve destaque com uma porcentagem de 50,8% das respostas, a variável 4 - Morrer Jovem, onde nota-se uma preocupação nesse aspecto por parte das pessoas. As variáveis 1- A solidão proporcionada pela sua morte, 3- Deixar de fazer muitas coisas após morrer e 7- A desintegração do seu corpo após a morte, tiveram mais de 50% das respostas. (Tabela 2)

Tabela 2 – Escala de Medo da Morte de Collett-Lester - A SUA PRÓPRIA MORTE			
Variáveis		N	%
1. A solidão proporcionada pela sua morte	Muito - 5	18	30,5
	Um pouco - 2 a 4	32	54,2
	Não - 1	09	15,3
2. A vida ser curta	Muito - 5	26	44,1
	Um pouco - 2 a 4	28	47,4
	Não - 1	05	8,50
3. Deixar de fazer muitas coisas após morrer	Muito - 5	13	22,0
	Um pouco - 2 a 4	34	57,6
	Não - 1	12	20,4
4. Morrer jovem	Muito - 5	24	50,8
	Um pouco - 2 a 4	30	40,7
	Não - 1	05	8,50
5. Como deve ser a sensação de estar morto	Muito - 5	14	23,7
	Um pouco - 2 a 4	29	49,2
	Não - 1	16	27,1
6. Não pensar ou experimentar novas situações após a morte	Muito - 5	12	20,3
	Um pouco - 2 a 4	29	49,2
	Não - 1	18	30,5
7. A desintegração do seu corpo após a morte	Muito - 5	09	15,3
	Um pouco - 2 a 4	31	52,5
	Não - 1	19	32,2

Fonte: Dos Autores.

A morte é um fenômeno que desperta temor e fascínio no ser humano. Historicamente e socialmente, o medo da morte sempre permeou o imaginário das pessoas e fomentou debates nas ciências da saúde e demais áreas afins. Contudo, o medo da morte não pode ser diretamente observado, deve ser baseado na conduta do sujeito e no autorrelato de suas respostas (OLIVEIRA et al, 2018)

Leloupe (2008), fala dos medos que permeiam o momento da morte: medo de deixar de fazer as coisas que atualmente faz nessa vida, o medo de como ficarão as pessoas por ele deixadas, e o medo de não ter vivido todas as sensações possíveis de serem vividas antes de morrer.

No momento da morte, acontece o desaparecimento da nossa consciência e deste modo, nos é imposto à vulnerabilidade humana e limitação do ser (ARANTES, 2016).

### 5.3 O Seu Morrer

A variável 9- A dor envolvida em seu morrer, se mostrou relevante com 49,1% das respostas. Já as variáveis 10- A diminuição da capacidade intelectual em idades mais avançadas, 11- Suas capacidades ficarão limitadas quando você estiver morrendo, 12- À incerteza do quão bravamente você enfrentará o processo do morrer e 13- A sua falta de controle sobre o processo do morrer, tiveram destaque com mais de 53% das respostas. (Tabela 3).

Tabela 3 - Escala de Medo da Morte de Collett-Lester - O SEU MORRER			
Variáveis		N	%
8. A decomposição física envolvida	Muito - 5	12	20,3
	Um pouco - 2 a 4	24	40,7
	Não - 1	22	37,3
	Não respondeu	01	1,70
9. A dor envolvida em seu morrer	Muito - 5	29	49,1
	Um pouco - 2 a 4	25	42,4
	Não - 1	05	8,50
10. A diminuição da capacidade intelectual em idades mais avançadas	Muito - 5	22	37,3
	Um pouco - 2 a 4	32	54,2
	Não - 1	05	8,50
11. Suas capacidades ficarão limitadas quando você estiver morrendo	Muito - 5	21	35,6
	Um pouco - 2 a 4	35	59,3
	Não - 1	03	5,10
12. A incerteza do quão bravamente você enfrentará o processo do morrer	Muito - 5	09	15,2
	Um pouco - 2 a 4	46	78,0
	Não - 1	04	6,80
13. A sua falta de controle sobre o processo de morrer	Muito - 5	12	20,4
	Um pouco - 2 a 4	33	55,9
	Não - 1	14	23,7
14. A possibilidade de morrer em um hospital, longe da família e amigos	Muito - 5	30	50,8
	Um pouco - 2 a 4	23	39,0
	Não - 1	05	8,50
	Não respondeu	01	1,70

Fonte: Dos Autores.

O ser humano quando se depara com seu momento final, enfrenta o medo da dor física que antecede o momento da morte, essa mesma dor no momento da morte, e o medo da solidão e do abandono de morrer sozinho sem ninguém ao lado (LELOUPE, 2008). Nos momentos que antecedem a morte, cria-se a necessidade de resolver assuntos inacabados, reconciliar com os outros e consigo mesmo, além de despedir-se

das pessoas com quem se estabeleceu vínculos afetivos ao longo da vida (BOEMER, 1994; BRASILEIRO, BRASILEIRO, 2017)

## 5.4 A Morte dos Outros

Sobre a morte dos outros, a variável 15- Perder alguém próximo de você, com 83% das respostas, nos leva a refletir o quanto este assunto causa inquietação.

As variáveis 17- Nunca mais ser capaz de comunicar-se com a pessoa novamente, 18- Arrepende-se por não ter estado com a pessoa enquanto ela ou ele estava vivo, 19- Envelhecer sozinho sem a pessoa e 21- Sentir-se solitário sem a pessoa, tiveram respectivamente 62,7%, 50,8%, 57,6% e 51,5 % das respostas.

Tabela 4 – Escala de Medo da Morte de Collett-Lester - A MORTE DOS OUTROS			
Variáveis		N	%
15. Perder alguém próximo de você	Muito - 5	49	83,0
	Um pouco - 2 a 4	09	15,3
	Não - 1	01	1,70
16. Ter que ver o corpo da pessoa morta	Muito - 5	25	42,4
	Um pouco - 2 a 4	26	44,0
	Não - 1	08	13,6
17. Nunca mais ser capaz de comunicar-se com a pessoa novamente	Muito - 5	37	62,7
	Um pouco - 2 a 4	18	30,5
	Não - 1	04	6,80
18. Arrepende-se por não ter estado com a pessoa enquanto ela ou ele estava vivo	Muito - 5	30	50,8
	Um pouco - 2 a 4	26	44,1
	Não - 1	03	5,10
19. Envelhecer sozinho sem a pessoa	Muito - 5	34	57,6
	Um pouco - 2 a 4	23	39,0
	Não - 1	02	3,40
20. Sentir culpa por estar aliviado com a morte da pessoa	Muito - 5	14	23,7
	Um pouco - 2 a 4	18	30,5
	Não - 1	25	42,4
	Não respondeu	02	3,40
21. Sentir-se solitário sem a pessoa	Muito - 5	31	52,5
	Um pouco - 2 a 4	25	42,4
	Não - 1	03	5,10

Fonte: Dos Autores.

Conforme Kovács (2003) o medo da morte se dá em três esferas: medo de morrer; medo do que vem após a morte e medo de extinção. Ele descreve esses medos tanto em relação à própria morte quanto em

relação à morte do outro. Ressalta que esse medo: “evoca a vulnerabilidade pela sensação do abandono”. Portanto, a morte do outro nos confronta com a incapacidade e impotência, pois nada pode ser feito para evitar, e a sensação de abandono é o prevalece em qualquer pessoa que perde um ente querido (VASCONCELOS, 2016).

Levinas (1995), citado por Bitbol (2016) acredita que tememos pela morte de alguém muito próximo, não somente porque isso ameaça a nossa existência, mas também porque esse alguém não estará mais num mundo que compartilhamos os significantes.

## 5.5 O Morrer dos Outros

As variáveis 22- Ter que estar com quem está morrendo, 23- conversar sobre a morte com a pessoa que está morrendo e 27- Ver a perda das capacidades mentais da pessoa, se sobressaíram entre os entrevistados, de acordo com os resultados de 64%, 64% e 54% respectivamente. Porém, o item 24- Ver a pessoa sofrendo com dor, chamou a atenção com 71% dos resultados.

Tabela 5 – Escala de Medo da Morte de Collett-Lester - O MORRER DOS OUTROS			
Variáveis		N	%
22. Ter que estar com quem está morrendo	Muito - 5	12	20,3
	Um pouco - 2 a 4	38	64,4
	Não - 1	09	15,3
23. Ter que conversar sobre a morte com a pessoa que está morrendo	Muito - 5	15	25,4
	Um pouco - 2 a 4	38	64,4
	Não - 1	06	10,2
24. Ver a pessoa sofrendo com dor	Muito - 5	42	71,2
	Um pouco - 2 a 4	17	28,8
	Não - 1	00	00,0
25. Ver a decomposição física do corpo da pessoa	Muito - 5	20	33,9
	Um pouco - 2 a 4	30	50,8
	Não - 1	09	15,3
26. Não saber o que fazer com a dor da perda quando você está ao lado da pessoa que está morrendo	Muito - 5	24	40,7
	Um pouco - 2 a 4	32	54,3
	Não - 1	03	5,10
27. Ver a perda das capacidades mentais da pessoa	Muito - 5	24	40,7
	Um pouco - 2 a 4	32	54,3
	Não - 1	03	5,10
28. Lembrar-se que um dia você também irá passar por esta experiência	Muito - 5	27	45,8
	Um pouco - 2 a 4	27	45,8
	Não - 1	05	8,40

Fonte: Dos Autores.

Vivenciar a morte do outro faz com que o homem tenha a consciência da própria mortalidade passa a entender que a morte é uma possibilidade para ele mesmo, e que a finitude da vida não é uma realidade distante (ANDRADE, 2020). Essa consciência é o que diferencia o homem dos animais. A negação é uma autoproteção, uma das formas de evitar as experiências dolorosas e de se sentir imortal. Essa idealização ressalta a vulnerabilidade humana (LIMA, 2017).

Freud (1996), afirma que no instante da perda é que nasce a crença sobre vida após a morte, pois, mesmo após admiti-la, o homem contesta o significado de fim da vida e, mediante ao cadáver da pessoa amada, inventa uma forma de mesclar o luto com a esperança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram entrevistados 59 acadêmicos do curso de enfermagem, onde o medo da morte demonstrou maior evidência em duas subescalas: a morte do outro e processo de morrer do outro. As variáveis com maior destaque foram perda de alguém próximo, nunca mais comunicar-se, arrepende-se por não ter sido presente e envelhecer só.

Em relação ao processo de morrer, prevaleceram as variáveis, o sofrimento do outro e lembrar-se que um dia passará por esta experiência. O estudo foi de grande valia, uma vez que possibilitou identificar a percepção dos acadêmicos em relação ao medo da morte e instigar a reflexão sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, E.; SALICKIENE, Z.; ROSENGREN, K. To be involved, a qualitative study of nurses experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today*, [S. l.], v. 38, p. 144-149, 2016.
- ANDRADE, A. M. G. *Escala de avaliação do medo da morte de Collett-Lester*: evidências de confiabilidade, validade e contribuição para a bioética. Univás: Pouso Alegre, 2020.
- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

- BITBOL, M. Medo da morte e experiência do tempo. **Rev. UFMG**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1 e 2, p. 20-35, jan./dez. 2016.
- BOEMER M. R.; CORRÊA, A. K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. *In*: Branco, R. F. G. R. **A relação do ser: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. p. 263-269.
- BRASILEIRO, M. S. E.; BRASILEIRO, J. E. O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 77-92, maio/ago. 2017.
- BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R., YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev Esc Enferm USP**, [S. L], v. 40, n. 4, p 477-83, 2006.
- CAMPELOS, C. S. F. **A ansiedade e o medo da morte em profissionais de saúde**. UFP – Faculdade de ciências Humanas e Sociais: Porto, 2006.
- CAPUTO, R. F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Revista Multidisciplinar da UNIESP**, [S. L], dez. 2008.
- CARDOSO, M. F. P. T.; RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. S. A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. [S. L], 2019.
- COLLET, L.; LESTER, D. The fear of death and the fear of dying. **Journal of Psychology**, [S. L], v. 72, 1969.
- COMBINATO, D. S, QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, [S. L], v. 11, n. 2, p. 209-216, 2007.
- FREUD, S. **Além do princípio de prazer**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. d. Imago, 1996. v. 18.
- JUNIOR, L.; ELTINK, C. F. A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente. **Health Sci Inst**. [S. L], v. 29, n. 3, p. 76-82, 2011.
- KOURY, M. G. P. Apresentação. *In*: FREIRE, M. C. B. **O som do silêncio: isolamento e sociabilidade no trabalho de luto**. Natal: Editora UFRN; 2006.
- KOVACS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia: USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2003.
- LELOUPE, L. **Entendendo espiritualidade**. São Paulo: Artmed, 2008.
- LEVINAS, E. *Altérité et transcendance*. Montpellier: Fata Morgana, 1995.
- LIMA, R. *et al.* A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **REME – Rev Min Enferm**, [S. L], 2017.
- LOBATO, A. **Sobre o medo da morte**. *SITRAEMG online*. Maio 2019. [https://www.sitraemg.org.br/post\\_type\\_artigo/sobre-o-medo-da-morte/](https://www.sitraemg.org.br/post_type_artigo/sobre-o-medo-da-morte/). Acessado em 10 de outubro de 2021.
- MOTA, J. S. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. **Revista humanidades e inovação**, [S. L], v. 6, n. 12, 2019.

- OLIVEIRA, E. S. *et al.* O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem online**, 2016.
- OLIVEIRA, J. C. R. *et al.* Adaptação transcultural da Collett-Lester Fear of Death Scale à realidade brasileira. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, [S. L], v. 10, n. 1, jan./mar. 2018.
- RETONDAR, P. T. R. **A morte ao longo do caminho**: reflexões da religiosidade popular nas práticas mortuárias referentes às cruzeiras de beira de estrada do interior paraibano. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2019.
- SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. **A arte de morrer**: visões plurais. 2. ed. São Paulo: Editora Comenius, 2009.
- SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**, [S. L], v. 20, n. 1, jan./mar. 2016.
- SIQUEIRA, J.; ZILLI, F.; GRIEBELER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Pers. Bioét.** [S. L], v. 22, n. 2, p. 288-302, 2018.
- SOUZAI, T. I. M. *et al.* Sentimentos dos estudantes de medicina e médicos residentes ante a morte: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.
- VASCONCELOS L. P. **A experiência terapêutica de ouvir a perda de um filho**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Federal Do Ceará: Campus Sobral, 2016.
- VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. Bioét.**, [S. L], v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016.
- WATSON, J. Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. **Texto Contexto Enferm.**, [S. L], 2017.

# CAPÍTULO 10 - MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM LESÕES CRÔNICAS ATENDIDOS EM UNIDADE AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL DO SUL DE MINAS

Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto  
Fernanda Gonçalves Moreira De Souza

## INTRODUÇÃO

No Brasil há uma estimativa que 3% da população manifeste lesões crônicas, que aumenta para 10% em caso de diabéticos. As feridas crônicas têm como principal característica o tempo prolongado de cicatrização, as recorrentes infecções e as complicações associadas a doenças de base. A etiologia dessas lesões são, principalmente, os problemas vasculares, repercutindo com maior incidência as úlceras arteriais e venosas, úlceras neuropáticas e isquêmicas, e as lesão por pressão (BEDIN et al., 2014 e TAVARES et al., 2016).

A dor, presença de secreções com odores, necessidade de cuidados diários, curativos e acompanhamento constante alteram o cotidiano do portador de lesões crônicas e, geralmente, resulta em afastamento de atividades laborais, necessidade do auxílio de terceiros para realização de curativos, afetando a qualidade de vida (SQUIZZATTO et al., 2017).

Nestes últimos anos as lesões crônicas têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde devido às taxas elevadas de prevalência e incidência e do impacto socioeconômico, para os pacientes, familiares, serviços de saúde e sociedade em geral (LIEDKE; JOHANN; DANSKI, 2014).

Há diversos fatores extrínsecos e intrínsecos que podem interferir em maior ou menor grau nesse processo de cicatrização ao paciente.

Entre os fatores extrínsecos estão aqueles relacionados às condições da ferida e ao tratamento realizado, neste caso, são fundamentais os cuidados com as normas assépticas, a técnica de curativo e a escolha dos produtos utilizados. Já, os fatores intrínsecos estão relacionados às condições clínicas do paciente, pois podem ser agravadas na presença de doenças crônicas, como o diabetes, doenças cardiovasculares e imunossupressoras, que alteram o fluxo sanguíneo normal e o estado imunológico (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

O enfermeiro está diretamente relacionado ao cuidado a indivíduos portadores de feridas, nos diversos níveis de atenção à saúde. Portanto, há necessidade de resgatar a responsabilidade de realizar uma avaliação clínica, e manter uma observação intensiva com relação aos fatores locais e sistêmicos que condicionam o surgimento da ferida e o processo de cicatrização. Desse modo, a visão clínica no cuidado a tais indivíduos possibilita relacionar alguns pontos importantes que influenciam neste processo, como o controle da patologia de base, aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos, e, também, a qualidade do cuidado educativo junto aos mesmos (SEHNEM et al., 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são efetuadas pela equipe durante o período em que a pessoa se encontra sob a assistência de enfermagem. No Brasil, a SAE começou a ser estabelecida com maior destaque em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80, fortemente influenciada por Wanda de Aguiar Horta (SANTOS, 2014).

O processo de enfermagem (PE) é um método científico que orienta e qualifica a assistência de enfermagem determinada como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados. É executada por meio de cinco fases interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (SILVA et al., 2017).

Os diagnósticos de enfermagem (DE) são elementos fundamentais para a realização da SAE, pois a precisão e a relevância de toda a

prescrição de cuidados dependem de sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas, e, assim, planejar cuidados que promovam a saúde e previnam problemas antes desses aparecerem (SANTOS et al., 2008).

A necessidade de identificar de em pacientes portadores de lesões crônicas surgiu a partir da percepção durante as aulas práticas em enfermagem cirúrgica realizadas no Núcleo de Assistência e Ensino de Enfermagem (NAEENF), de a necessidade adquirir conhecimento mais amplo e profundo sobre a condição de possuir uma lesão crônica e alterações que afetam o cotidiano destes pacientes e, a partir desta visão individualizada, permitir realizar assistência de enfermagem de forma holística, ou seja, que transcenda apenas a cura da lesão. Nesse sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas no âmbito dos serviços de saúde que apontem para o aprimoramento da assistência de enfermagem voltada para este cliente.

## OBJETIVOS

Identificar a característica pessoal, familiar, social e de saúde em pacientes portadores de lesões crônicas.

Identificar os diagnósticos de Enfermagem prevalentes em pacientes portadores de lesões crônicas.

## METODOLOGIA

### 3.1 - Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Assistência e Ensino de Enfermagem (NAEENF) que constitui uma unidade ambulatorial pertencente ao Hospital das Clínicas Samuel Libânio, que é um hospital Universitário de grande porte, privado e filantrópico, cuja Entidade Mantenedora é a Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, localizado no Sul de Minas, em Pouso Alegre.

O NAEENF presta assistência a clientes portadores de lesões de pele e estomas, atendendo-os em suas necessidades emergentes com qualidade. Possibilita um espaço que permite a docentes, discentes, enfermeiros assistenciais e outros profissionais o desenvolvimento de atividades de assistência, ensino e pesquisa.

### **3.2 – Desenho do estudo**

Estudo primário, quantitativo, descritivo, transversal e não intervencional.

### **3.3 - Amostragem/amostra**

A amostragem foi pelo método convencional, não probabilístico. Foram selecionados pacientes com lesão crônica que frequentam o NAEENF, de acordo com os critérios de inclusão: Idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, apresentar lesão crônica, de longa duração ou que reapareça com frequência e apresentam complicações, assinar o TCLE.

Não foram inclusos Pacientes que se recusaram a participar da pesquisa. O critério de exclusão foram pacientes que recusaram a realização do histórico de enfermagem (Entrevista e Exame Físico).

### **3.4 Instrumentos**

Para realização da coleta de dados foi aplicado um instrumento intitulado Histórico de enfermagem, que serviu como base para identificar problemas de enfermagem. Para a determinação dos DE foi utilizada a taxonomia da NANDA-I 2018-2020.

### **3.5 Procedimentos para coleta de dados**

Realizada após a aprovação do Comitê de Ética e pesquisa (CEP) parecer 2.764.847 (ANEXO A) autorização da direção técnica da instituição (APÊNDICE A) e assinatura do TCLE pelo participante da

pesquisa (APÊNDICE B), de acordo com a disponibilidade, no período em que frequentou a unidade para realização de tratamento.

Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento intitulado Histórico de Enfermagem (ANEXO B) que serviu como base para identificar problemas de enfermagem. Para este momento foi reservada, no NAEENF, uma sala específica, proporcionando ambiente tranquilo e privado. O instrumento foi preenchido pelo pesquisador de acordo com os dados obtidos.

### **3.6 Análises Estatísticas**

O banco de dados foi estruturado e processado no programa Excel, versão 2010 e os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva.

### **3.7 Ética da pesquisa**

Os critérios éticos foram seguidos de acordo com a Resolução 466/12 do Ministério da saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos.

## **MARCO CONCEITUAL**

Conviver com uma ferida crônica implica várias dificuldades e mudanças para a vida do portador, tais como o isolamento social, a necessidade de adaptarem-se as sessões diárias de curativos, as alterações na atividade física e deambulação, as abstenções alimentares, o uso de medicamentos contínuos e, especialmente, os distúrbios da imagem corporal que afeta de forma direta a vida sexual. Essas alterações provocam a desmotivação e a incapacidade para o autocuidado, e para as atividades de vida e de convívio social (BEDIN, 2014)

No Brasil, as feridas constituem um grave problema de saúde pública, com elevados custos e devido ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. As lesões crônicas contribuem para o

aumento do número de aposentadorias precoces, fazendo com que haja perda de mão-de-obra ativa. Além do sofrimento físico ao paciente, a lesão o impede de trabalhar, causando problemas socioeconômicos, tanto para o portador quanto para as organizações de saúde e a sociedade (LARA, 2011; WAIDMAN, 2011).

As alterações provocadas pela lesão podem comprometer a qualidade de vida. Se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem desta patologia, poderá haver prejuízos à satisfação na vida familiar, amorosa, social e à própria estética existencial (LARA, 2011).

O significado destas mudanças na perspectiva de vida destes pacientes aponta alguns aspectos que interferem na qualidade de vida, tais como: dor na ferida ou membro acometido, limitação ou perda dos movimentos, complicação no autocuidado, falta de compreensão de melhora ou cura, risco de amputação do membro acometido, imagem corporal prejudicada e preocupação com o possível desenvolvimento de outra ferida no futuro (ALMEIDA, 2014).

O elevado número de pessoas com lesões contribui para acumular o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população. Para evitar que isso ocorra, a equipe multiprofissional deve propiciar uma assistência global, atendendo as necessidades biopsicossociais, para melhorar as condições de vida (WAIDMAN, 2011).

Todo cidadão tem direito a uma assistência global, onde o profissional de saúde deve ter uma visão holística e compreensiva, pois é responsável por acompanhar a evolução da lesão, orientar e executar o curativo de forma eficiente e humanizada (LARA, 2011).

Na prática clínica, dentre os obstáculos que o enfermeiro apresenta no cuidado, destacam-se o déficit de conhecimentos acerca da assistência de enfermagem, a falta de materiais específicos e de protocolos para avaliação clínica, a ausência de discussões interdisciplinares no campo da saúde voltadas a tais questões, bem como a falta de programas de

educação permanente ou núcleos de educação a distância para o desenvolvimento de competências para atuar nessa área (SEHNEM et al., 2015).

A prática de cuidados aos portadores de feridas ao longo dos anos passou por profundas transformações, desafiando o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros. Constitui uma especialidade dentro da enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), oferecendo ao enfermeiro autonomia para o cuidado de lesões dermatológicas, uma vez que este é um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística (FARIA et al., 2016).

Prestar auxílio aos portadores de feridas é um desafio multiprofissional na área da saúde, mas, certamente, provoca um impacto muito maior na prática da enfermagem que, por sua vez, é realizada de forma completa, considerando o cliente como um ser biopsicossocial e superando a técnica de realização do curativo (FARIA et al., 2016).

A assistência de enfermagem às pessoas com lesões crônicas, constituída nas recomendações com melhor evidência científica, requer avaliação sistêmica e caracterização da ferida. Esta etapa efetiva a tomada de decisão e a formação do plano terapêutico, e permite monitorar e documentar os resultados das intervenções, bem como o processo de cicatrização (GONÇALVES; RABEH; TERÇARIOL, 2015).

A cicatrização da lesão não é um trabalho fácil, mesmo para os especialistas na área. Demanda dos pacientes condições psicológicas, apoio familiar, conhecimento quanto a sua doença, para que possa seguir as orientações de repouso e realizar os curativos, e necessita de condições financeiras, pois a aquisição de materiais para terapia tópica apresenta custo elevado (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

É um processo dinâmico, complexo e requer conhecimento específico da equipe de enfermagem, que compreende os profissionais que vão desenvolver esse cuidado tanto na prevenção, quanto no tratamento especial. As feridas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos

de tratamento e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a cicatrização normal (FARIA et al., 2016).

## RESULTADOS

Dos 40 participantes do estudo, 55 % eram do sexo masculino, com média de idade de 67 anos, onde a maioria é de população idosa (82,5%); 52,5% possuíam ensino fundamental incompleto; 50% declararam serem casados e 72,5% afirmaram residir com a família (tabela 1).

Tabela 1- Características Pessoais, Familiares e sociais dos participantes do estudo. Pouso Alegre, MG, 2018 (n: 40)			
Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	18	45,0
	Masculino	22	55,0
Idade	36 – 59 anos	09	22,5
	61 – 94 anos	31	82,5
Estado Civil	Solteiro	09	22,5
	Casado	20	50,0
	Viúvo	11	27,5
Escolaridade	Analfabeto	06	15,0
	Fundamental Incompleto	21	52,5
	Fundamental Completo	09	22,5
	Superior Incompleto	03	7,50
	Superior Completo	01	2,50
Reside com	Família	29	72,5
	Sozinho	05	12,5
	Outras Pessoas	06	15,0

Fonte: instrumento de pesquisa. Dos Autores.

O predomínio de pessoas idosas apresenta correlação com os resultados das pesquisas de Barros, et al. (2016), onde a maior parte da amostra (71,4%) era  $\geq 60$  anos, assim com o intervalo de 80 a 99 anos (21,4%). Para Vieira et al. (2017) numa pesquisa realizada em Teresina (PI), com uma amostra de 339 idosos com feridas crônicas, 55,8% tinham idade superior aos 60 a 70 anos e considera que os idosos são os mais acometidos com feridas crônicas, afirmando que este fator é relevante. De acordo com Bezerra et al. (2013) há uma correlação entre o aumento da expectativa de vida, associando com o surgimento de doenças crônicas que podem influenciar no surgimento de lesões.

Da amostra estudada a maioria era do sexo masculino (55%), em acordo com estudos que mostram maior ocorrência de lesões em pacientes do referido sexo (VIEIRA, et al. 2017). Estes dados apresentam correlação com os resultados das pesquisas de Bezerra et al. (2013) onde verificou-se também que predominava o sexo masculino (68,2%), fortalecendo a demonstração de que mulheres buscam com mais frequência os serviços de saúde e preocupam-se mais com sua saúde, o que lhes garantem mais qualidade de vida que o homem.

Verificou-se que 52,5% possuíam ensino fundamental incompleto. Para Squizzato, et al. (2017) o baixo nível de escolaridade pode representar recursos mínimos e maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os quais influenciam na comunicação do regime terapêutico, dificultando também o autocuidado. Desta forma, as orientações durante as consultas devem ser as mais claras possíveis, e o feedback de entendimento destas informações deve ser questionado, permitindo a continuidade do tratamento.

Quanto ao estado civil, 50% eram casados e 72,5% afirmaram residir com a família. Para Tavares, et al. (2017), é importante lembrar que muitos idosos com lesões são dependentes de outras pessoas para executar suas atividades diárias e para troca de curativo, o que oferece aos pacientes casados, uma certa segurança e apoio para o autocuidado.

A família é fonte de apoio informal aos idosos, o que justifica a opção de morar com parentes na busca de conforto coletivo (VIEIRA, et al. 2017).

Os DE mais constantes nos 40 pacientes portadores de lesão crônica que frequentam a unidade ambulatorial de tratamento de lesões foram: Dor crônica, Integridade Tissular Prejudicada, Deambulação Prejudicada, Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, Risco de infecção, Risco de Queda e Sentimento de Impotência.

**Tabela 2- Diagnóstico de enfermagem identificados em pacientes com lesões crônicas atendidos no NAEENF. Pouso Alegre, MG, 2018 (n: 40)**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		N	%
<b>Domínio 1:</b> <b>Promoção da Saúde</b>	Controle ineficaz da saúde	06	15,0
	Manutenção ineficaz da saúde	06	15,0
	Síndrome do idoso frágil	10	25,0
<b>Domínio 2 – Nutrição</b>	Risco de glicemia instável	03	7,50
	Volume de líquidos deficiente	01	2,50
<b>Domínio 4:</b> <b>Atividade/repouso</b>	Distúrbio no padrão de sono	08	20,0
	Insônia	02	5,00
	Deambulação prejudicada	28	70,0
	Perfusão tissular periférica ineficaz	39	97,5
	Risco de perfusão tissular cardíaca prejudicada	06	15,0
	Déficit no autocuidado para vestir-se	01	2,50
	Déficit no autocuidado para banho	01	2,50
<b>Domínio 1:</b> <b>Autopercepção</b>	Distúrbio na imagem corporal	05	12,5
<b>Domínio 9:</b> <b>Enfrentamento/tolerância ao estresse</b>	Síndrome do estresse por mudança	14	35,0
	Ansiedade	03	7,50
	Medo	11	27,5
	Regulação do humor prejudicada	04	10,0
	Sentimento de impotência	28	70,0
	Tristeza crônica	06	15,0
<b>Domínio 11:</b> <b>Segurança / proteção</b>	Risco de infecção	39	97,5
	Dentição prejudicada	09	22,5
	Integridade tissular prejudicada	39	97,5
	Risco de quedas	38	95,0
<b>Domínio 12:</b> <b>Conforto / Classe 1 conforto físico</b>	Conforto prejudicado	20	50,0
	Dor crônica	38	95,0

Fonte: instrumento de pesquisa. Dos Autores.

O DE “Dor crônica” Domínio 12 – Conforto; Classe 1: Conforto Físico; definido como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três meses” (NANDA-I, 2018/2020). As características definidoras elencadas foram: autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor e expressão facial de dor. Os fatores relacionados: agente lesivo e isolamento social.

A dor crônica é caracterizada como aquela que dura meses, anos ou a vida toda, podendo haver ocorrências intermitentes que se caracterizam por períodos de dor, intercalados com outros sem dor. O conhecimento da

dor é único para cada paciente e possui uma proporção emocional forte. A dor é o que o paciente verbaliza ou sinaliza, por isso o tratamento deve ser contemplado de forma integral e individualizado (BRITO et al., 2017).

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, resultando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e gerando consideráveis repercussões econômicas e psicossociais. Diante disso, o conhecimento doloroso apresenta uma complexa interação de fatores neurológicos, emocionais, cognitivas, sociais e culturais (QUEIRÓZ et al., 2015).

A prevalência de dor crônica em estudos internacionais, varia entre 28,9 e 59,3%<sup>6-8</sup>, enquanto no Brasil a prevalência varia entre 29,7 e 62,2%<sup>3</sup>. O aumento da dor crônica está relacionado principalmente com o sexo feminino, a idade avançada e o baixo nível socioeconômico (SANTOS et al., 2015).

A dor é uma das principais queixas de pessoas acometidas por lesões. É considerado um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em problema de saúde coletiva e exige abordagem multidisciplinar (LIMA et al., 2012; SANTOS et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a dor pode ser avaliada em vários aspectos: intensidade, que pode ser classificada em leve, moderada e intensa, e a numérica que é a escala mais utilizada, que dispõe valores de zero a 10. Zero significa ‘nenhuma dor’ e 10, ‘dor intensa’ (BRITO et al., 2017).

O DE “Integridade tissular prejudicada” Domínio 11– Segurança/ proteção; Classe 2 – Lesão física; é definido como “Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.” (NANDA-I, 2018/2020). As principais características definidoras foram: dano tecidual, dor aguda e tecido destruído. Os fatores relacionados elencados foram: conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular, conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular.

Considerando-se que as lesões crônicas comprometem a epiderme e derme, o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, é compreendido

dido como a condição em que há o dano nas camadas da pele, podendo atingir tecidos mais profundos como músculos, tendões ou ossos. E no caso de lesões superficiais, é aplicado tanto o diagnóstico de integridade de pele prejudicada como integridade tissular prejudicada, mas no caso de lesões mais profundas, a resposta humana observada é integridade tissular prejudicada (MALAQUIAS et al., 2014).

Diante disso, considera-se relevante conhecer a clientela dos pacientes com lesões e suas características, com o objetivo de determinar possíveis associações com o resultado de enfermagem a ser estudado (MEDEIROS et al., 2016).

O reconhecimento dos dados socioeconômicos e clínicos permite aos profissionais de saúde identificarem o perfil do paciente acometido por este tipo de lesão e a combinação desses dados com a integridade tissular contribui na orientação e organização de metas mais eficazes, permitindo um planejamento na assistência adequado com a realidade local e direcionada às necessidades do paciente (MEDEIROS et al., 2016).

Os pacientes apresentaram DE “Deambulação prejudicada” Domínio 4–Atividade/repouso; Classe 2 – Atividade/exercício; definido como “Limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente” (NANDA-I, 2018/2020). As características definidoras elencadas foram: capacidade prejudicada de andar uma distância necessária, capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares, Capacidade prejudicada de andar em aclave, capacidade prejudicada de subir escadas. Os fatores relacionados: medo de quedas, dor, barreira ambiental.

A deambulação é uma modalidade da atividade física e garante independência, e que pode causar alterações da mobilidade, comprometendo seriamente a realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente, a qualidade de vida (MARQUES-VIEIRA et al., 2015).

Há diversos fatores envolvidos, tais como a perda da força muscular, dor, deformidades ocasionadas pelas patologias ou conseqüentes da lesão, surgindo incapacidade para deambular com marcha normal, apresentando limitação funcional como comprimento da passada, cadência e velocidade,

atrapalhando no desempenho da caminhada, e dificultando a execução de atividades da vida diária (SANTOS, 2014; GRAMS et al., 2009).

O DE “Perfusão Tissular Periférica Ineficaz” Domínio 4 – Atividade/repouso; Classe 2 – Respostas cardiovasculares/pulmonares; definido como “Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.” (NANDA-I, 2018/2020). As características elencadas foram: alteração em característica da pele, dor em extremidade, edema, Pulsos periféricos diminuídos, retardo na cicatrização de ferida periférica, tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Os principais fatores relacionados levantados foram: conhecimento insuficiente sobre o processo da doença, estilo de vida sedentário.

Por se tratar de lesões, o diagnóstico Perfusão tissular periférica ineficaz é considerável a estes pacientes. A perfusão ineficaz compromete todo processo de cicatrização, visto que a deficiência de oxigênio impede a síntese do colágeno, diminuindo a proliferação e migração celular e reduz a resistência dos tecidos à infecção. Já que o tratamento dessas lesões deve envolver medidas que ajudam o retorno venoso e diminuam o edema (NOGUEIRA et al., 2015).

As doenças crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial retardam no processo de cicatrização por afetarem nos fatores de coagulação e na contribuição de oxigênio tecidual (GOMES et al., 2011). Para Abreu, Oliveira e Manarte (2013) as condições socioeconômicas precárias e baixo nível de escolaridade também podem contribuir para esse retardo, pois há uma diminuição do acesso a informações sobre prevenção e cuidados com o tratamento da lesão.

A abordagem psicossocial pelo enfermeiro na consulta de enfermagem possibilita reconhecer os fatores que permeiam os hábitos alimentares, a falta de motivação para realizar atividade física e a não adesão ao tratamento medicamentoso. Portanto, considerar as necessidades psicossociais é fator indispensável para o alcance dos resultados esperados estabelecidos (VIEIRA et al., 2017).

O DE “Risco de infecção” Domínio 11– Segurança/ Proteção, Classe 1–Infecção, definido como uma “Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.” (NANDA-I, 2018/2020), predominou em 100% dos participantes, tendo como fatores de risco a alteração na integridade da pele e tabagismo. Nas condições associadas prevaleceu a doença crônica (Diabetes Mellitos e Hipertensão Arterial).

Pacientes com lesões têm maior Risco de infecção. O estabelecimento de infecções nas feridas é um dos fatores responsáveis pelo retardo no processo de cicatrização. Nesse sentido, é conveniente definir que as feridas abertas podem estar colonizadas, quando acontece presença de microrganismos na ferida, sem invasão tecidual, ou, infectadas, quando os microrganismos invadem os tecidos da ferida, proliferando-se e provocando reações inflamatórias locais (NOGUEIRA, et al 2015).

Segundo Oliveira et al (2016) é de suma importância que o enfermeiro avalie as características dos tecidos presentes no leito ou nas bordas das feridas, pois é a avaliação dos aspectos que possibilita a determinação do tipo de ferida, da fase de cicatrização na qual a lesão se encontra, dos produtos mais indicados para acelerar processo de reparo tecidual e da existência de infecção (OLIVEIRA, et. al. 2016).

O DE “Risco de queda” Domínio 11– Segurança/ proteção; Classe 2 – Lesão física; definido como “Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.” (NANDA-I, 2018/2020). Os principais fatores de risco foram: alteração na glicemia sanguínea, dificuldades na marcha, conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis. As condições associadas elencadas foram: agente farmacêutico, doença vascular, equilíbrio prejudicado, uso de dispositivo auxiliar, visão prejudicada.

A queda é multifatorial, de alta complicação terapêutica e de difícil prevenção. Conhecidos por duas classes como, fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, os fatores intrínsecos englobam idade, sexo, agentes farmacêuticos, condições clínicas, tais como cardiopatias, status neurológico

e mental, distúrbios da marcha, sedentarismo, deficiência nutricional. Com relação aos fatores extrínsecos podem ser citados como exemplos iluminação inadequada, obstáculos, piso irregular ou escorregadio, grades de proteção não elevadas, falta de corrimãos (NETO et al., 2015).

Por volta de, 28 a 35% de pessoas acima de 65 anos sofrem quedas a cada ano, subindo essa proporção para 32 a 50% em idosos acima de 70 anos (REIS; JESUS,2015). Acredita-se que o uso de fármacos e a presença de doenças são dois fatores de risco para a ocorrência das quedas (NETO et al., 2015).

Nesse sentido, SOUZA et al. (2017) menciona idosos que praticam atividade física têm uma melhor mobilidade e uma menor propensão a quedas. Adicionalmente, foi verificado um risco de quedas de 40% entre os idosos sedentários, ao passo que esse índice diminuiu para 13% entre os idosos ativos. Isso se justifica porque os idosos sedentários apresentam maiores déficits no equilíbrio, na velocidade da marcha e na força dos membros inferiores. Corroborando, SILVA et al. (2010) observou-se que os idosos ativos apresentaram melhor resultado e menor porcentagem de quedas quando comparado ao grupo de idosos sedentários.

Com base destes dados, a prática regular de exercícios físicos atua positivamente na prevenção de quedas, aplicabilidade e, conseqüentemente, em melhor qualidade de vida. (SILVA et al., 2010)

Os pacientes apresentaram o DE “Sentimento de impotência” Domínio 9–Enfrentamento/tolerância ao estresse; Classe 2– Respostas de enfrentamento; definido como “Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.” (NANDA-I, 2018/2020). As principais características foram: frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores, vergonha. Os fatores relacionados elencados foram: ansiedade, baixa autoestima, dor, conhecimento insuficiente para controlar a situação.

As pessoas que convivem com lesão, de difícil cicatrização, com risco de ter seu membro amputado, vivenciam, sentimentos como medo,

tristeza, inutilidade, frustração e isolamento. As lesões crônicas têm impacto significativo na qualidade de vida, a perda da mobilidade relacionada com as lesões afeta a capacidade de realizar tarefas simples do dia a dia e atividades de lazer (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2011).

O sentimento de impotência está profundamente relacionado à perda de controle fisiológico, psicossocial e econômico, provocando perda da autonomia, diminuição da qualidade de vida e interrupção de seus papéis sociais, dificultando-os de realizar atividades cotidianas, incluindo-os em situações de pessoa dependente de cuidados e financeiramente de outros membros de sua família ou até mesmo amigos e vizinhos (LIMA et al., 2017).

Torna-se indispensável assistência de um profissional de forma que o paciente se sinta seguro e motivado a buscar por auxílio para uma nova condição de adaptação com a lesão (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2011).

## CONCLUSÃO

Dos 40 participantes do estudo, 55 % eram do sexo masculino, com média de idade de 67 anos, onde a maioria é de população idosa (82,5%); 52,5% possuíam ensino fundamental incompleto; 50% declararam serem casados e 72,5% afirmaram residir com a família.

Os DE mais constantes nos 40 pacientes portadores de lesão crônica que frequentam a unidade ambulatorial de tratamento de lesões foram: Dor crônica, Integridade Tissular prejudicada, Deambulação Prejudicada, Perfusão Tissular Periférica Ineficaz, Risco de infecção, Risco de Queda e Sentimento de Impotência.

A Identificação dos DE em pacientes com lesões crônicas demonstrou a necessidade de uma atenção dos profissionais de enfermagem que ultrapasse aspectos físicos e biológicos das lesões e atinja um contexto integral do ser humano. É fundamental que o enfermeiro busque se aprimorar com as metodologias de assistência em enfermagem, a fim de fundamentar o conhecimento e viabilizar um cuidado integral, humani-

zado e resolutivo. A SAE contribui para o papel do enfermeiro, que se torna relevante, tanto no diagnóstico precoce quanto no tratamento e evolução do paciente, contribuindo ativamente no processo de adaptação indivíduo para seu autocuidado.

## REFERÊNCIAS

ABREU A.M; OLIVEIRA, B.R.B; MANARTE, J.J. Tratamento de úlcera venosa com bota de unna: estudo de caso. **Online braz j nurs**, 2013. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3845/pdf\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3845/pdf_2).

ALMEIDA, W. A. et al. Características sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida de pessoas com feridas: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(12):4353-61, dez, 2014.

BARROS, M. P. L. et al. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. **R. Interd.** Quixadá-CE v. 9, n. 3, p. 1-11, jul. ago. set. 2016. Disponível em: <http://201.20.115.105/home/bitstream/123456789/483/1/926-2799-1-PBArtigo%20Feridas.pdf>.

BEDIN, L.F.; BUSANELLO, J.; SEHNEM G, D.; SILVA, F. M.; POLL, M. A. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm.** 35(3):61-67 Set, 2014.

BEZERRA, S.M.G, et al. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **R. Interd**, Teresina-PI, v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95/pdf\\_38](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95/pdf_38).

BRITO, D. T. F. et al. Dor em úlcera crônica: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes do município de Cuité – PB. **Academus Revista Científica da Saúde, SMSRIO**, Cuité, v. 2, n. 2, maio-agosto. 2017. Disponível em: <http://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/317/279>.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, Editado como livro impresso em 2018. ISBN 978-85-8271-504-81.

FARIA, G.B.G; et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(12):4532-8, dez., 2016.

GOMES, T. et al. Caracterização das lesões crônicas e os fatores associados em moradores de um território de saúde em Vitória, Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/ Brazilian Journal of Health Research**, 13(1): 52-57. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/1330/991>.

GONÇALVES, M. B. B.; RABEH, S. A.N.; TERÇARIOL, C. A. S. Contribuição da educação a distância para o conhecimento de docentes de enfermagem sobre avaliação de feridas crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** .23(1):122-9, jan.-Fev.2015.

GRAMS, S. T. et al. Marcha de Pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica e Claudicação Intermitente. **Rev Bras Med Esporte**. Vol. 15, no 4. Jul/ago.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n4/v15n4a04.pdf>.

LARA, M.O. et al. Significado da ferida para portadores de Úlceras Crônicas. **Cogitare Enferm**. 16(3):471-7. Jul/Set, 2011.

LIEDKE, D. C. F.; JOHANN, D. A.; DANSKI, M.T. R. Consultório de enfermagem para tratamento de feridas em hospital de ensino. **CogitareEnferm**.Curitiba-PR 19(3):590-. Jul/Set;2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34486/23254>.

LIMA, M. S. F. S. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio “enfrentamento/tolerância ao estresse” identificados em mulheres com úlcera de perna. **Rev enferm UFPE on line**, Recife,11(Supl. 3):1365-74, mar.2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13978/16828>.

MALAQUIAS, S.G. et al. Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlceras vasculares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis,23(2): 434-42, Abr-jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00434.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00434.pdf)

MARQUES-VIEIRA, C.M.A. Diagnóstico de enfermagem “deambulação prejudicada” no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**. 36(1):104-11. Mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt\\_1983-1447-rgenf-36-01-00104.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00104.pdf)

MEDEIROS, A.B.A. et al. Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. **Rev Gaúcha Enferm**, 37(1):e 54105 Mar; 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160154105.pdf>

NETO, C.J.B.F. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, 68(2):305-10, mar-abr.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0305.pdf>

NOGUEIRA, G. A .et al. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional **Rev. Eletr. Enf**. 17(2):333-9, abr./jun.2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a17.pdf>

OLIVEIRA, B. G. B.; CASTRO, J. B. A.; GRANJEIRO, J.M.; Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 21(esp.1):612-7. dez. 2013 Disponível em: <http://www.facen.uerj.br/v21nesp1/v21e1a09.pdf>

OLIVEIRA, F.P. et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Rev Gaúcha Enferm**, 37(2):e55033, jun.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255033.pdf>

QUEIRÓZ, D.T. G; et al. Dor – 5º sinal vital: conhecimento dos enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 9(4):7186-92, abr. 2015.

REIS, K.M.C, JESUS, C.A.C. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 23(5):1130-8. nov.-dez.2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01130.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01130.pdf)

SALOMÉ, G.M. BLANES, L. FERREIRA, L.M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev Col Bras Cir**. 38(5): 327-333. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n5/a08v38n5.pdf>

SANTOS, A.S.R. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 17(1): 141-9, Jan-Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/16.pdf>

SANTOS, F.A.A; et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev bras epidemiol**, Florianópolis,18(1): 234-47, jan-mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00234.pdf>

SANTOS, S. S. **Diagnósticos de enfermagem em indivíduos com ferida crônica assistidos no ambulatório de um hospital de ensino**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Brasília. Brasília – DF, 2014. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13484/1/2014\\_SimoneSilvadosSantos.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13484/1/2014_SimoneSilvadosSantos.pdf)

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, 5(2):153-158, 2014. Disponível em: [https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod\\_resource/content/1/SAE\\_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod_resource/content/1/SAE_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf)

SEHNEM. G.D. et.al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas **Cienc Cuid Saude**, 14(1):839-846 Jan/Mar.2015. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20949/pdf\\_292](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20949/pdf_292)

SILVA, T. O. et al. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, 8(5):392-8, set-out. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>

SOUZA, L.H. R. et al. Queda em idosos e fatores de risco associados. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 55-60, out./dez..2017. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/viewFile/4804/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/4804/pdf)

SQUIZZATTO, R.H et al. Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas. **Cogitare Enferm**, São José do Rio Preto, 22(1): 01-09, Jan/mar. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48472/pdf>

TAVARES, T. C. A. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a um paciente portador de úlcera venosa: relato de experiência. **Anais do V Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)**, Universidade Federal do Pará – 8 a 11 de novembro de 2016. Disponível em: [http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/retrato\\_de\\_experiencia/aplicacoes\\_clinicas/REL135.pdf](http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/retrato_de_experiencia/aplicacoes_clinicas/REL135.pdf)

TEIXEIRA, A.K.S; SILVA, L.F. Artigo Original 2 - Reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa segundo a Teoria de Imogene King. **Rev. Associação Brasileira de Estomaterapia. Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v.1 n. 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/107>

VIEIRA, C.P.B. et al. Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. **Rev baiana enferm**, Teresina-PI, 31(3):e17397. 2017. Disponível em: <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17397/15008>

VIEIRA, V.A.S. et al. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. **Revista Baiana de Enfermagem**, 31(4):e21498. 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21498/15390>

WAIDMAN, M. A. P et al. Ocotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, 20(4): 691-9, Florianópolis, Out-Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>

# CAPÍTULO 11 - ENFERMAGEM EM PRÁTICAS AVANÇADAS ATUALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Diba Maria Sebba Tosta de Souza  
Luiz Augusto Mota Lino

## INTRODUÇÃO

Enfermagem em Práticas Avançadas (EPA) são técnicas surgidas na segunda metade da década de 70 e foram apresentadas ao mundo através dos países norte-americanos. Com o avanço das tecnologias a EPA vêm despertando o fascínio de inúmeros países. O Brasil possui um grande interesse na implantação de tais práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) por enfatizar a prevenção de doenças e a manutenção da saúde. A discrepância entre profissionais de EPA para profissionais generalistas pode ser percebida por meio de suas ações, as quais farão o uso da individualidade e, assim, possibilitando que cada paciente seja tratado de acordo com a necessidade em questão. Tais ações podem abordar a comunicação verbal e não verbal, o modo de agir com outros profissionais e com os pacientes. Determinados problemas que acometem a população demandam conhecimento mais amplo e específico sobre a doença, para manter a universalidade à aplicação dos serviços de saúde. Ainda é necessário reorganizar as normativas com relação à prática, reconhecendo a capacidade e independência do profissional (Schneider, 2020; Paz *et al.* 2018).

Em âmbito legal a primeira literatura nacional sobre a prescrição de enfermagem é datada de 1932, o decreto nº 20.931 que limitava e institucionalizava a prescrição medicamentosa à médicos e odontólogos, vedando a prescrição em seu artigo 37 inciso “d” a prescrição medicamentosa em casos de urgência à parteiras e enfermeiras. E atualmente a

lei 7.498 em seu artigo 11, parágrafo II, inciso c; torna a autonomia prescritiva do enfermeiro uma decisão institucional (Martiniano *et al.* 2021).

Mestrado em EPA vem sendo cogitado pela Escola Paulista de Enfermagem (EPE-UNIFESP), levando em consideração a destreza dos docentes em relação ao tema “saúde da mulher”, visando regulamentar a prática no país (Mattos-Pimenta *et al.* 2020). Embora ainda não regulamentadas, a EPA por meio do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) já possui comissão para discussão e regulamentação de Enfermagem em Práticas Avançadas (COREN-SP, 2017)

Cada local tem sua necessidade específica, onde os Profissionais de EPA estão evoluindo juntamente com a conjuntura social, atuando juntamente com generalistas e especialistas, mesmo que sua evolução se dê de forma diferente para cada localidade, em toda via existem compatibilidades. Dentre os principais contratemplos encontrados pelos Prestadores de EPA em todas as nações estão: nível educacional padrão, uniformização, valorização salarial, aceitação da prescrição de enfermagem além do preconceito social, vale ressaltar que os enfermeiros de EPA são de suma importância na promoção da saúde mundial (Sheer, Wong; 2008; Fitzgerald *et al.* 2011)

A efetivação da cobertura universal de saúde, depende de subsídio cabível, a insuficiência financeira dos países de baixa renda impede exclusividade de investimentos, transformando o acesso a saúde desigual para essas populações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem realizado medidas orçamentarias para diminuir gastos desnecessários no setor da saúde, foram estabelecidas dez medidas, cinco podem ser minimizadas pela EPA sendo: o abuso de serviços pelo usuário, profissionais de alto custo e baixo rendimento, internações inadequadas, cuidados mal prestados, cuidados ineficientes ou em quantidade ineficiente (Bryant-Lukosius, *et al.* 2017)

Diante deste contexto surgiu a seguinte pergunta de pesquisa, o que é a Enfermagem em Práticas Avançadas e quais são as suas competências? A hipótese é que a EPA amplia o conhecimento e aprimora as

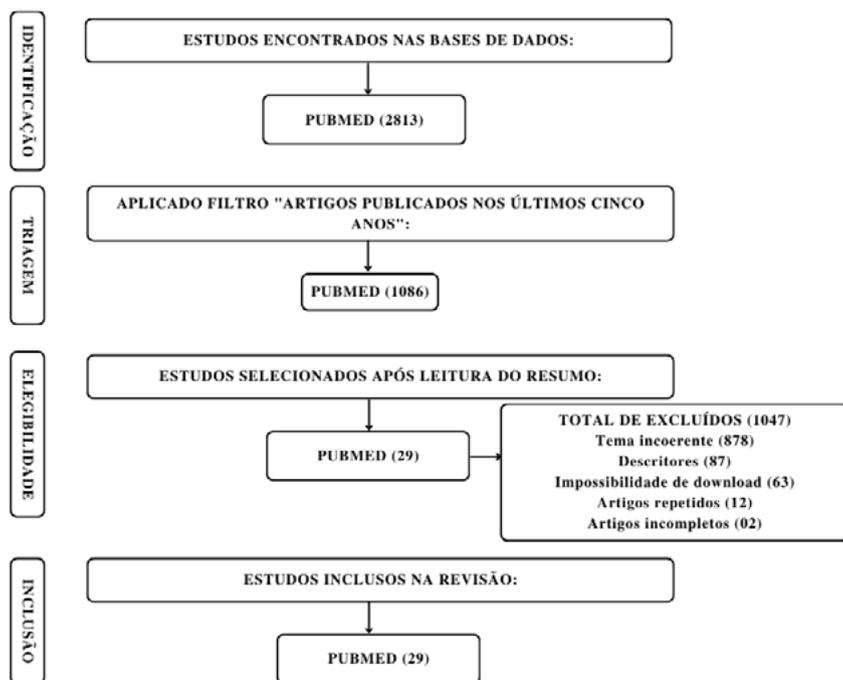
habilidades técnicas. Sendo assim o objetivo deste estudo é identificar, analisar e revisar evidências científicas sobre Enfermagem em Práticas Avançadas (EPA) e Competências.

## MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa de literatura referente a Enfermagem em Práticas Avançadas e suas Competências, em termos de natureza, características e volume. A busca avançada foi efetivada correlacionando os descritores “*Advanced Pratices Nurses*” e “*Competences*” ambos são descritores no MeSH. A busca booleana foi realizada no banco de dados Pubmed utilizando o operador “AND”. A pesquisa foi efetuada entre 17 de agosto e 02 de dezembro de 2021.

Os critérios de inclusão são a ênfase em atividades do Enfermeiro em Enfermagem em Práticas Avançadas enfoque no tema descrito. As atividades ou direitos considerados inerentes ao profissional são: autonomia o profissional, autoridade para com sua equipe; solicitação de exames, prescrição de medicamentos, admissão de paciente entre outros. Foram inseridos artigos de vários idiomas e em diversos locais de publicação, o ano de publicação aceito foi entre 2016 a 2021.

Foram encontrados 2.813 artigos entre 1975 e 2021; aplicou-se o filtro “artigos publicados nos últimos 5 anos” e foram excluídos 1.737, restando 1.086 estudos para análise de resumo. 81,60% dos artigos (878 estudos) foram descartados pelo tema ser incoerente com a pesquisa; 8% (87 estudos) descartados pelos descritores onde possuíam práticas avançadas em enfermagem, porém não eram seu foco; 6% (63 estudos) houve a impossibilidade no download; 1% (12 estudos) estavam repetidos; 1% (5 estudos) pelo tipo de projeto; 0% (2 projetos de estudos) estavam ainda sendo realizados. Os demais 11% correspondem aos 29 artigos selecionados para o estudo conforme ilustrado pelo fluxograma 1.



Fonte: Dos Autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Autores descrevem sobre o interesse mundial na implementação e padronização da EPA. A definição do escopo é essencial para a padronização desta função e sua nomenclatura, necessitando de reconhecimento e criação de instrumentos e processos para nortear e clarear os caminhos da EPA, estes profissionais se diferem graças a autonomia na tomada de decisão e responsabilidade pelas decisões tomadas, com a evolução. A EPA desde seu surgimento na metade do século XX, surgiu com intuito de sanar a falta de profissionais de medicina e há concordância em diversos países sobre mestrado em nível base, contudo grande parte dos enfermeiros ainda não atendem os pré-requisitos (Sevilla-Guerra *et al.* 2019)

Os profissionais de EPA são portadores de capacidades específicas denominadas “competências”, o termo traz consigo a exigência do

aprimoramento profissional, sendo a liderança clínica uma destas habilidades, onde diferentemente dos profissionais de práticas estendidas, necessitam de um nível mínimo de mestrado. A dificuldade no desenvolvimento da EPA se dá por conta de sua fundação em um processo de consultor, atuando de forma indireta ao paciente nos primórdios da enfermagem. O IOM vem apoiando e estimulando a autonomia profissional pensando no regulamento da função, em 2017 nasceu o credenciamento de EPA no Reino Unido, mediante pagamento da taxa de £350,00 válido por 3 anos, contudo, a função ainda não possui total apoio dos órgãos competentes (LIPLEY, 2017).

A EPA estimula a autonomia do profissional de enfermagem, que anteriormente possuía certa submissão ao profissional de medicina, que por sua vez ainda possuem receio de “perderem sua autonomia” devido ao avanço da EPA, contudo a EPA visa trabalho interdisciplinar com foco no paciente. Nos países onde a EPA já vem sendo utilizada, há relatos de dificuldade na realização de suas competências, na china por exemplo a EPA surge como solução para prestação de atendimentos de qualidade para a população em questão seja por motivos socioeconômicos, falta de profissionais além da presença de diversas doenças controláveis pelo EPA. O avanço da EPA tem se mostrado pela sua implementação em diversos países de diversas culturas, como por exemplo a Arabia Saudita há um estímulo no aprimoramento profissional, embora existam receios por parte de outros profissionais devido ao medo de perder sua autonomia ao EPA (BARTOSIEWICZ; ŁUSZCZKI; DEREń, 2020; WOO; ZHOU; LIM; TAM, 2019).

O IOM vem ressaltando a importância na ampliação do escopo do profissional de enfermagem, visando atingir o máximo de seu potencial. Como já citado a autorregulação profissional é o ápice da veracidade profissional, visto que não se trata de novo nivelamento profissional e sim uma ferramenta interprofissional. No Brasil, a EPA pode ser a solução para atendimentos de qualidade em toda sua extensão, contudo não há clara definição sobre o tema. O estímulo do IOM se dá graças aos

resultados atingidos pela EPA, que se mostram iguais ou superiores aos profissionais de medicina, é necessário preparar o espaço para chegada da EPA os profissionais demonstram-se eficazes nos ambientes intra e extra-hospitalares atuando em diversos setores sanando a necessidade profissional (KELLY; BLUNT; NESTOR, 2017).

A criação das especialidades de EPA é o ponto chave, a EPA pode sanar a necessidade em serviços especializados, pode-se analisar por exemplo, as doenças cardiovasculares (DCV), que ocasionam 30% de todas as mortes no mundo, podendo assim a EPA prestar cuidado integrado aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), visando controle e prevenção de óbitos. Além disso os profissionais podem realizar a leitura de ECG e exames complementares (HALÁSZ *et al.* 2021)

Enfermeiros de EPA em obstetrícia realizam diversas funções, sejam acadêmicas ou clínicas. A EPA ainda é um assunto novo no continente Europeu, a Bélgica por exemplo sofre com a escassez destes prestadores em obstetrícia, e os profissionais existentes, atuando em cargos de liderança. No País a prescrição medicamentosa é garantida quando se atua enfermagem obstétrica, há também grande interesse de implantação do EPA nos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Goemaes et al. 2020).

A necessidade de treinamento aplicado em farmacologia, e o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação (TIC) pela EPA está diretamente alicerçada a facilitar o trabalho. Deve se ressaltar que a prática profissional anterior como Enfermeiro é importantíssima para o profissional de EPA aprimorar sua capacitação na sua jornada de trabalho (Taylor et al. 2020).

Os EUA vêm inovando no cenário da saúde, TÊM expandido acesso aos veteranos em cuidados de saúde fora do seu ambiente de cuidados tradicional, a *Veterans Affairs* (VA) sofre com a falta de profissionais militares para prestação de serviços e a distante localização dos centros de atendimento, deste modo os veteranos encontram no sistema de saúde externo a eficácia e quebra de estigmas gerados ao se frequentar o VA, menos de 60% dos veteranos confiam em profissionais militares

para assumirem o tratamento de Estresse pós Traumático (PTSD), Trauma Sexual, Dor crônica entre outros. Em 2014 após a aprovação provisória da “Lei de Escolha discorria que os veteranos podiam receber atendimento externo perante algumas regras, contudo é um grande desafio a estes profissionais que relatam não estarem preparados para o atendimento desta população devido ao desconhecimento de seu histórico militar. Posteriormente em 2016 tornou-se definitiva esta lei (Maiocco *et al.* 2020; Reed 2017).

Na Bélgica ainda não há regulamentação profissional da EPA, normalmente chamados de *Clinical Nursing Specialist* CNS’s, mas os profissionais vêm atuando com um bom índice de aprovação no setor hospitalar, bolsas de estudo e cursos de aprimoramento vem sendo criados mundialmente (Goemaes *et al.* 2019; Hu *et al.* 2019).

A simulação clínica para diagnósticos objetivos vem se mostrando uma forte aliada aos alunos de EPA, mas nada substitui a prática no dia a dia de forma realista. Profissionais de EPA estadunidenses relatam altos níveis de confiança após treinamento em simulação clínica sejam eles profissionais com experiência ou recém-formados alicerçado ao aumento da necessidade de profissionais (Woodruff *et al.* 2017; Ahmed *et al.* 2019; Aronowitz *et al.* 2017; Schams *et al.* 2020). A *American Nurses Association* (ANA) cita a importância da comunicação verbal e não verbal ao EPA e a importância de o profissional visar a segurança do paciente em todos os aspectos (Rohan *et al.* 2020; Hanks *et al.* 2018).

A EPA encontra-se atualmente implantada em 13 países europeus, por mais que existam avanços no campo da EPA o contexto ainda é muito variável em cada nação; 3 das 13 nações concedem plenitude das prescrições ao enfermeiro, levando em consideração essa variabilidade o continente necessita de uma padronização, visando que a plena autonomia pode facilitar a qualidade do atendimento (Maier, 2019; Zarzeka *et al.* 2017; Bruckenthal *et al.* 2019; Raleigh *et al.* 2017; Lee *et al.* 2019).

Profissionais de medicina e enfermagem sofrem com a falta de conhecimento sobre o cuidado de minorias de gênero, embora deva-se

prestar o cuidado sem preconceito, ele deve ser feito de forma individualizada. Na América do norte quando pesquisados profissionais de EPA demonstraram a necessidade do treinamento e ainda que pouco mais de um quarto dos participantes já prestaram atendimentos à minorias de gênero, sendo uma lacuna curricular a ser preenchida (Klotzbaugh *et al.* 2020)

O uso de álcool e drogas é um grande problema de saúde pública e financeiro. Nos EUA um quarto dos adultos relatam episódios de excesso de álcool, o número torna-se mais assustador relacionando à pacientes alcoólatras crônicos, que apenas 1/6 foi aconselhado parar ou reduzir o álcool; neste contexto *Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental* (SAMHSA) vem financiando bolsas de estudos multiprofissionais para suprir tais áreas, onde profissionais de EPA's demonstraram possuir capacidade para realizar encaminhamentos e intervir de forma breve ao paciente (Covington *et al.* 2018).

Na Inglaterra e País de Gales doenças hepáticas são muito comuns, quando não tratadas podem ocasionar complicações severas como a peritonite bacteriana espontânea, necessitando de paracentese terapêutica. O procedimento é o posicionamento um dreno na cavidade peritoneal para a drenagem de fluido peritoneal para alívio de sintomas e tratamento profilático de complicações severas. Apenas médicos seniores o realizavam, porém no *Great Western Hospital*, localizado em Swindon Inglaterra, esta função tem sido delegada aos enfermeiros de EPA no intuito de suprir a alta demanda de paracenteses, recebendo o devido treinamento, garantindo segurança e eficácia ao paciente (Aplin, 2017).

A frequente e atual transferência de funções entre médicos e profissionais de EPA tem facilitado o acesso do paciente à um serviço de qualidade com preços mais acessíveis, a função de Enfermeiro em Endoscopia (EE) vem sendo realizada pela EPA em diversos países. na Austrália devido a escassez de gastroenterologistas, a grande incidência de Neoplasias Intestinais e a força médica insuficiente, onde 50% dos médicos do país são provenientes do exterior. Estudos mostram que o procedimento realizado por EE torna-se mais barato principalmente pelo

alto custo da mão de obra médica. Os pacientes submetidos ao procedimento demonstraram grande satisfação. Após o programa Nacional de rastreio ao câncer intestinal lançado pelo governo australiano houve aumento no número de endoscopias, introduzindo estes profissionais integralmente para a realização do procedimento (Duncan, *et al.* 2017).

No ano de 2016 houve a recomendação da American Association of Critical-Care Nurses (AACN) para implementação de ultrassonografia em treinamentos de EPA de cuidados agudos devido a versatilidade do exame em questão os EUA possuíam mais de 234.000 profissionais de EPA e mais de 6% deste montante atuava no setor em questão. Além da sua clássica função de pesquisador e educador, profissionais de EPA possuem a função da prescrição medicamentosa onde além de indicar a droga os profissionais estão intrinsecamente ligados na forma que o paciente irá tomá-las, devido ao seu papel de cuidador. Prescrição não abrange apenas medicamentos, o profissional pode prescrever alimentos que ajudem no controle da flora bacteriana do paciente, não sendo necessariamente uma prescrição de farmacológicos (Boeykens *et al.* 2018).

Profissionais de EPA possuem um leque de funções variadas onde algumas seguem polêmicas como a prestação do serviço de abortamento por aspiração a vácuo; visando melhorar a qualidade de vida da mulher em casos de gravidezes indesejadas e perdas em gestações anembrionárias, nos EUA nos 12 estados é legalizada a realização por PCA e profissionais de EPA. eles demonstram capacidade em prestar serviços de qualidade na área quando receberam o devido treinamento, Outra função que segue polemica alicerçada a EPA é o uso de cannabis herbácea (Maconha) medicinal é legalizado no Canadá desde 2001 (Levi *et al.* 2018)

## CONCLUSÃO

É necessária padronização de forma nacional e internacional, a fim de garantir os direitos, deveres e obrigações do profissional, além de propiciar maior qualidade de atendimentos aos pacientes. Vale ressaltar que tudo isso só será possível com apoio de órgãos competentes e a

conscientização interprofissional. Perante a importância destas práticas, o interesse internacional o impacto descrito cabe aos órgãos regulamentadores criarem mecanismos para sua legalização.

## REFERÊNCIAS

Schneider F. Práticas Avançadas de Enfermagem: conceitos e estratégias na implantação. *Glob Acad Nurs* [acessado em 28 de Junho de 2021];2020;1(2):e11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200011>

Paz, E., Cunha, C., de Menezes, E., dos Santos, G., Ramalho, N., & Werner, R. PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM: REDISCUINDO A VALORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Enfermagem em Foco*. 2018 [acessado em 28 de Junho de 2021];9:(1), p41-43. [Online]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1856>

Martiniano CS, Andrade PSde, Magalhães FC, et al. LEGALIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO ENFERMEIRO NO BRASIL: HISTÓRIA, TENDÊNCIAS E DESAFIOS. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2015[Acesso em 21 de Julho de 2021];24:809–17. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442216024>.

Mattos-Pimenta CA, Coca KP, Amorim MHC, Belasco AGS, Gabrielloni MC, Schirmer J. Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2020[Acessado 07 de Julho de 2021], v. 33. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AE01235>.

Conselho Regional de Enfermagem São Paulo (COREN-SP), Orientação Fundamentada 066-2017. [acessado em: 15 de julho de 2021]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Orientac%CC%A7a%CC%83o-Fundamentada-066-.pdf>

Sheer B, Wong FK. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*. 2008[acessado em: 15 de julho de 2021];40(3):204-211. Disponível em: doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x.

Fitzgerald C, Kantrowitz-Gordon I, Katz J, Hirsch A. Advanced Practice Nursing Education: Challenges and Strategies. *Nursing research and practice*. 2012 [Acessado em:05 de Julho de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2012/854918>.

Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to

Health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017[acessado em 29 de Junho de 2021] 30;25:e2826. doi: 10.1590/1518-8345.1677.2826. PMID: 28146177.

Sevilla-Guerra S, Zabalegui A. Analysis instruments for the performance of Advanced Practice Nursing. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019[Accessado em: 27 de Outubro de 2021];29(2):90-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.002>. [https://doi.org/Epub 2017 Dec 1](https://doi.org/Epub%202017%20Dec%201). PMID: 29198618.

Accrediting advanced practice: who will benefit? *Nurs Manag (Harrow)*. 2017[Accessado em: 04 de Novembro de 2021];23(10):5 Disponível em: <https://doi.org/10.7748/nm.23.10.5.s1>. PMID: 28240087.

Bartosiewicz A, Łuszczki E, Dereń K. Personalized Nursing: How Life Satisfaction and Occupational Burnout Influence New Competences of Polish Nurses. *J Pers Med*. 2020[Accessado em: 09 de Novembro de 2021];10(2):48. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jpm10020048>. PMID: 32521688; PMCID: PMC7354610.

Woo BFY, Zhou W, Lim TW, Tam WWS. Practice patterns and role perception of advanced practice nurses: A nationwide cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2019 [Accessado em: 21 de Setembro de 2021];27(5):992-1004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12759>. Epub 2019 Apr 21. PMID: 30776163.

Kelly MM, Blunt E, Nestor K. After-hours/on-call experience during primary care nurse practitioner education utilizing standard scenarios and simulated patients. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017 [Accessado em: 15 de Novembro de 2021];29(12):725-732. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12526>. Epub 2017 Oct 25. PMID: 29067780.

Grešš Halász B, Dimunová L, Rónayová I, Knap V, Lizáková I. Advanced Practice Nursing in Cardiology: The Slovak Perspective for the Role Development and Implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [Accessado em: 27 de Outubro de 2021];18(16):8543. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168543>. PMID: 34444292; PMCID: PMC8392472.

Goemaes R, Beecman D, Verhaeghe S, Van Hecke A. Sustaining the quality of midwifery practice in Belgium: Challenges and opportunities for advanced midwife practitioners. *Midwifery*. 2020 [Accessado em: 02 de Outubro de 2021];89:102792. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102792>. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32653612.

Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangensteen S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, Fagerström L. The self-assessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *J Clin Nurs*. 2020 [Accessado em: 14 de Setembro de 2021];29(3-4):545-555. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15095>. Epub 2019 Dec 8. PMID: 31714619.

Maiocco G, Vance B, Dichiacchio T. Readiness of Non-Veteran Health Administration Advanced Practice Registered Nurses to Care for Those Who Have Served: A Multimethod Descriptive Study. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020 [Acessado em: 09 de Novembro de 2021];21(2):82-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1527154420923749>. Epub 2020 May 14. PMID: 32408799.

Reed PG. Philosophical Clarity and Justifying the Scope of Advanced Practice Nursing. *Nurs Sci Q*. 2017 [Acessado em: 24 de Novembro de 2021];30(1):73-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318416680709>. PMID: 28899303.

Goemaes R, Lernout E, Goossens S, Decoene E, Verhaeghe S, Beeckman D, Van Hecke A. Time use of advanced practice nurses in hospitals: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2019 [Acessado em: 01 de Novembro de 2021];75(12):3588-3601. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14198>. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31566771.

Hu J, Yang Y, Fallacaro MD, Wands B, Wright S, Zhou Y, Ruan H. Building an International Partnership to Develop Advanced Practice Nurses in Anesthesia Settings: Using a Theory-Driven Approach. *J Transcult Nurs*. 2019 [Acessado em: 14 de Novembro de 2021];30(5):521-529. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659619846248>. Epub 2019 May 6. PMID: 31060444.

Woodruff K, O'Neill SP, Walton-Moss BJ. Exploring APN Students' Perceptions, Self-Confidence, and Satisfaction With Clinical Simulation. *Nurs Educ Perspect*. 2017 [Acessado em: 02 de Dezembro de 2021];38(6):347-349. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000176>. PMID: 28570372.

Ahmed RA, Botsch A, Ballas D, Benner A, Hammond J, Schnick T, Khobrani A, George R, Polansky M. Advanced Practice Provider Critical Care Boot Camp: A Simulation-Based Curriculum. *J Med Educ Curric Dev*. 2019 [Acessado em: 16 de Novembro de 2021];6:2382120519840350. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2382120519840350>. PMID: 31001592; PMCID: PMC6454646.

Aronowitz T, Aronowitz S, Mardin-Small J, Kim B. Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as Education in Advanced Practice Registered Nursing Education. *J Prof Nurs*. 2017 [Acessado em: 23 de Novembro de 2021];33(2):119-125. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.06.003>. Epub 2016 Jun 18. PMID: 28363386.

Schams K, Snyder A, Zeller D, Caywood K. Learning Together: Combining Undergraduate and Graduate Simulated Learning for Practicing Physical Assessment Skills. *Nurs Educ Perspect*. 2020 [Acessado em: 27 de Novembro de 2021];41(3):177-179. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000533>. PMID: 31232875.

Rohan A, Fullerton J. Developing advanced practice nurse writing competencies as a corequisite for evidence-based practice. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2020 [Acessado em: 15 de Setembro

de 2021];32(10):682-688. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000298>. PMID: 31567778.

Hanks RG, Starnes-Ott K, Stafford L. Patient Advocacy at the APRN Level: A Direction for the Future. *Nurs Forum*. 2018 [Acessado em: 17 de Novembro de 2021];53(1):5-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12209>. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28398600.

Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health*. 2019 [Acessado em: 12 de Setembro de 2021];17(1):95. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>. PMID: 31815622; PMCID: PMC6902591.

Zarzeka A, Panczyk M, Zmuda-Trzebiatowska H, Belowska J, Samolinski L, Iwanow L, Gotlib J. NURSE PRESCRIBING. KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF POLISH NURSES IN THE EVE OF EXTENDING THEIR PROFESSIONAL COMPETENCES: CROSS-SECTIONAL STUDY. *Acta Pol Pharm*. 2017[Acessado em: 15 de Novembro de 2021];74(3):1031-1038. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29513974/> PMID: 29513974.

Bruckenthal P, Gilson AM. Development and Validation of the Achieving Effective & Safe Opioid Prescribing-Advanced Practice Registered Nurse (AESOP-APRN) Survey: A Pilot Study. *Pain Manag Nurs*. 2019 [Acessado em: 24 de Setembro de 2021];20(3):214-221.e3. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.02.013>. Epub 2019 May 14. PMID: 31101559.

Raleigh M, Allan H. A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *J Clin Nurs*. 2017 [Acessado em: 09 de Novembro de 2021];26(13-14):2025-2035. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13613>. Epub 2017 Apr 19. PMID: 27717061.

Lee H, Lee YJ, Lee J, Kim S. Physical examination competence as a predictor of diagnostic reasoning among new advanced practice nurse students: a cross-sectional study. *Contemp Nurse*. 2019 [Acessado em: 23 de Outubro de 2021];55(4-5):360-368. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1670707>. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31544601.

Klotzbaugh RJ, Ballout S, Spencer G. Results and implications from a gender minority health education module for advance practice nursing students. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2020 [Acessado em: 23 de Novembro de 2021];32(4):332-338. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000249>. PMID: 31373959.

Covington K, Johnson JA, Henry D, Chalmers S, Payne F, Tuck L, Seale JP. Alcohol and drug screening and brief intervention behaviors among advanced practice registered nurse (APRN) students in clinical settings. *Appl Nurs Res*. 2018 [Acessado em: 30 de Novembro de 2021];39:125-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.015>. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29422147.

Aplin N. Advanced nurse practitioner-led abdominal therapeutic paracentesis. *Emerg Nurse*. 2017 [Acessado em: 03 de Novembro de 2021];24(10):34-37. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/en.2017.e1648>. PMID: 28279089.

Duncan N, Bonney D, Au C, Chalmers C, Bennett PN. Introduction of the Nurse Endoscopist Role in One Australian Health Service. *Gastroenterol Nurs*. 2017 [Acessado em: 09 de Novembro de 2021];40(5):350-356. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SGA.000000000000264>. PMID: 28957967.

Boeykens K, Van Hecke A. Advanced practice nursing: Nutrition Nurse Specialist role and function. *Clin Nutr ESPEN*. 2018 [Acessado em: 30 de Agosto de 2021];26:72-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.04.011>. Epub 2018 May 8. PMID: 29908686.

Levi A, Goodman S, Weitz T, AbiSamra R, Nobel K, Desai S, Battistelli M, Taylor D. Training in aspiration abortion care: An observational cohort study of achieving procedural competence. *Int J Nurs Stud*. 2018 [Acessado em: 10 de Novembro de 2021];88:53-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.003>. Epub 2018 Aug 13. PMID: 30196123.

## CAPÍTULO 12 - INFECÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CATETER VENOSO CENTRAL

Viviane Aparecida de Souza Silveira  
Elisa Lopes Rosalin  
Luthieska Aparecida Santos Garcia

### CONTEXTO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se trata do lugar onde os pacientes mais graves recebem uma monitorização ininterrupta, tendo o suporte adequado e necessário em um ambiente isolado. É um local que possui equipamentos e tecnologias avançadas para garantir a estabilidade do paciente. A equipe de saúde realiza um trabalho comprometido que utiliza de alto padrão de conhecimento técnico e científico e recursos que garantem uma assistência de qualidade (OUCHI *et al.*, 2018).

Por outro lado, tais recursos são fatores determinantes do risco de infecção hospitalar em pacientes graves, visto que estes têm doenças ou condições clínicas predispostas a infecções. (CUNHA; ANDRADE, 2011).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são todas ou quaisquer infecções adquiridas no período de hospitalização e que o paciente não apresentava no momento da admissão. As IRAS representam uma das complicações mais importantes relacionadas à segurança do paciente em todo o mundo, bem como um problema frequente e grave de saúde pública (BARROS *et al.*, 2016).

O uso de dispositivos invasivos na UTI como sondas, cateteres, drenos etc. servem como porta de entrada de microrganismos, resultando no acometimento do paciente a mais de uma patologia, como, por exemplo, a Pneumonia Associada ao uso da Ventilação Mecânica

Invasiva (PAVM), Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionada ao uso de cateter vesical de demora e Infecção da Corrente Sanguínea (IPCS) associada ao uso do cateter venoso central (MICHELS JUNIOR, 2020).

Cada unidade tem sua rotina de troca de dispositivo, podendo variar, mas devendo ser cumprida de forma correta com o objetivo de evitar a infecção. Fica sob a responsabilidade do enfermeiro a implementação dessa rotina como medida preventiva e de conscientização e orientação da equipe, juntamente às recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (CUNHA; ANDRADE 2011).

Segundo Sousa *et al.* (2017), dos dez artigos por eles estudados, todos evidenciavam a correlação entre as infecções hospitalares nas UTIs ao uso de procedimentos e dispositivos invasivos.

Sabe-se que as infecções hospitalares possuem caráter multifatorial, ou seja, ocorrem por fatores intrínsecos e extrínsecos, dentre eles o ambiente. Pela somatória de fatores como o quadro clínico crítico, ambiente de internação isolado e procedimentos invasivos cotidianos, pacientes internados em UTI estão sujeitos a riscos de 5 a 10 vezes maiores de adquirir uma infecção hospitalar que em qualquer outra unidade de internação hospitalar (SOUZA *et al.*, 2017).

Dentre os diversos dispositivos invasivos utilizados na UTI, destaca-se o uso de cateteres intravasculares, principalmente os venosos. Temos então o Cateter Venoso Central (CVC), que possui como principal finalidade facilitar o tratamento, o diagnóstico e a monitorização do paciente, sendo regularmente utilizado para administração de medicamentos que necessitam de uma via rápida e calibrosa, como eletrólitos, nutrição parenteral e/ou interação medicamentosa de urgência (SILVA *et al.*, 2019).

O suporte nutricional é uma alternativa a pacientes hospitalizados que apresentam piora em estado nutricional do quadro clínico devido à resposta inflamatória, ao estresse metabólico e à imobilidade. A nutrição enteral é a primeira opção, visando manter a integridade estrutural e a funcionalidade do trato gastrointestinal. Na impossibilidade da via oral e/ou enteral, a nutrição parenteral (NP) é utilizada para prevenção da deterioração do estado nutricional, minimizando as complicações do jejum prolongado (CORMELATO, 2021).

A NP é uma forma de alimentação através de uma solução de nutrientes a qual é infundida por via endovenosa, através do CVC, com finalidade de oferecer calorias, aminoácidos, vitaminas, oligoelementos e eletrólitos para pacientes que apresentam impossibilidade de utilização do trato gastrointestinal ou intolerância à terapia nutricional enteral (CORMELATO, 2021).

Pensando no maior conforto à mobilização do paciente e em maior facilidade de manuseio para curativo e fixação, além de maior facilidade de identificação anatômica em pacientes obesos, é preferencialmente utilizado o acesso na subclávia, de forma que o lúmen utilizado para a NP é exclusivo devido à incompatibilidade com outras substâncias. As complicações do CVC dependem de fatores como veia puncionada, tempo de uso, quantidade de lúmens, tipo de fluido e quadro clínico, porém, a NP apresenta um risco significativo para infecção do cateter, visto que é fonte de nutrientes que podem contribuir para o crescimento de fungos e bactérias (ALENCAR *et al.*, 2021).

Apesar dos diversos benefícios oferecidos, o uso constante do CVC é fonte oportuna de infecção local ou sistêmica. Isso se dá muitas vezes por conta da duração do cateterismo, patologia do paciente e procedimentos realizados pela equipe de Enfermagem durante a prestação de cuidados, como a troca do curativo (SILVA *et al.*, 2019).

Segundo Sousa *et al.* (2018), em relação aos curativos do CVC, estes possuem como principal objetivo proteger o local de incisão do cateter, evitando a movimentação e o deslocamento do cateter e minimizando as possibilidades de infecção.

Dentre os curativos disponíveis, atualmente se faz o uso frequente do que contém membrana semitransparente, que possibilita a visão do local de inserção e possíveis sinais flogísticos, e possui durabilidade de até 7 dias, com isso diminuindo o manuseio e a troca. Além disso se faz uso de curativos compostos por gaze e fita microporosa, para cuja utilização se deve realizar a avaliação do local de inserção diariamente e a troca deve ser realizada a cada 48 horas (REZER; FAUSTINO, 2019).

Analisar e identificar as principais bactérias que podem ser encontradas no ambiente da UTI é de extrema importância para que seja pos-

sível analisar perfis patogênicos. Esse processo é necessário devido às variações de prevalência encontradas como bactérias multirresistentes e a ineficácia terapêutica, que influenciam no tratamento mais eficaz para o controle e tratamento de infecções por bactérias (BASSO *et al.*, 2016).

De acordo com Faria *et al.* (2021), em relação ao perfil microbiológico de uma UTI, dentre os diversos microrganismos que podem ser encontrados, destacam-se três: *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus sp.* e *Acinetobacter baumannii*. Porém os mesmos autores ressaltam que, a depender da amostra, as taxas e tipos de bactérias podem variar, o que dificulta a definição de um real perfil microbiológico, mas fica evidente que as bactérias gram-negativas são prevaletentes.

## JUSTIFICATIVA

A Unidade de Terapia Intensiva, assim como todo e qualquer setor de internação hospitalar, tem por objetivo ofertar a melhoria do quadro clínico geral do paciente, mas aquela se apresenta como o local com maior tecnologia para viabilizar essa sobrevivência do paciente (CUNHA; ANDRADE, 2011).

Porém, por se tratar de um setor de internação de pacientes, em muitos dos casos, hemodinamicamente instáveis, faz-se necessário o uso de dispositivos invasivos, como por exemplo o Cateter Venoso Central (CVC), que possui a finalidade de facilitar o tratamento e o diagnóstico do paciente.

Pelo fato de se tratar de um procedimento invasivo, é fundamental identificar quais fatores podem estar relacionados ao índice de infecção hospitalar e ao uso de dispositivos invasivos, como o CVC, tendo em vista também qual o papel da Enfermagem nesse processo.

Essas considerações nos remetem à relevância da presente pesquisa, a considerar que o cuidado prestado pela equipe de Enfermagem em terapia intensiva é complexo e desafiador, necessitando constantemente de atualização dos conhecimentos para melhoras no cuidado prestado à beira leito (SILVA *et al.*, 2019).

## OBJETIVO

Identificar o índice de infecção hospitalar relacionado ao uso de Cateter Venoso Central (CVC) em pacientes internados nas UTIs adultas (UTI I; UTI II; UTI III) do Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

## METODOLOGIA

### Desenho da Pesquisa

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa.

No estudo retrospectivo o pesquisador colhe informações pgressas dos fatores de exposição e os acompanha por um determinado período de tempo, também de forma pgressa e, portanto, não está presente no tempo de ocorrência dos fatores (CAMARGO *et al.*, 2019)

A pesquisa exploratória visa gerar uma maior aproximação dos autores/pesquisadores com o tema em estudo, fazendo com que eles busquem subsídios não apenas para determinar o tema, mas para conhecê-lo (FONTELLES *et al.*, 2009).

Uma pesquisa descritiva consiste em observação, registro e descrição das características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra da população (FONTELLES *et al.*, 2009).

Por fim, a abordagem quantitativa tem por objetivo apresentar uma descrição numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, por meio de uma amostra desta (CRESWELL, 2010).

### Considerações Éticas

O presente estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução n. 466/12 do Código de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que regulariza pesquisas envolvendo seres humanos. A autonomia, a privacidade e o anonimato dos participantes do estudo foram respeitados, bem como sua livre decisão de participar da pesquisa.

Os dados da presente pesquisa foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre-MG (ANEXO B), com o número do CAAE: 4 60015922.3.0000.5102.

### Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), um hospital universitário que presta assistência a uma área abrangente envolvendo 57 municípios, sendo conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como presta serviços mediante convênios de saúde e a particulares, dispondo de 322 leitos de internações, distribuídos em 19 unidades de internação, entre elas cinco unidades de terapia intensiva, sendo uma destinada à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e três unidades de terapia intensiva adulto (I, II e III). A UTI I disponibiliza 18 leitos de internações e as UTIs II e III 10 leitos cada; juntas essas unidades contam com o serviço de 125 funcionários da equipe de Enfermagem e, desses, 25 são enfermeiros e 100 técnicos de enfermagem.

Os dados foram obtidos através do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH) do hospital supracitado, após a autorização dos diretores técnico e clínico do HCSL (ANEXO A) e aprovação do Comitê de Ética (ANEXO B).

O SCIH do Hospital das Clínicas Samuel Libânio é composto por dois enfermeiros, um farmacêutico, um médico infectologista e dois técnicos de enfermagem. Anualmente, essa equipe revisa seu plano de atuação e elabora o Planejamento do Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) da instituição para o ano subsequente, com a definição de ações de vigilância epidemiológica, educativas, revisão e elaboração de protocolos, normas, rotinas e auditorias internas (visitas técnicas) a serem realizadas. Mensalmente a comissão se reúne para reavaliar as medidas estabelecidas no plano e as conformidades obtidas até o momento e, sendo necessário, traça novas estratégias de trabalho.

Os objetivos da vigilância são a detecção precoce de alterações na rotina pré-estabelecida, de surtos ou pseudo-surtos, observação no cumprimento das normas estabelecidas, detecção de infecções hospitalares, implantação das boas práticas recomendadas pela ANVISA.

Para o levantamento dos indicadores de IRAS associados a procedimentos invasivos são realizadas buscas diárias nos serviços de terapia intensiva (UTI NEO, UTI PED e UTI ADULTO), UCIN, neurologia e cardiologia, com o intuito de obter número de paciente-dia, número de CVC/dia, número de CVD/dia, número de VM/dia.

Os indicadores cirúrgicos, como número de cirurgias e potencial de contaminação, são obtidos a partir de relatórios dos prontuários eletrônicos pelo Sistema *Tasy*. Esse serviço trabalha também com denominadores utilizados, como número de óbitos por unidade, número de saídas, número de transferências e paciente-dia das unidades não monitoradas, sendo estes fornecidos mensalmente pelo setor de estatística do hospital.

Os indicadores são encaminhados mensalmente à Vigilância Sanitária (VISA) de Pouso Alegre, bem como registrados no sistema FORMSUS até o 15º dia útil do mês subsequente. O SCIH realiza divulgação dos indicadores à administração, corpo clínico e às unidades de internações, construindo plano de ações a serem desenvolvidos visando à melhoria contínua do serviço de saúde prestado.

No momento da admissão de qualquer paciente, os dados referentes à última internação são levantados, com o objetivo de detectar qualquer relação entre o diagnóstico atual com a internação anterior, seguindo os princípios de caracterização de infecção relacionada à assistência à saúde e infecção advinda da comunidade.

O SCIH tem acesso aos prontuários e exames microbiológicos dos pacientes em tempo real, possibilitando assim um diagnóstico e o tratamento imediato de IRAS.

## Amostragem

A amostra do estudo consistiu no levantamento dos dados registrados referentes ao uso de CVC em pacientes internados na

UTI pelo SCIH do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, no período de janeiro a dezembro de 2021.

### Casuística

Critérios de inclusão: dados de pacientes que ficaram internados nas UTIs adultas do HCSL no período de janeiro a dezembro de 2021, com faixa etária igual ou acima de 18 anos, que estiveram em uso de CVC durante sua passagem na UTI.

Critérios de não inclusão: pacientes internados em outras unidades externas à UTI e pacientes que não estavam em uso de CVC.

Critérios de exclusão: dados incompletos ou que gerassem dúvida quanto ao uso de CVC.

### Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados no presente estudo a partir das informações armazenadas pelo SCIH no *Tasy* (sistema de prontuário eletrônico, utilizado pela instituição) de todos os pacientes que estavam em uso de CVC no ano de 2021, bem como a descrição da evolução de enfermagem, uso de antibióticos e evolução médica.

Toda infecção e resultado de culturas são notificados ao SCIH pelas unidades de internação e laboratório de análises clínicas. O SCIH disponibiliza esses dados em uma planilha que é composta por todos os dados de internação de cada paciente, incluindo resultado da coleta de amostra de lavado brônquio e resultado da colônia bacteriana. Esses dados são compilados através do Sistema de gestão em saúde *Tasy*, este é o sistema de prontuário eletrônico utilizado no HCSL, no qual ficam armazenados todos os dados referentes à internação do paciente.

Ao iniciar o programa, ele possui um ícone com a descrição do prontuário eletrônico do paciente, ilustrado por um desenho de lua amarela. Ao clicar nesse ícone, ele abre outra janela permitindo a opção de colocar o número do atendimento e número do prontuário do paciente, liberando pequenos ícones os quais darão acesso às evoluções desde o

dia que o paciente deu entrada no hospital até sua alta ou óbito, bem como registros dos exames laboratoriais, de imagem, entre outros.

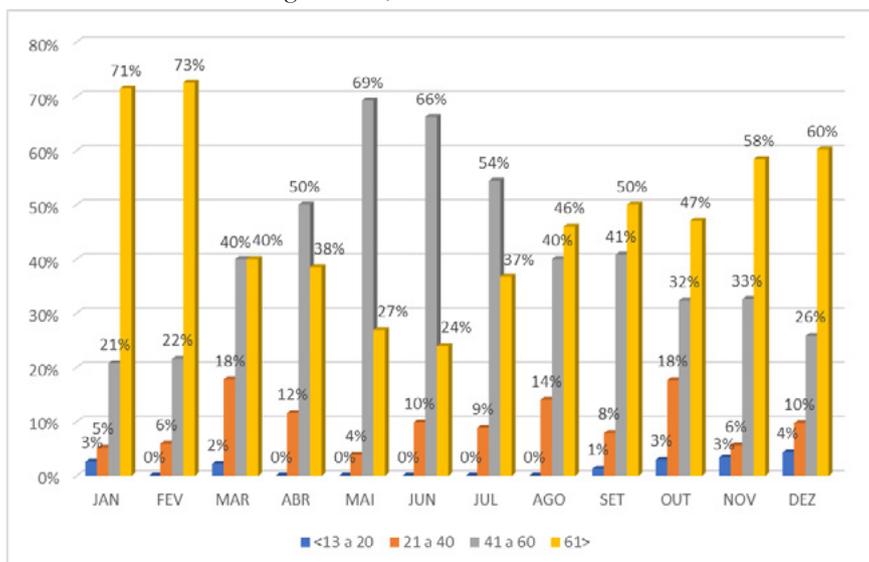
### Procedimento para análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas do *Microsoft Excel* 2010 e submetidos à análise estatística. Para a análise dos resultados foi utilizada estatística descritiva para as variáveis quantitativas, sendo apresentados os resultados em porcentagens e em números absolutos.

## RESULTADOS

O Gráfico 1 representa o percentual de internações por faixa etária na Unidade de Terapia Intensiva I, onde, nos meses de abril a julho de 2021, prevaleceu a faixa etária de 41 a 60 anos e nos demais meses prevaleceu a faixa etária de 61 anos ou mais.

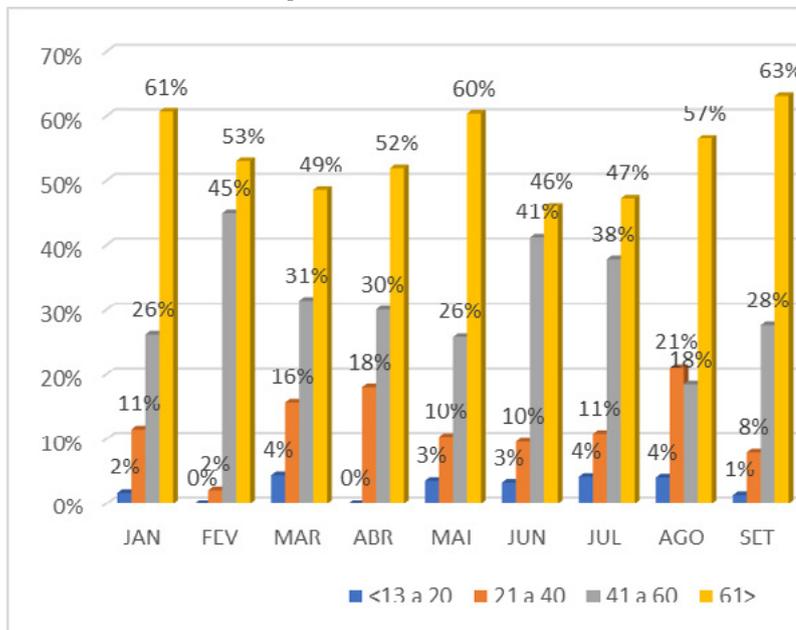
Gráfico 1 – Percentual de internação por faixa etária na UTI Adulta (I) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 2 representa o percentual de internações por faixa etária na Unidade de Terapia Intensiva II, onde em todos os meses do ano de 2021 prevaleceu a faixa etária de 61 anos ou mais.

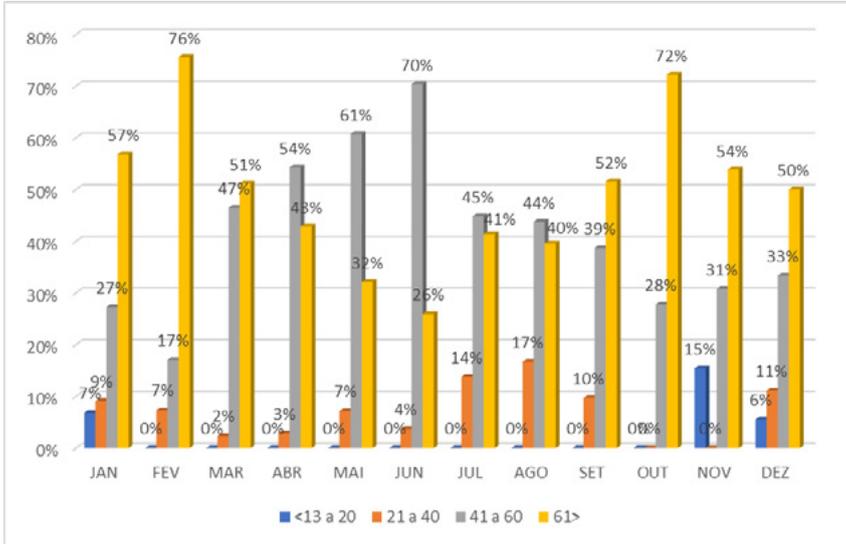
Gráfico 2 – Percentual de internação por faixa etária na UTI Adulta (II) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 3 representa o percentual de internações por faixa etária na Unidade de Terapia Intensiva III, onde, nos meses de abril a agosto de 2021 predominou a faixa etária de 41 a 60 anos e nos demais meses predominou a faixa etária de 61 anos ou mais.

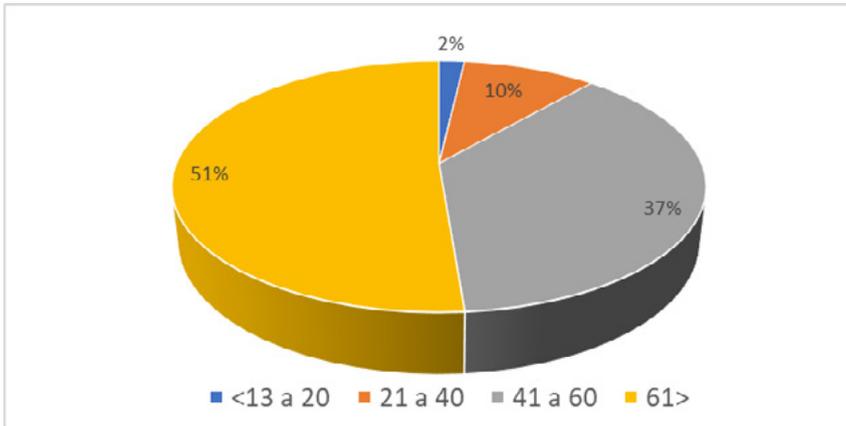
Gráfico 3 – Percentual de internação por faixa etária na UTI Adulta (III) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 4 representa o percentual total anual das internações por faixa etária em ambas as UTIs adultas. Nota-se uma prevalência de mais de 50% das internações em pacientes com 61 anos ou mais (51%).

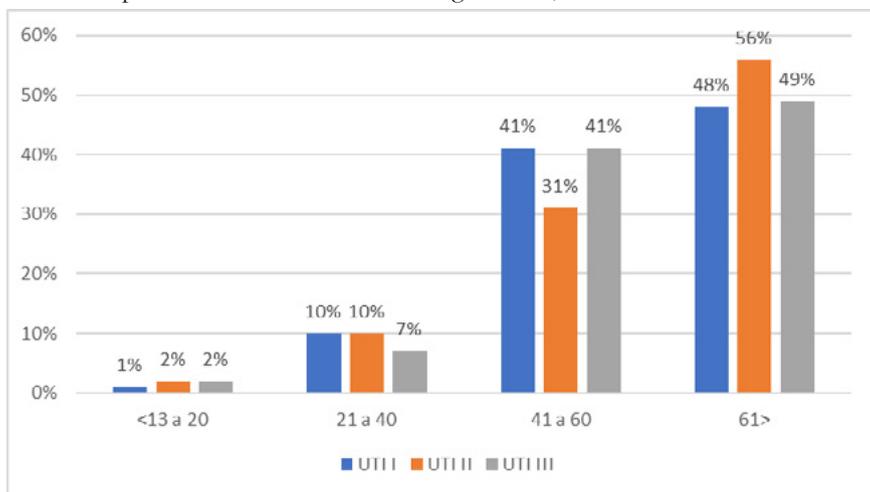
Gráfico 4 – Percentual anual total de internações por faixa etária nas UTIs em um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

Gráfico 5 representa a média percentual de internações por faixa etária em ambas as UTIs adultas, no qual se observa que a prevalência de internações é de pacientes com 61 anos ou mais, seguidos pelas faixas etárias decrescentes, 41 a 60 anos e assim sucessivamente.

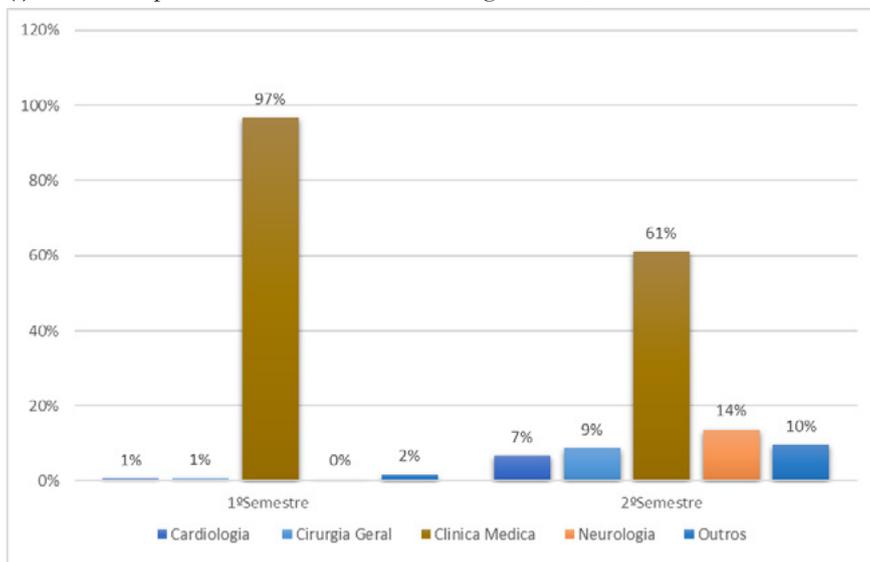
Gráfico 5 – Média percentual de internações anual por faixa etária nas UTIs Adultas de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 6 representa o percentual semestral de internações por especialidade médica na Unidade de Terapia Intensiva I, demonstrando que em ambos os semestres de 2021 houve prevalência de internações por especialidade de Clínica Médica (97% e 61%).

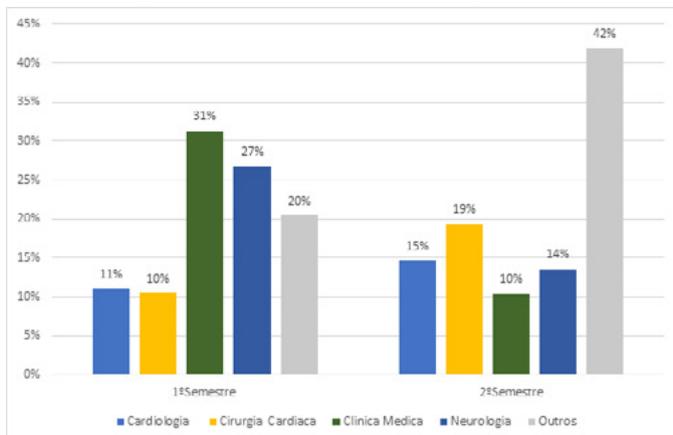
Gráfico 6 – Percentual semestral de internação por especialidade médica na UTI Adulta (I) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 7 representa o percentual semestral de internações por especialidade médica na Unidade de Terapia Intensiva II, de onde se nota que no primeiro semestre prevaleceram internações pela especialidade Clínica Médica (31%) e no segundo semestre prevaleceram internações por Outros (41%), como Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cabeça e Pescoço Oncológica, Cirurgia Cardíaca Oncológica, Cirurgia Geral, Cirurgia Geral Oncológica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Torácica Oncológica, Cirurgia Vascular, Gastroenterologista, Ginecologista/Obstetrícia, Ginecologia Oncológica, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Ortopedia, Ortopedia Oncológica, Proctologia, Proctologia Oncológica, Urologia, Urologia Oncológica.

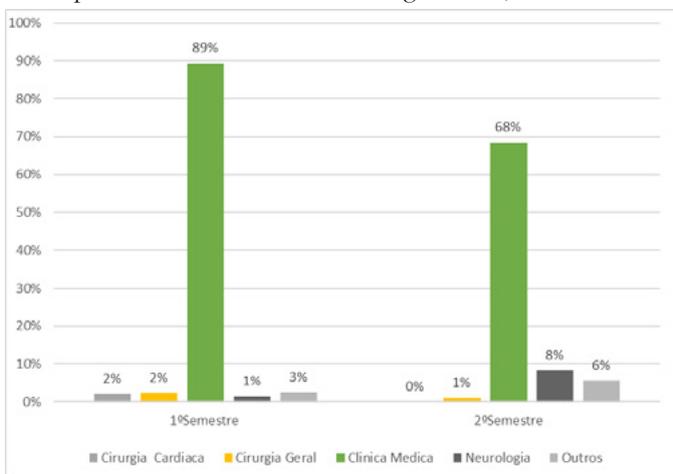
Gráfico 7 – Percentual semestral de internação por especialidade médica na UTI Adulta (II) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 8 representa o percentual semestral de internações por especialidade médica na Unidade de Terapia Intensiva III, mostrando que em ambos os semestres de 2021 prevaleceram internações pela especialidade Clínica Médica (89% e 68%).

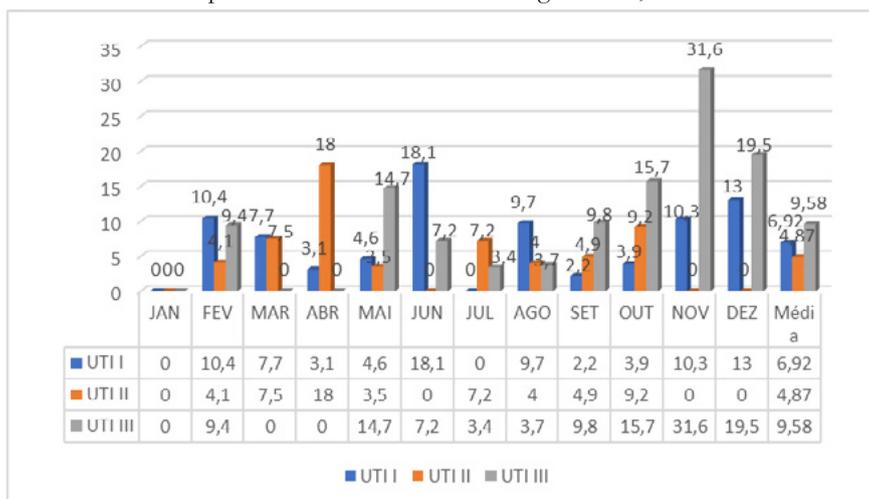
Gráfico 8 – Percentual semestral de internação por especialidade médica na UTI Adulta (III) de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 9 representa a densidade de incidência de IRAS relacionada a IPCS/CVC registradas e computadas pelo CCIH do HCSL no ano de 2021, relacionadas ao IPCS. Em ambas as UTIs não houve registros no mês de janeiro, porém houve um sobressalto com o decorrer dos meses, marcando em novembro uma densidade de 31,6 na UTI III (maior registro). A média anual de IRAS nas UTIs foi de 7,12%. Se avaliadas separadamente, a UTI III apresenta uma média maior que as demais: de 9,58.

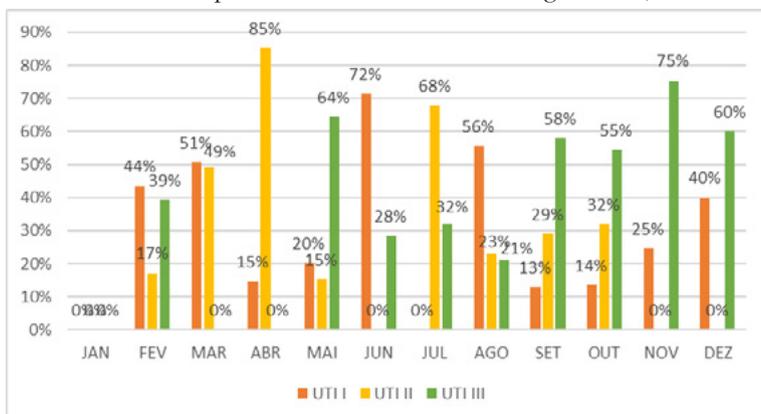
Gráfico 9 – Densidade de incidência de IRAS relacionado a IPCS/CVC nas UTIs Adultas de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

Gráfico 10 representa o percentual mensal de incidência de IRAS relacionado a IPCS/CVC nas UTIs adultas, segundo o qual em ambas não houve registros no mês de janeiro, e a prevalência mensal das UTIs ocorreu da seguinte forma: UTI I nos meses de fevereiro (44%), março (51%), junho (72%), agosto (56%); UTI II nos meses de abril (85%) e julho (68%); UTI III nos meses de maio (64%), setembro (58%), outubro (55%), novembro (75%) e dezembro (60%).

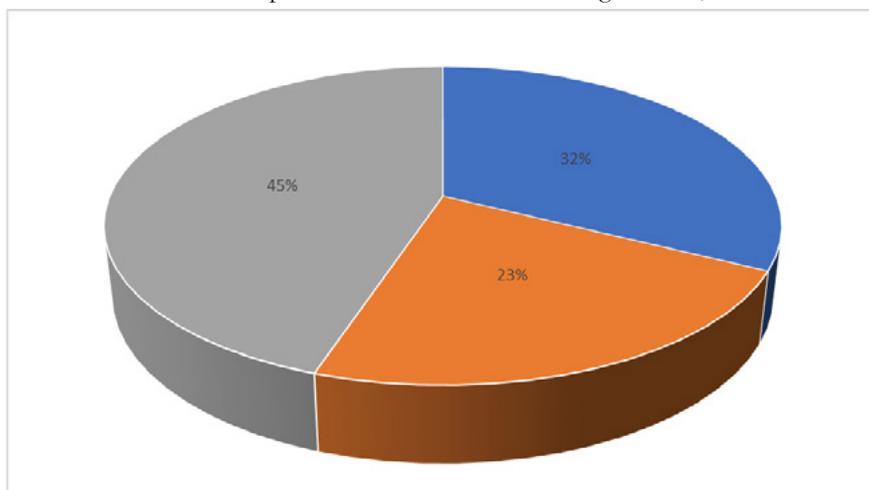
Gráfico 10 – Percentual mensal de incidência de IRAS relacionado a IPCS/CVC nas UTIs Adultas de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

O Gráfico 11 representa o percentual anual de incidência de IRAS relacionado a IPCS/CVC nas unidades de terapia intensiva adultas, em que a UTI III possui 45% das notificações, seguida pela UTI I com 32% e UTI II com 23%.

Gráfico 11 – Percentual anual de incidência de IRAS relacionado a IPCS/CVC nas UTIs Adultas de um Hospital Universitário de Pouso Alegre – MG, 2021.



Fonte: Das autoras.

## DISCUSSÃO

O CVC oferece diversos benefícios para o cuidado com o paciente, porém é uma das causas mais comuns de predisposição para a morbidade e mortalidade devido aumentar o risco de infecção local e sistêmica por conta da constante necessidade de manipulação desse cateter (SILVA *et al.*, 2019).

O presente estudo demonstra uma prevalência significativa de internações de pacientes com 61 anos ou mais (51% dos pacientes estudados), o que condiz com o estudo de Pauletti *et al.* (2017), cujo objetivo foi identificar um perfil epidemiológico dos pacientes de uma UTI Adulta de um Hospital Universitário do estado do Rio Grande do Sul, que obteve um perfil de internação de pacientes com faixa etária acima de 60 anos (média de 46,9%).

O HCSL contabiliza suas internações por especialidades clínicas, como Cardiologia, Neurologia, Oncologia etc. Porém não expõe em específico a patologia que levou à internação do paciente. Ambas as UTIs avaliadas apresentaram maior taxa de internações pela Clínica Médica. A UTI II demonstrou no segundo semestre maior taxa de internações referentes à categoria “Outros”. Diferente dos dados demonstrados pelo estudo de Pauletti *et al.* (2017), cujo estudo evidenciou uma prevalência de internações na UTI Adulta de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (31,2%) e Angina Instável (18,1%).

Em relação às IRAS relacionadas ao IPCS/CVC, nota-se a prevalência em pacientes internados na UTI III, que se trata de um setor com menor rotatividade no período estudado, o qual manteve pacientes com quadro clínico composto por mais de uma patologia/comorbidade. Um estudo elaborado por Pereira *et al.* (2016) aponta que o tempo de internação atua como fator predominante no desenvolvimento de IRAS.

As IRAS se sobressaem na UTI III quando comparada às demais unidades, nos 3º e 4º trimestres do ano 2021, corroborando com o encontrado no perfil epidemiológico do Hospital Universitário de Ser-

gipe (EUZÉBIO, 2021), que expõe uma maior densidade de incidência no 3º trimestre para IPCS/CVC: 7,0.

A ANVISA disponibilizou um Relatório do Estado de Minas Gerais, no qual os dados obtidos em 2021 relacionados à densidade de incidência de IRAS demonstrou uma média de 8,5. Enquanto no presente estudo a UTI III apresentou uma média de 9,58, seguida da UTI I com 6,92 e subsequente à UTI II, com 4,87.

Contudo, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) apresenta como uma de suas metas até o ano de 2025 a diminuição da densidade de IRAS nacionalmente para  $<8$ . Atualmente o HCSL apresenta uma densidade média de 7,12, o que demonstra que as UTIs apresentam uma densidade já abaixo da meta estipulada.

## CONCLUSÃO

Dentre todos os dados obtidos na pesquisa, a faixa etária elevada, a patologia dos pacientes internados, patologias pré-existentes, bem como o uso de dispositivos invasivos, como o CVC, podem ser elencados como fatores para a predisposição de desenvolvimento de IRAS.

Tais dados nos disponibilizaram uma visão ampla do cuidado que deve ser prestado a pacientes em UTI. A partir deles observamos a necessidade de um cuidado ainda mais intensificado.

Protocolos que visem à prevenção de IPCS em pacientes internados em UTI já fazem parte da rotina de cuidados desse setor hospitalar. Contudo, para melhor recuperação do paciente, e diminuição dos agravos relacionados às IRAS, faz-se necessário o aperfeiçoamento dos cuidados prestados ao paciente, visando à diminuição dessas infecções que podem ocasionar e aumentar o risco de mortalidade dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras\\_2021\\_2025.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf). Acesso em: 27 out. 2022.

\_\_\_\_\_. **Relatório dos Estados: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – IRAS**. Minas Gerais – 2012 até setembro de 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/copy\\_of\\_infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude/minas-gerais/view](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/copy_of_infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude/minas-gerais/view). Acesso em: 27 out. 2022.

ALENCAR, Auriane de Sousa *et al.*. Complicações do cateterismo venoso central em usuários de nutrição parenteral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 6899, 28 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6899.2021>. Acesso em: 7 nov. 2022.

BARROS, *Marcela Milrea Araújo et al.*. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/issue/view/220/showToc>. Acesso em: 27 out. 2022.

BASSO, Maria Emilha *et al.*. Prevalência de infecções bacterianas em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). **RBAC, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 4, p. 383-388, 2016. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/04/RBAC-vol-48-4-2016-ref.-307.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

CAMARGO, Luís Marcelo Aranha; SILVA, Romeu Paulo Martins; MENEGUETTI, Dionatas Ulises de Oliveira. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou coorte prospectivo e retrospectivo. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 433-436, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci-art-text&pid=S0104-12822019000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2022.

COMERLATO, Pedro Henrique. **Infecção associada à nutrição parenteral: estudo de coorte retrospectivo em hospital terciário e revisão sistemática e meta-análise sobre associação de nutrição parenteral com infecções e mortalidade**. 2021. 148 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/229412/001129295.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2022.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Tradução Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Bárbara da Silva e Silva; ANDRADE, Lúcia de Fátima da Silva. A atuação do enfermeiro na prevenção de infecção hospitalar em UTI adulto. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 10, n. 2, p. 70-76, 2011. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3843/5844>. Acesso em: 27 out. 2022.

EUZÉBIO, Diana Matos *et al.* Perfil epidemiológico das infecções relacionadas à assistência à saúde em Unidade de Terapia Intensiva no período de 2019 a 2020. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 17, p. e2101724926-e2101724926, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24926/21505>. Acesso em: 13 out. 2022.

FARLA, Renata Vicente *et al.*. Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Venoso Central: Avaliação dos Fatores de Riscos. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 3, p. 10143-10158, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29556>. Acesso em: 13 out. 2022.

FONTELLES, Mauro José *et al.*. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

MICHELS JUNIOR, Vilto. **Incidência de infecções por dispositivos invasivos em UTI após utilização do método da Ciência da Melhoria**. 2020. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/3085>. Acesso em: 13 out. 2022.

PAULETTI, Marzeli *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. **Aletheia**, Canoas, v. 50, n. 1 e 2, 2017. Disponível em: <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/4160/2987>. Acesso em: 11 set. 2022.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes *et al.* **Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23068/1/2016\\_art\\_fgfpereira.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23068/1/2016_art_fgfpereira.pdf). Acesso em: 27 out. 2022.

OUCHI, Janaina Daniel *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, 10 ed., p. 412-428, 2018. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf). Acesso em: 13 out. 2022.

REZER Fabiana; FAUSTINO, Wladimir Rodrigues. Conhecimentos dos Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva sobre Curativo de Cateter Venoso Central. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 5, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/8113/pdf>. <https://doi.org/10.26694/repis.v5i0>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SILVA, Patrícia Rabelo *et al.* A Importância do Profissional da Saúde na Prevenção de Infecção Hospitalar causado por Cateter Venoso Central. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 3, n. 2, jun. 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3287>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SOUSA, Fernanda Coura *et al.*. Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/92/0>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SOUSA, Marcos André Siqueira de *et al.* Infecções hospitalares relacionadas a procedimentos invasivos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 49-58, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/5848>. Acesso em: 24 fev. 2022.

# CAPÍTULO 13 - CALENDÁRIO VACINAL INFANTIL SOB A ÓTICA DAS MÃES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Isadora Fernanda Santos de Souza  
Karla Caroline de Barros Rosa  
Livia Martins Rocha Mendes

## INTRODUÇÃO

As vacinas são substâncias biológicas preparadas com bactérias ou vírus mortos ou enfraquecidos que, estimulam a produção de anticorpos que vão agir contra a substância induzida (Matos et al., 2022).

O Brasil, apresentou grande avanço, por intermédio das vacinas que resultou em uma queda acelerada das taxas de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis, o que prova o poder que da vacinação (Cardoso et al., 2013).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi lançado em 1973 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover as ações de imunização, visando erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis. É um programa que está em constante atualização. (Andrade; Lorenzini; Silva, 2013; Matos et al., 2022).

A instância local facilitou o acesso a esses imunobiológicos e permitiu que o PNI se aproximasse da comunidade. Dentro das salas de vacinação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), a enfermagem desempenha ações importantes para a proteção dessas crianças como elaborar ações de incentivo a vacinação, fiscalizar e manter a caderneta de vacina atualizada (Fernandes et al., 2015; Brasil, 2018).

Contudo, para a realização dessa proteção à criança é necessário a decisão e a iniciativa da mãe ou responsável e, diversos fatores podem colaborar para o atraso e a recusa vacinal. (Brasil, 2022).

Diante desse cenário atual, esse estudo visa demonstrar a percepção de mães acerca da vacinação e entender quais fatores contribuem para o atraso vacinal de seus filhos e a importância da aproximação entre profissionais e família.

### **A imunização como prioridade na Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), passou a fazer parte das estratégias de atenção primária à saúde em nos anos 2000. Contam com o apoio de equipes de saúde da família que são compostas por enfermeiro, médico (clínico geral), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) Os ACSs por sua vez são profissionais responsáveis por realizarem mensalmente visitas domiciliares, acompanhar as famílias cadastradas, e encaminhá-los a unidade quando necessário (Bretani et al., 2016).

A vacinação é a principal ação de saúde realizada na ESF tendo uma grande responsabilidade com a organização e funcionamento das salas de vacina, Ainda que a ESF tenha colaborado para o êxito do PNI, afirmações mentirosas a respeito de imunização favorece o aumento das taxas de hesitação vacinal. O compartilhamento de fake news teve grande repercussão durante a pandemia do SARS-CoV2 e, recentemente, o Governo Federal lançou a campanha Brasil contra fake, a fim de combater e esclarecer as fakes news em suas redes sociais. (BRASIL, 2023.; Monezi et al., 2018; Teixeira et al., 2018; Souza et al., 2020).

## OBJETIVOS

### Objetivo geral

Analisar a percepção das mães cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Pouso Alegre-MG acerca da importância do calendário vacinal infantil.

### Objetivos específicos

- Conhecer o perfil sociodemográfico das mães de crianças de 0 a menores de 5 anos cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família.
- Identificar a percepção das mães em relação aos objetivos e benefícios das vacinas, bem como se recebem orientações sobre as reações vacinais.
- Identificar barreiras percebidas pelas mães em relação às vacinas.
- Propor recomendações para melhorar a conscientização das mães sobre vacinação infantil

## MÉTODO

### Considerações éticas

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG, parecer nº 6.177.157 (ANEXO I). Os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Código de Ética em Pesquisa Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulariza pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidos rigorosamente.

A autonomia, a privacidade e o anonimato dos participantes do estudo, foram respeitados bem como sua livre decisão de participar da pesquisa. A participação no estudo foi iniciada após esclarecimentos,

orientações e assinatura do participante ou responsável legal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### **Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo fundamentado na metodologia quali-quantitativa.

Esse método foi escolhido uma vez que a dicotomia quali-quantitativa identificada em diferentes estudos poderia dificultar a composição, de forma mais profunda, da realidade estudada, pois ambas as metodologias são complementares e expressam dimensões distintas de um mesmo fenômeno estudado.

A metodologia quantitativa permite dimensionar e conhecer o perfil demográfico, social e econômico da população estudada, além de estabelecer correlações entre possíveis influências nas temáticas em análise. Já a metodologia qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos seus atos e às relações e estruturas sociais do seu advento e da sua transformação, compreendidas como construções humanas.

Os dados qualitativos oferecem contribuições por conterem referências menos restritivas e maior oportunidade de manifestação da subjetividade do pesquisador e dos sujeitos da pesquisa, além de complementarem as informações quantitativas, procurando explicar, de forma mais holística, a complexidade da realidade (Minayo, 1999).

### **Local do estudo**

O estudo foi realizado em cinco unidades básicas de saúde da cidade de Pouso Alegre – MG. Quatro destas unidades estão localizadas em bairros distantes do centro e uma central e foram escolhidas devido possuírem sala de vacina funcionando, sendo quatro em período integral e uma somente período matutino.

## Sujeitos do estudo

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral foi composta por 40 mães de crianças de 0 a menores de 5 anos, que frequentam as salas de vacina de unidades básicas de saúde de Pouso Alegre – MG.

## Amostra

A amostra foi constituída por 40 mães cadastradas nas unidades básicas de saúde que atenderam aos critérios de inclusão. A amostragem foi do tipo intencional ou proposital.

## Critérios de elegibilidade

### Critérios de inclusão

Ter mais que 18 anos.

Ter no mínimo um filho entre 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias.

Estar cadastrado na Atenção Primária de Saúde.

Aceitar participar do estudo, por meio de assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e/ou aceitação por meio de colocar a assinatura (impressão digital do polegar direito).

### Critérios de exclusão

Mães com menos de 18 anos.

Não desejar participar da pesquisa.

Mães com filhos maiores de 4 anos, 11 meses e 29 dias.

## Coleta de dados

### Instrumento para coleta de dados

No presente estudo foram utilizados dois instrumentos semiestruturados.

Um instrumento sociodemográfico com questões relacionadas à idade, escolaridade, naturalidade, estado civil, entre outros.

Roteiro de entrevista semiestruturada elaborado com pergunta relacionada com o tema: “percepção das mães cadastradas na estratégia saúde da família em relação às vacinas do calendário infantil”.

### **Procedimentos de coleta de dados**

As entrevistas foram realizadas em cinco unidades de saúde da família abordando as mães enquanto elas aguardavam atendimentos. As respostas foram transcritas e os resultados serão guardados pelos pesquisadores por um período de cinco anos, sendo em seguida queimados e/ou incinerados. A identificação dos participantes da pesquisa será mantida em sigilo não havendo nenhum dano físico ou psíquico ao entrevistado.

### **Estratégias de análise dos dados**

Os dados foram analisados de acordo com as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC possibilita a visualização da percepção coletiva à medida que permite captar o discurso que revela o modo como os indivíduos reais e concretos pensam e agem (Lefevre; Lefevre., 2006).

Para análise dos discursos serão empregadas as seguintes figuras metodológicas: Ideia Central (IC), Expressões-chave (ECH) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As ECH são constituídas por transcrições literais de partes dos discursos, permitem o resgate da essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As IC representam o nome ou expressão linguística que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. O DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC, como se houvesse apenas um sujeito falando, na condição de portador de um discurso-síntese dos componentes do sujeito coletivo (Lefevre; Lefevre., 2006).

## Apresentação dos resultados

Os resultados serão apresentados com a utilização da estatística descritiva e por meio de tabelas e gráficos, assim como por quadros e figuras que mostrarão as ideias centrais emergentes das expressões-chave que são oriundas das entrevistas realizadas.

## Aspectos éticos da pesquisa

A autonomia dos participantes do estudo será respeitada pela sua livre decisão de participação na pesquisa, após o fornecimento das orientações que subsidiarão a sua decisão. O TCLE do presente estudo será apresentado aos respondentes para ser lido, discutido e assinado por eles, este documento oficializará a decisão dos respondentes de participarem da pesquisa de maneira livre e espontânea permitindo-lhes também a sua retirada do estudo, se assim desejarem e quando quiserem.

Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes. Também serão previstos os procedimentos que assegurem a confidencialidade, o anonimato das informações, assim como a privacidade e a proteção da imagem dos informantes, garantindo lhes que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo, de qualquer natureza para eles. Este projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG.

Finalmente é preciso evidenciar que este estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

Os instrumentos preenchidos serão arquivados por cinco anos e após este tempo serão picotados e enviados à reciclagem.

## RESULTADOS

Os dados sociodemográficos são apresentados na tabela 1, cuja faixa etária predominante das mães foi entre 25 e 31 anos (30%). A

maioria delas possuem ensino médio completo (52,5%), apresentam nacionalidade brasileira (97,5%) e naturalidade em Pouso Alegre MG (47,5%). Quanto ao estado civil, metade delas são casadas (50%), moram com o esposo (50%) e a maior parte possuem dois filhos (40%).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mães cadastradas na ESF			
Variável	Idade	Contagem Total	Percentual
Idade	18 a 24 anos	10	25
	25 a 31 anos	12	30
	32 a 38 anos	10	25
	39 a 45 anos	8	20
	<b>Escolaridade</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Escolaridade	Fundamental Incompleto	4	10
	Fundamental Completo	2	5
	Ensino Médio Incompleto	10	25
	Ensino Médio Completo	21	52,5
	Ensino Superior	3	7,5
	<b>Nacionalidade</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Nacionalidade	Brasileira	39	97,5
	Estrangeira	1	2,5
	<b>Naturalidade</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Naturalidade	Pouso Alegre	19	47,5
	Outras Cidades	21	52,5
	<b>Estado Civil</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Estado Civil	Solteira	10	25
	Casada	20	50
	Morando Junto	6	15
	Divorciada	4	10
	<b>Filhos</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Filhos	1	9	22,5
	2	16	40
	3	9	22,5
	4	1	2,5
	5	5	12,5
	<b>Moram com quem</b>	<b>Contagem Total</b>	<b>Percentual</b>
Moram com quem	Pais	5	12,5
	Avós	4	10
	Marido	20	50
	Namorado (a)	9	22,5
	Outros	2	5

Fonte: Dos Autores.

Em relação à percepção das mães sobre a imunização de seus filhos na questão aberta os dados importância e motivo de não vacinar foram agrupados e analisados quantitativamente.

Tabela 2 - Resultados clínicos relacionados à percepção das mães em relação à imunização de seus filhos.			
Variável	Se lembra da última vacina?	Contagem Total	Percentual
Se lembra da última vacina?	Lembra	18	45,0
	Lembra Parcialmente	19	47,5
Variável	Importância	Contagem Total	Percentual
Importância	Muito Importante	12	30
	Importante	10	25
	Necessário	18	45
	Motivo	Contagem Total	Percentual
Motivo de não vacinar	Medo da reação	3	7,5
	Falta da vacina	2	5
	Doença prévia	5	12,5
	Falta de informação	2	5
	Outros	3	7,5
	Sem motivo/Vacina em dia	25	62,5

Fonte: Dos autores

Ao declararem suas percepções sobre a vacinação de seus filhos, as mães revelaram a importância da vacina para saúde.

“[...] Eu acho importante sim à vacina na prevenção das doenças, e eu não tenho receio nenhum de dar a vacina por conta da reação.” *Mãe 13*

Relacionado ao motivo de não vacinar algumas mães detalham medo de reação adversa, conforme descrito abaixo.

“[...] Acho eficaz mais tenho receio de dar alguma coisa, pois as pessoas falam demais, já atrasei a vacinação, mas sem motivo específico. Falam que da trombose mais por ter caso na família fico mais receosa.” *Mãe 6*

“[...] Hoje em dia as escolas e creches sempre orienta os pais e informativos sobre as vacinas e a importância. As vacinas quando aplicadas tem a orientação do profissional da saúde sobre as reações o que nos tranquiliza. *Mãe 32*

Em relação à eficácia foi detalhado que a maioria das mães acredita ser eficaz conforme as descrições abaixo

“[...] No geral nunca procurei saber para que serve as vacinas. Não tenho nenhuma insegurança em relação as vacinas. Não tenho medo de reações.” *Mãe 3*

“[...] Não sei para que serve as vacinas mais sei que é importante.” *Mãe 5*

Quanto ao acesso às vacinas, nota-se que no município de Pouso Alegre não há dificuldade encontrada pelas mães.

“[...] Aqui temos acesso rápido com o posto de saúde do nosso bairro, enfermeira atenciosa.” *Mãe 7*

“Nunca atrasei a vacina, só quando não tinha mesmo no Maranhão. [...]” *Mãe 3*

Embora tenhamos encontrado resultados satisfatórios que não comprometem a aceitação vacinal, condições sociais são determinantes para o atraso vacinal. A partir da fala de uma entrevistada, evidenciou a relação entre condição financeira e a vacinação.

“[...] Já atrasei a vacina do meu filho porque não tinha fralda para colocar nele e levar no posto porque não tinha recebido o bolsa família.” *Mãe 5*

Outras justificativas para o adiamento da vacina foram falta de flexibilização de horários das salas de vacina e a crença da contra-indicação do resfriado para vacinação.

“[...] No ESF do meu bairro o horário da sala de vacina é só no período da manhã, ajudaria bastante se estendesse também no período da tarde.” *Mãe 11*

“É muito importante, atrasou uma vez devido resfriado, mas está sempre em dia.” *Mãe 4*

## DISCUSSÃO

De acordo com a pesquisa, observa-se que há um reconhecimento na eficácia da vacina na prevenção de doenças e um conhecimento insuficiente sobre a finalidade da vacinação, o que condiz com o estudo de Tertuliano; Stein (2011), no município de Cachoeirinha – RS onde 53,4% dos cuidadores erraram questões referente a doenças imunopreveníveis.

Quanto ao acesso às vacinas, nota-se que no município de Pouso Alegre não há dificuldade encontrada pelas mães, mas uma mãe vinda do Maranhão detalhou que essa não é uma realidade nacional.

Em nossa coleta encontramos experiências positivas em relação às orientações, o que têm contribuído para a adesão vacinal no município de Pouso Alegre- MG.

Um dos pontos importantes da pesquisa que foi citado como motivo de não vacinação é a presença de alguma doença, mas de acordo com o Manual de Normas de Vacinação do Ministério da Saúde, as vacinas devem ser adiadas apenas em doenças agudas febris graves (Brasil, 2001).

Em relação à flexibilização do horário, existem meios que facilitariam a vacinação, bem como o horário estendido em período noturno ou aos finais de semana. Portanto, conhecer a dinâmica familiar é fundamental para que a equipe de saúde possa elaborar estratégias que contribuem para o alcance da cobertura vacinal (Souza et al., 2023).

### **Limitações do estudo**

Pesquisa realizada somente com a mãe, o que pode ser considerado uma limitação deste estudo, pois a inclusão do pai e/ou outros responsáveis pode levar a resultados diferentes.

### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

Os achados desse estudo permitiram identificar qual a opinião, medos e anseios de mães cadastradas nas Estratégias da Saúde da Família, acerca do calendário vacinal infantil. Reconhecer essas inseguranças permite com que as equipes de saúde elaborem estratégias e abordagens que acolham a família, findar as dúvidas e combater falsas notícias a respeito da vacinação.

### **CONCLUSÃO**

Esse estudo buscou descobrir a percepção acerca do calendário vacinal infantil de mães cadastradas em ESF no município de Pouso Alegre-

MG. Possibilitou reconhecer motivos pelos quais algumas mães atrasam a vacina dos seus filhos, quais seus receios e conhecimento sobre as vacinas.

A vacinação foi expressa pelas mães como sendo fundamental para evitar doenças imunopreveníveis e os aspectos sociodemográficos foram compreendidos como determinantes para o acesso a imunização.

O medo de possíveis eventos adversos das vacinas foi referido como fator que compromete o acesso à imunização. Destaca-se a necessidade de uma comunicação eficiente e interativa entre os profissionais da ESF e usuários para pôr em informes as recomendações e indicações específicas de cada imunobiológico.

Os resultados encontrados indicam contribuições para as equipes de saúde, ao apresentarem subsídios para que os profissionais possam ter um olhar sobre as percepções das mães frente ao acesso a imunização de forma a promover informações mais relevantes.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Deyse Rodrigues Souza; LORENZINI, Elisiane; SILVA, Eveline Franco. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 19, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35964/22173>. Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações – Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde [2022?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – semanas epidemiológicas 1 a 25 de 2022. Vol 53. Jul, 2022 . Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília, 2018. Acesso em: 4 set. 2022.

BRETANI, Alexandra et al. A implantação da estratégia de saúde da família de base comunitária (programa de saúde de família) está associada a grandes reduções na mortalidade neonatal em São Paulo, Brasil. *Science Direct*, v. 2, p. 55-61, dezembro, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.01.001>. Acesso em: 14 mar. 2023.

CARDOSO, Márcia Docelina Trindade et al. Avaliação da Cobertura Vacinal em crianças de 2 meses a 5 anos na Estratégia Saúde da Família. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda*, v. 8, n.

- 22, p. 63–72, 2013. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/118>. Acesso em: 4 set. 2022.
- COSTA, P.; et al. Completude e atraso vacinal das crianças antes e após intervenção educativa com as famílias. *Cogitare enferm.* 2020. Acesso em: 05 jan 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67497>. Acesso em: 14 abr. 2023.
- FERNANDES, ACN et al. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015. Acesso em: 4 set. 2022.
- FERREIRA AV, Freitas PHB de, Viegas SMF et al. Acesso à sala de vacinas da estratégia saúde da família: aspectos organizacionais. *Revista de enfermagem UFPE on line.*, Recife, 11 out., 2017. Acesso em: 4 set. 2022.
- FIGUEIREDO, Luciana Tavares. Estratégia de saúde da família e vacinação completa em crianças até 1 ano em uma comunidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Niterói, 2018. Acesso em: 4 set. 2022.
- FONTES, S. K. R. F.; et. al; Fatores determinantes na cobertura vacinal do esquema básico de imunização na infância. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 7, fev. 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42722>. Acesso em: 28 set. 2023.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2543-2556, junho, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrC-Tx57H35Tsz/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n.20, p. 517-524, jul. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>. Acesso em: 05 jan. 2022.
- LOPES, G. H. et al. A influência das fake news na adesão à vacinação e no reaparecimento de doenças erradicadas: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, Vol 15, Agost, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e10716.2022>. Acesso em: 4 set. 2022.
- MATOS, Ana Beatriz de Oliveira Vieira et al. Análise dos fatores atrelados ao atraso vacinal em crianças: um olhar à luz das evidências. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e49611225455, fevereiro, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25455>. Acesso em: 4 set. 2022.
- PEREIRA, A. S. et al. Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM. 2018.
- POLAKIEWICZ, Rafael. A importância do Enfermeiro no controle e qualidade da Rede e Cadeia de Frio. *PebMed*. 29 Agost, 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/a-importancia-do-enfermeiro-no-controle-e-qualidade-da-rede-e-cadeia-de-frio/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

SOUZA, M. C. C. de; RIBEIRO DA SILVA, L.; APARECIDA DA SILVA SANTOS, D. .; SILVEIRA GOULART, L. Adesão à imunização infantil no Brasil: uma revisão narrativa. *Scientific Electronic Archives*, [S. l.], v. 16, n. 7, 2023. DOI: 10.36560/16720231753. Disponível em: <https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/1753>. Acesso em: 28 set. 2023.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.2, p. 523-530, fev. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200015>. Acesso em: 28 set. 2023.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Ana Lúcia de Lima Vieira Pinto**

Graduada em enfermagem e obstetrícia pela Escola de Enfermagem Wenceslau. Pós-graduada em Terapia Intensiva pela universidade do vale do Sapucaí. Mestre em Ciências aplicadas à saúde pela Universidade do vale do Sapucaí. Braz. Atua como Docente na Universidade do Vale do Sapucaí nas disciplinas Enfermagem em peri operatória e Gerenciamento em Enfermagem.

### **Ana Stela Pereira da Silva**

Possui graduação em Enfermagem pela Escola Federal de Odontologia de Alfenas. Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Universidade do Vale do Sapucaí, UNIVÁS. Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde. Mestrado em Mestrado em Biética pela Universidade do Vale do Sapucaí. Atualmente atua na coordenação do Centro Municipal de Educação em Diabetes do município de Pouso Alegre -MG. Atua como docente na Universidade do Vale do Sapucaí.

### **Arielle de Brito Dias**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Beatriz Carvalho Almeida**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Beatriz de Oliveira Ferreira**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Camila Rafaela do Nascimento**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Dayane Rosa de Almeida**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Diba Maria Sebba Tosta de Souza**

Bolsista de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Nível 2. Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Pouso Alegre Mestrado em Saúde do adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Doutorado em Cirurgia Plástica pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Atualmente é membro da Comissão núcleo docente estruturante da Universidade do

Vale do Sapucaí - Faculdade de Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Aplicado à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí.

### **Elisa Lopes Rosalin**

Enfermeiro pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Fernanda da Silva Assis**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Fernanda Gonçalves Moreira De Souza**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Fernanda Ribeiro Borges**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí. Estagiária bolsista da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre, atuando no Núcleo de Atenção Primária à Saúde-NAPRIS. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UNIFAL-MG. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG. Membro do Grupo de Pesquisa GEPECOPEn - Grupo de estudos e pesquisas em comunicação no processo de Enfermagem EERP-USP. Doutoranda no programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -EERP-USP (2017). Atualmente docente do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí-UNIVÁS desde 2017.

### **Geraldo Magela Salomé**

Bolsista de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Nível 2. Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Passos. Especialização em Enfermagem Dermatológica pela Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Especialização em Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde pela Faculdade Unyleya. Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia pela Faculdade integrada. Especialização em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Doutorado em Cirurgia Plástica pela Universidade Federal de São Paulo. Pós-Doutorado pela Universidade Federal de São Paulo com Bolsa pela CAPES. Docente do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí. Líder do Grupo de pesquisa (CNPq). Membro da Câmara da pesquisa de Pró Reitoria de Pós-graduação e pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí. Membro da Comissão Núcleo Docente Estruturante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí. Conselheiro Universitário (CONSUI) da Universidade do Vale do Sapucaí. Membro da Comissão de estágio da Graduação em Enfermagem do Universidade do Vale do Sapucaí. Membro do colegiado do curso de graduação em Enfermagem da Univás.

### **Isadora Fernanda Santos de Souza**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Jaqueline Helen Viana**

Mestranda do Programa Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, pela Universidade Federal Fluminense/UFF; Docente do curso de Enfermagem Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

### **Jean César de Vilas Boas Gomes**

Enfermeiro pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Jéssica Pereira da Costa**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Karla Caroline de Barros Rosa**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Larissa Cristiane Atanazio da Silva**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Livia Rocha Martins Mendes**

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências da Saúde- UNIVÁS; Especialização: Estomatoterapia pela UNITAU, Preceptoría no SUS pelo Sírio Libanês, Atenção Primária a Saúde pelo Pitágoras e Estratégia de Saúde da Família pela UFMG; Mestrado Profissional em Científica Aplicadas à Saúde pela UNIVAS; Professora Adjunta do curso de Enfermagem- UNIVAS; Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família Jardim Olímpico- Prefeitura de Pouso Alegre - MG.

### **Luiz Augusto Mota Lino**

Enfermeiro pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Luthieska Aparecida Santos Garcia**

Enfermeiro pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Maria Cristina Porto e Silva**

Mestre; Docente da Graduação da Universidade do Vale do Sapucaí.

### **Miguel Simião Pereira Júnior**

Enfermeiro pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Millena Ferreira Tatagiba**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Naomy Massafra de Alcântara**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Rita de Cássia Pereira**

Mestre em Bioética pela Universidade do Vale do Sapucaí; Especialização em Saúde Coleta pela Universidade do Vale do Sapucaí; Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí; Membro do Núcleo Docente Estruturante do Curso.

### **Rafaella Chagas Rambaldi**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Tamiris Aparecida da Silva**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Thayná Vasconcelos da Silva**

Enfermeira pela Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS.

### **Viviane Aparecida de Souza Silveira**

Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade do Vale do Sapucaí; Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde na Universidade do Vale do Sapucaí em Pouso Alegre – MG; Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí; Membro do Núcleo Docente Estruturante do Curso.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

### **GERALDO MAGELA SALOMÉ**

Bolsista de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora do CNPq, DT-2

Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Passos, Minas Gerais.

Especialista em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté.

Especialista em Enfermagem Dermatológica pela Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia.

Especialista em Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde pela Faculdade Integrada Unyleya.

Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário São Camilo.

Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia pela Faculdade Integrada Unyleya.

Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Doutor em Ciências da Saúde pelo Departamento da Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo.

Professor Permanente do Mestrado Profissional Aplicado à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí.

Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq), intitulação “Gestão em Tecnologia e Inovação na Prevenção e Qualidade de Vida de Pessoas com Feridas, Ostomizados”.

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí.

Membro da Câmara da Pesquisa de Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí.

Membro da Comissão Núcleo Docente Estruturante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí.

Membro titular da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST).

Membro titular da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).

Membro pleno do World Council of Enterostomal Therapists (WCET).

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

acadêmicos de enfermagem 8, 129, 132, 144  
acolhimento humanizado 5, 8, 62, 103, 105-107, 116-117, 123-125  
apitões 107, 118, 123  
atividade física 95, 99, 149, 156-157, 159, 163  
autoproteção 142  
árvore de decisão 33-34

## C

calendário vacinal infantil 8, 199, 201, 209  
Cateter Venoso Central 8, 179-180, 182-183, 198  
classificação de risco 5, 8, 103-107, 113-115, 117-118, 123-127  
cofen 31, 64, 166, 174  
colo do útero 7, 51-54, 58, 61, 64, 85, 90-91  
conhecimento técnico-científico 118, 151  
CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA 5, 7, 65  
câncer de colo do útero 7, 51-54, 58, 61, 85

## D

DCNT 170  
deambulação 149, 153, 156, 160, 162  
desânimo 22  
determinismo biológico 129  
Diagnósticos de enfermagem 8, 145-147, 161-163  
dispositivos invasivos 6, 8, 179-180, 182, 196, 198  
Doenças Crônicas Não Transmissíveis 100, 102, 170

## E

Enfermagem em Práticas Avançadas 8, 165-167  
equipe de enfermagem 5, 7, 29, 40-41, 44, 46, 51-52, 61, 67, 72, 74-75, 81, 83-84, 104, 116, 121, 151, 181-182, 184  
equipe multiprofissional 7, 30, 42, 65, 72-73, 150  
esterilidade 15  
Estratégia Saúde da Família 8, 94, 101, 161, 199-201, 204, 210-212  
estresse 22, 82, 117, 125, 159, 162, 171, 180  
exame de Papanicolaou 7, 85, 87, 89-90

## H

humanização 9, 13, 59, 65-66, 73-74, 103-104, 106, 118, 122, 125, 127-128

## I

imunização 199-200, 206, 210-212  
Infecção do Trato Urinário 180  
INFECÇÕES ASSOCIADAS 8, 179  
Infecções Sexualmente Transmissíveis 90  
infertilidade 15-17, 20-22, 25-26  
informática em Enfermagem 39  
insegurança 22, 73, 99, 114, 124, 207  
Instituições de Longa Permanência 93, 96

## L

lesões dermatológicas 151

## M

medo 22, 51, 57-59, 99, 129, 131-133, 135, 138-143, 156, 159, 169, 207, 210  
Ministério da Saúde do Brasil 27  
morbidade 195  
mortalidade 51, 63, 85, 97, 114, 142, 195-197, 210  
morte 5, 7-8, 51, 72, 75-76, 78-84, 99, 129-144  
MULHER RURAL 7, 85

## N

NAEENF 147-149  
Núcleo de Assistência e Ensino de Enfermagem 147

## O

Organização Mundial de Saúde 15, 27, 40, 52  
ÓTICA DAS MÃES CADASTRADAS 8, 199

## P

PACIENTES COM LESÕES CRÔNICAS 8, 145, 160  
Papilomavírus Humano 51  
pediatria 66-67, 81, 83  
PERCEPÇÃO SOBRE A MORTE E O MORRER 8, 129, 133  
Pneumonia Associada 179  
políticas públicas 5, 23, 25, 53, 97, 101  
população infértil 19  
PRAXIS 32  
presença do familiar 5, 7, 65, 67, 69-70  
prevenção do CCU 60-63, 86  
prevenção do câncer 7, 51-54, 64, 87, 90-92  
Processo de Enfermagem 41, 44, 104, 146, 214  
processo do envelhecimento 94  
profissionais de enfermagem 8, 48, 76, 84, 103, 105-106, 119, 123, 125-126, 160  
Programa Nacional de Imunização 199

Programa Nacional de Segurança do Paciente 27-28, 47  
pronto socorro 8, 67, 103, 105-106, 123, 126  
prontuário eletrônico 6-7, 27-37, 40-43, 46-47, 49, 186

## Q

qualidade de vida 16, 22, 52, 82, 93-94, 97-98, 101-102, 116, 145, 150, 153, 155-156, 159-161, 173, 217  
qualificações 118

## R

relações de amizade 100  
Reprodução Humana 7, 15-16, 24-26  
Reprodução Humana Assistida 7, 15-16, 24-26  
revisão integrativa 7, 17, 24-26, 33, 36, 43, 45, 51, 53-55, 63-64, 74, 102, 105, 107, 109, 117, 126-127, 144, 161-162, 167, 198

## S

Saúde da Família 8, 94, 101, 161, 199-201, 204, 209-212, 214-215, 218  
saúde de qualidade 101  
segurança do paciente 7, 27-29, 31-33, 35-37, 40, 42-49, 171, 179, 214, 217  
SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO 7, 27, 31  
sentido da vida para o idoso 7, 100  
ser feliz 95, 100  
Sistematização da Assistência de Enfermagem 34, 42-43, 146, 163-164  
Sistema Único de Saúde 7, 10, 15-16, 18, 23, 25-26, 103, 184  
sofrimento humano 155  
suporte nutricional 180  
SUS 10, 16-18, 20-24, 26, 59-60, 103, 184, 215

## T

tensão emocional 22

## U

Unidade de Terapia Intensiva 6, 44, 84, 179, 182, 184, 187-188, 190-192, 197-198, 213, 217

## V

Ventilação Mecânica Invasiva 179  
Viver bem 95, 100

ISBN 978-65-5368-334-1



Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)