

ENFERMAGEM

da teoria à prática clínica



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2024

ENFERMAGEM

da teoria à prática clínica



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2024

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



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

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

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

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

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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

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

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

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

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

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

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

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

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

Enfermagem: da teoria à prática clínica

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	<p>Enfermagem: da teoria à prática clínica / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2574-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.748241005</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

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

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

DECLARAÇÃO DA EDITORA

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

Temos a satisfação de apresentar o livro “Enfermagem: da teoria à prática clínica”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.


São apresentados os capítulos: Da investigação em saúde à translação do conhecimento na era digital; Elaboração de guia para consulta de enfermagem gerontológica baseado em teoria de enfermagem; Vencer barreiras: o papel da intuição de enfermagem na promoção da segurança do doente; Ultrapassando barreiras na promoção da segurança da pessoa em situação de exceção no serviço de urgência; Vencendo barreiras: intervenção de enfermagem à pessoa pós enfarte agudo do miocárdio na adesão ao regime terapêutico; Indicadores clínicos que impactam o risco cardiovascular do paciente renal crônico em tratamento conservador; Inserção de cateter central de inserção periférica (PICC) guiada por ultrassonografia em adultos e idosos: relato de experiência de enfermeiros; Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado de Porto Alegre; Unidade de cuidados especiais materno infantil: relato de experiência em uma maternidade federal no Rio de Janeiro; Fatores estressores na atividade do enfermeiro; Reconhecimento social e profissional da enfermagem na visão de recém-ingressos da graduação; Eventos adversos relacionados ao uso de varfarina no Brasil e A importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar especializada em cuidados paliativos em idosos.

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

Marcus Fernando da Silva Praxedes


CAPÍTULO 1 1**DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE À TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NA ERA DIGITAL**

Cristina Maria Correia Barrosos Pinto
Adelino Manuel da Costa Pinto
Sandra Alice Gomes da Costa
Angélica Oliveira Veríssimo da Silva
Palmira da Conceição Martins de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410051>


CAPÍTULO 2 10**ELABORAÇÃO DE GUIA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM**

Vitória Ilana Rodrigues de Souza
Maria Elena Nobre Soares Marinho
Fernanda Rochelly do Nascimento Mota

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410052>


CAPÍTULO 3 16**VENCER BARREIRAS: O PAPEL DA INTUIÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE**

Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro
Joana Moreira Ferreira Teixeira
Helga Marília da Silva Rafael Henriques
Maria Cândida Rama da Costa Pinheiro Palmeiro Durão
Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410053>

CAPÍTULO 4 30**ULTRAPASSANDO BARREIRAS NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**


Alexandre Manso
Maria Cândida Rama Da Costa Pinheiro Palmeiro Durão
Helga Marília da Silva Rafael Henriques
Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista
Joana Moreira Ferreira Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410054>

CAPÍTULO 5 41**VENCENDO BARREIRAS: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

Joana Moreira Ferreira Teixeira
Marta Veloso da Silva Robalo Nunes
Margarida Lucas Novo Monteiro Fonseca
Marta Maria Toureiro Padrão Teixeira
Carolina da Costa Madeira
Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro


Maria Cândida Rama Da Costa Pinheiro Palmeiro Durão
 Helga Marília da Silva Rafael Henriques
 Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410055>

CAPÍTULO 663

INDICADORES CLÍNICOS QUE IMPACTAM O RISCO CARDIOVASCULAR DO
 PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO CONSERVADOR


Andressa Maria Domareski
 Juliana Ligeski lung Barbosa
 Gabriela Rossetti de Azevedo
 Juliana Regina Dias Mikowski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410056>

CAPÍTULO 776

INSERÇÃO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)
 GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA EM ADULTOS E IDOSOS: RELATO DE
 EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS


Letícia Machado da Costa
 Eliane Raquel Rieth Benetti
 Leticia de Moura

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410057>

CAPÍTULO 887

PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
 INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE


Taís do Amaral Stenger
 Raquel Adjane de Magalhães Machado
 Jaqueline Rodrigues Bender
 Alldren Silva de Sousa
 Caroline Duarte Machado
 Eduardo Luis Draghetti
 Luciano Postilioni Aires
 Elisiane de Oliveira Machado
 Lucas Correa Gonçalves
 Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410058>

CAPÍTULO 999


UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS MATERNO INFANTIL: RELATO DE
 EXPERIÊNCIA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL NO RIO DE JANEIRO

Magda Fadel
 Aline Campos de Abreu
 Flávia Cristina de Lucena Banaggia
 Patrícia Salles Damasceno de Matos
 Lidianna Mendes de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482410059>


CAPÍTULO 10..... 101**FATORES ESTRESSORES NA ATIVIDADE DO ENFERMEIRO**

Emanuelle Bianchi Soccol
 Mariana Nader Fossa
 Luciana Rott Monaiar
 Luciana Pereira Silva
 Elizete Maria de Souza Bueno
 Maria da Graça Rocha Penha
 Daniela Santos Silveira Queiroz
 Karine Lorenzen Molina
 Francielle Lopes Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74824100510>


CAPÍTULO 11 113**RECONHECIMENTO SOCIAL E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA VISÃO DE RECÉM-INGRESSOS DA GRADUAÇÃO**

Marcia de Souza Silva
 Luana Ramos Garcia
 Isabela de Freitas Bahia Pereira
 Ariane da Silva Pires
 Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella
 Carolina Cabral Pereira da Costa
 Samira Silva Santos Soares
 Karla Biancha Silva de Andrade
 Eloá Carneiro Carvalho
 Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74824100511>

CAPÍTULO 12..... 124**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE VARFARINA NO BRASIL**

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74824100512>

CAPÍTULO 13..... 131**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA EM CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS**

Jamile Alves do Sacramento Pereira
 Roberta Messias Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74824100513>

SOBRE O ORGANIZADOR 149**ÍNDICE REMISSIVO 150**

DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE À TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NA ERA DIGITAL

Data de submissão: 24/02/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Cristina Maria Correia Barrosos Pinto

Escola Superior de Enfermagem do Porto,
Centro de Investigação em Tecnologias
e Serviços de Saúde e Rede de
Investigação em Saúde
<https://orcid.org/0000-0002-6077-4150>

Adelino Manuel da Costa Pinto

Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho
<https://orcid.org/0000-0002-3077-4459>

Sandra Alice Gomes da Costa

Escola Superior de Saúde de Santarém
<https://orcid.org/0000-0002-2422-3626>

Angélica Oliveira Veríssimo da Silva

Doutoranda em Didática e
Desenvolvimento Curricular, Universidade
de Aveiro
<https://orcid.org/0000-0001-8666-8009>

Palmira da Conceição Martins de Oliveira

Escola Superior de Enfermagem do Porto,
Centro de Investigação em Tecnologias
e Serviços de Saúde e Rede de
Investigação em Saúde
<https://orcid.org/0000-0002-4025-1969>

RESUMO: A translação do conhecimento, na área da saúde, tem um papel crucial na aplicação prática dos resultados da investigação científica para beneficiar os clientes e a sociedade em geral. Discute-se a necessidade de uma abordagem colaborativa e interdisciplinar na translação do conhecimento, envolvendo diversos intervenientes, desde investigadores, profissionais de saúde, gestores e clientes. Salienta-se que a translação do conhecimento não é um processo linear, requerendo a consideração de vários fatores contextuais para uma implementação bem-sucedida. Estratégias de disseminação, implementação e formação são fundamentais para promover uma cultura de prática reflexiva baseada em evidências científicas. Além disso, é explorado a crescente relevância da transformação digital na saúde, oferecendo novas oportunidades para a translação do conhecimento. A digitalização permite a rápida disseminação de informações, facilita a colaboração entre profissionais e comunidades, e oferece novas formas de prestação de cuidados de saúde, como a telemedicina e o uso de dispositivos médicos conectados. Por outro lado, são também discutidos os desafios associados

à transformação digital, especialmente no que diz respeito à cibersegurança e à proteção dos dados dos clientes. Destaca-se a relevância de garantir a segurança da informação para promover uma translação do conhecimento eficaz, na era digital. A translação do conhecimento na saúde é essencial para impulsionar a inovação, melhorar os cuidados de saúde e promover o bem-estar da população. Ao adotar uma abordagem colaborativa e investir na transformação digital de forma segura e responsável, é possível maximizar o impacto do conhecimento científico e garantir que ele seja utilizado de forma eficaz para o benefício de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Translação Conhecimento; Prática Clínica Baseada em Evidências; Sistemas de Informações em Saúde; Tecnologia Digital; Profissionais de Saúde.

FROM HEALTH INVESTIGATION TO KNOWLEDGE TRANSLATION IN THE DIGITAL AGE

ABSTRACT: The translation of knowledge, in the healthcare area, plays a crucial role in the practical application of the results of scientific research to benefit clients and society. The need for a collaborative and interdisciplinary approach to knowledge translation is discussed, involving different stakeholders, from researchers, health professionals, managers, and clients. It is noteworthy that knowledge translation is not a linear process, requiring the consideration of several contextual factors for successful implementation. Dissemination, implementation, and training strategies are elementary to promoting a culture of reflective practice based on scientific evidence. Additionally, the growing relevance of digital transformation in healthcare is explored, offering new opportunities for knowledge translation. Digitization enables the rapid dissemination of information, facilitates collaboration between professionals and communities, and offers new ways of delivering healthcare, such as telemedicine and the use of connected medical devices. On the other hand, the challenges associated with digital transformation are also discussed, especially regarding cybersecurity and the protection of customer data. The importance of ensuring information security is highlighted to promote effective knowledge translation in the digital era. The translation of knowledge in healthcare is necessary to drive innovation, improve healthcare and promote the well-being of the population. By adopting a collaborative approach and investing in digital transformation securely and responsibly, it is possible to maximise the impact of scientific knowledge and ensure that it is used effectively for the benefit of all.

KEYWORDS: Translational Medical Research; Evidence-Based Practice; Health Information Systems; Digital Technology; Health Personnel.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o avanço da ciência e da tecnologia tem impulsionado uma evolução notável no campo da saúde, resultando no acúmulo substancial de novo conhecimento com potencial de transformar radicalmente a qualidade de vida das pessoas. Este progresso contínuo não abre apenas novas perspectivas para o tratamento e prevenção de doenças,

mas também desafia os paradigmas estabelecidos, oferecendo soluções inovadoras para os reptos complexos enfrentados no setor da saúde.

Neste contexto, a translação do conhecimento emerge como um elemento-chave para a efetiva aplicação dos resultados das descobertas científicas na prática clínica e na formulação de políticas de saúde baseadas em evidências. A translação do conhecimento, visa preencher a transição entre a pesquisa e a prática, desempenha um papel fundamental na garantia de que os benefícios do novo conhecimento sejam percebidos não apenas a nível académico, mas também sejam transpostos, transformando-se em insights para os clientes e para a sociedade em geral.

Pretendemos explorar a importância da translação do conhecimento na área da saúde, contextualizando-a dentro do cenário atual dos avanços científicos e tecnológicos, abordando, não apenas os fundamentos teóricos subjacentes à translação do conhecimento, mas também, os desafios práticos associados à implementação bem-sucedida das descobertas científicas nos sistemas de saúde.

Além disso, examinamos a interseção entre a translação do conhecimento e a era digital, onde a célere disseminação de informações e o aparecimento de novas tecnologias redefinem as fronteiras do conhecimento e das práticas em saúde. Ao considerar a transformação digital como um facilitador e um estímulo para a translação do conhecimento, procuramos identificar estratégias eficazes para usufruir o potencial das tecnologias emergentes enquanto mitigamos os riscos associados à sua implementação.

Através dessa análise abrangente, pretendemos oferecer insights valiosos para os profissionais de saúde, investigadores e políticos interessados em promover uma translação eficaz do conhecimento, na área da saúde. Com a compreensão dos fatores que impulsionam e influenciam a translação do conhecimento, estaremos mais aptos para enfrentar os desafios do presente e do futuro, maximizando os benefícios do novo conhecimento, para o bem-estar da população.

NOVO CONHECIMENTO EM SAÚDE E A IMPORTANCIA DA SUA TRANSLAÇÃO

O avanço da ciência e da tecnologia tem impulsionado uma evolução notável na área da saúde, resultando em conhecimento novo, com potencial para melhorar substancialmente a qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, a translação do conhecimento desempenha um papel crucial, possibilitando que os resultados da investigação científica possam ser aplicados na prática clínica, favorecendo diretamente os clientes e, a sociedade em geral.

A translação do conhecimento refere-se ao processo de transferência do conhecimento científico resultante da investigação produzida para a prática clínica e, para as políticas de saúde baseada em evidências. Visa preencher a lacuna entre a investigação

e a prática, permitindo que os resultados científicos sejam utilizados eficazmente na melhoria da saúde e, do bem-estar das populações.

A importância da translação do conhecimento na área da saúde é enfatizada por diversos autores (ARCHIBALD et al., 2023; CASSIDY et al, 2024; FARRAN et al., 2024; FLYNN et al., 2023; GALLANT et al., 2023; MINOGUE, MORRISSEY & TERRES, 2022). A translação efetiva do conhecimento exige uma abordagem interdisciplinar e colaborativa, e envolve não apenas investigadores e profissionais de saúde, mas também gestores, clientes e outros intervenientes relevantes (JULIE CHOI & KAILIN LIU, 2024). Esta colaboração multidisciplinar é essencial para garantir que as intervenções baseadas em evidências sejam adaptadas às necessidades específicas dos clientes e implementadas de forma eficaz nos sistemas de saúde.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) tem emergido como um tópico central na discussão sobre a utilização do conhecimento, gerando discussões acerca da sua eficácia e viabilidade quanto à sua abordagem, assim como, da adequabilidade e oportunidade para a tomada de decisão clínica para os clientes e comunidade. Além disso, é fundamental reconhecer que a translação do conhecimento não é um processo linear. A implementação bem-sucedida de intervenções baseadas em evidências requer a consideração de uma variedade de fatores contextuais, incluindo questões relacionadas com a cultura organizacional, recursos disponíveis e aceitação por parte dos profissionais de saúde e dos próprios clientes (PRESADO et al., 2022).

Para promover uma translação efetiva do conhecimento em saúde, é necessário investir em estratégias de disseminação e implementação, bem como, na formação e capacitação dos profissionais de saúde (CASSIDY et al, 2024; TUOHY et al., 2023). Além disso, é importante incentivar uma cultura de prática reflexiva baseada em evidências, onde a tomada de decisões clínicas deve ser informada e fundamentada na melhor evidência disponível, e não apenas suportada no saber adquirido através da experiência profissional.

TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NA ERA DIGITAL

Atualmente, a era digital, veio impor novos desafios ao conhecimento, nomeadamente, à sua translação. A velocidade com que o conhecimento é gerado e compartilhado é espantosa. A translação do novo conhecimento torna-se, assim, fundamental para garantir que a inovação e as descobertas científicas sejam integradas efetivamente na prática e na vida quotidiana das pessoas. Este processo de translação envolve a aplicação prática e a disseminação do conhecimento emergente, permitindo que ele não apenas exista em laboratórios ou publicações académicas, mas também influencie positivamente as políticas, a indústria, a educação e a sociedade como um todo, com especial ênfase na saúde.

A translação do novo conhecimento na era digital é impulsionada pela interconectividade global proporcionada pela internet e pelas tecnologias de informação

e comunicação (TUOHY et al., 2023). A velocidade e o alcance da transmissão de informações permitem que as descobertas científicas cheguem a um público mais amplo e se diversifiquem em tempo recorde. Além disso, as plataformas online facilitam a colaboração entre investigadores, profissionais de diferentes áreas e comunidades, o que promove a cocriação de soluções inovadoras para os diversos desafios contemporâneos (FARRAN et al., 2024; GALLANT et al., 2023; TUOHY et al., 2023).

Um aspeto essencial dessa translação na era digital é a sua acessibilidade (GALLANT et al., 2023). A disseminação de informações através das plataformas digitais permite que indivíduos de diferentes partes do mundo, com diferentes níveis de educação e recursos, possam beneficiar do conhecimento gerado pela pesquisa científica. Isso não só democratiza o acesso ao conhecimento, através de políticas fomentadoras da ciência aberta, mas também, fortalece a capacidade das comunidades para tomar decisões informadas e participar ativamente na resolução de problemas locais e globais.

No entanto, também emergem novos reptos. A sobrecarga de informações e a disseminação de desinformação podem dificultar a identificação e adoção das descobertas científicas válidas e relevantes. Além disso, questões éticas, como a privacidade dos dados e a equidade no acesso à informação, necessitam de ser cuidadosamente consideradas, para afiançar que o benefício da translação do conhecimento seja equitativamente distribuído, para que não ocorram impactos negativos não intencionais.

De facto, a translação do novo conhecimento na era digital representa uma oportunidade emocionante e desafiadora para acelerar o progresso científico, promover a inovação e melhorar a qualidade de vida das pessoas em todo o mundo. Aproveitar o potencial transformador da translação do conhecimento requer um compromisso contínuo com a colaboração, a acessibilidade, a integridade e a responsabilidade, para garantir que o conhecimento gerado seja aplicado de forma ética, eficaz e significativa, tendo em conta, o bem comum.

MODELOS DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

Ao longo do tempo, diversos modelos têm sido propostos e desenvolvidos para ajudar a entender e melhorar o processo de translação do conhecimento em diferentes contextos e áreas de atuação.

Um dos modelos mais conhecidos é o modelo linear ou de “bench to bedside” (do laboratório para o leito), que descreve a translação do conhecimento como um processo linear, que vai desde a investigação básica até a aplicação clínica (ESMAIL et al., 2021). Neste modelo, o conhecimento é gerado na pesquisa em laboratórios, passa por ensaios clínicos e, é finalmente adotado na prática clínica para beneficiar os clientes.

No entanto, reconhece-se cada vez mais, que o processo de translação do conhecimento é complexo e multifacetado, e que modelos mais integrativos são

necessários para capturar essa complexidade. Um exemplo, é o modelo de “pesquisa orientada pela prática”, que enfatiza a colaboração entre investigadores e profissionais de saúde na identificação e resolução de problemas do mundo real (ESMAIL et al., 2021). Nesse modelo, a investigação é conduzida em estreita colaboração com os profissionais de saúde e os clientes, garantindo que as questões da investigação sejam relevantes e que as descobertas tenham aplicação prática.

Outro modelo importante é o modelo de “implementação de políticas baseadas em evidências”, que se concentra na utilização de evidências científicas para a formulação de políticas e tomada de decisões (ESMAIL et al., 2021). Esse modelo reconhece a importância de traduzir o conhecimento em políticas e práticas, que possam melhorar a saúde e o bem-estar da população.

Além desses modelos, há uma variedade de abordagens e estratégias específicas que podem ser utilizadas para facilitar a translação do conhecimento, incluindo a formação de parcerias entre acadêmicos e stakeholders, o uso de ferramentas de comunicação eficazes e, a promoção de uma cultura de colaboração e aprendizagem contínua.

Os modelos de translação do conhecimento desempenham um papel fundamental na orientação e facilitação do processo de aplicação prática do conhecimento científico (ARCHIBALD et al., 2023; GALLANT et al., 2023; JULIE CHOI & KAILIN LIU, 2024; MINOGUE, MORRISSEY & TERRES, 2022; PRESADO et al., 2022). Ao adotar uma abordagem sistemática baseada em evidências, é possível maximizar o impacto dos resultados científicos, ao promover que o conhecimento adquira um valor de utilidade prática, para a saúde e o bem-estar das pessoas.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL E TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

A aplicação das tecnologias digitais na saúde, oferece oportunidades significativas para melhorar o acesso aos cuidados, a eficiência dos serviços e, aumenta os ganhos em saúde para os clientes desses serviços.

Uma das áreas mais impactadas pela digitalização na saúde é a telemedicina. Com o avanço das tecnologias de comunicação e conectividade, os clientes agora, têm a capacidade de consultar profissionais de saúde remotamente, através de videochamadas, aplicativos móveis e plataformas online. Isso não só aumenta o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para pessoas em áreas remotas ou com mobilidade reduzida, como também reduz os custos associados às consultas presenciais (BROWN & HARTLEY, 2021; FARIAS et al., 2023; MAMMEN & MAMMEN, 2022; QUÉVAT & HEINZE, 2020; STURESSON & GROTH, 2018).

Por outro lado, existem muitos novos produtos em utilização na saúde, que resultam da ligação de dispositivos médicos aos smartphones: por exemplo o *smart clothing* que monitoriza atividades e biomarcadores, o *smart mirrors* que ajuda a detetar mudanças na

pele e nos olhos e, o chat-bots, com comandos por voz e interfaces gestuais e toque, que facilita a participação dos clientes com dificuldades no uso de telemóveis.

O uso da robótica, mediante dispositivos com inteligência artificial configurada para realizar tarefas com pouca ou nenhuma intervenção humana através da *Machine Learning*, é cada vez mais, uma realidade. Embora, a sua autonomia na saúde ainda dependa de tarefas atribuídas, sendo a sua ação controlada, definitivamente, o seu uso pode aumentar a eficiência, produtividade e qualidade em saúde. A robótica é útil nas cirurgias programadas complexas, de grande rigor e precisão, sendo hoje um valioso recurso, como ferramenta médica, para intervenções menos invasivas e até à distância. De igual forma, os robots já são usados também na logística interna em alguns hospitais e farmácias, na distribuição interna de consumíveis e vários outros produtos hoteleiros, como por exemplo, refeições, medicamentos, roupa de cama e higiene.

As aplicações e dispositivos digitais proporcionam ao cliente e aos profissionais de saúde formas alternativas de cuidados de saúde, oferecendo maior conforto e possibilitam mitigar o distanciamento com as unidades de saúde. A realização das teleconsultas, em áreas como a clínica geral, dermatologia, fisioterapia, terapia da fala e enfermagem, é uma prática atual com tendência a crescer. Por exemplo, no Reino Unido, o 'NHS Near Me', realiza consultas à distância em casa do cliente ou numa clínica, caso a pessoa não tenha ligação à internet ou não saiba trabalhar com o dispositivo móvel (BROWN & HARTLEY, 2021).

O uso de drones para entrega de medicamentos é uma realidade recente. Estes novos meios podem ser utilizados em cenários de guerra para o abastecimento aos médicos, e começam também a ser usados na entrega de medicamentos e alimentação a populações com doenças crónicas mais distanciadas no domicílio.

Contudo, todo este avanço traz constrangimentos. Os sistemas de informação atuais não garantem a confidencialidade da informação, nem garantem que esta seja exclusivamente acedida por quem está autorizado. A proteção contra acessos indesejados externos ou internos é difícil e complexa, tal como, a plenitude de recuperação em caso de erro, avaria física ou outro tipo de desastre, nomeadamente, no que concerne à cibersegurança.

A cibersegurança refere-se à proteção dos sistemas de informação, redes e dados contra ataques cibernéticos, roubo de dados e, outras ameaças à segurança digital. Portanto, inclui a implementação de medidas de segurança, como firewalls, antivírus, criptografia e autenticação, para garantir a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações.

Quando se analisa a interseção entre translação do conhecimento e cibersegurança, percebe-se que ambas são fundamentais para promover a inovação e o progresso. Se por um lado se deve proteger a renovação digital, por outro lado, deve defender-se a privacidade das informações. Assim, é fundamental implementar medidas robustas que

assegurem a segurança dos dados em todas as etapas do processo de translação do conhecimento, desde a colheita, armazenamento até à disseminação e, aplicação das descobertas científicas.

CONCLUSÃO

A translação do conhecimento na saúde, através de uma abordagem multidisciplinar colaborativa suportada em ferramentas digitais seguras, é essencial para impulsionar a inovação, melhorar os cuidados de saúde e promover o bem-estar das populações, ao atribuir um valor de utilidade clínica ao conhecimento científico produzido.

REFERÊNCIAS

ARCHIBALD, M. M. et al. How transdisciplinary research teams learn to do knowledge translation (KT), and how KT in turn impacts transdisciplinary research: a realist evaluation and longitudinal case study. *Health Research Policy & Systems*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–24, 2023. DOI 10.1186/s12961-023-00967-x. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=162588042&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BROWN, A.; HARTLEY, K. Digital transformation in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 422–427, 2021. DOI 10.12968/bjcn.2021.26.9.422. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=152234760&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 24 fev. 2024.

CASSIDY, C. E. et al. Knowledge translation strategies used for sustainability of an evidence-based intervention in child health: a multimethod qualitative study. *BMC Nursing*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1–12, 2024. DOI 10.1186/s12912-024-01777-4. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=175528443&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ESMAIL, R. et al. Characteristics of knowledge translation theories, models and frameworks for health technology reassessment: expert perspectives through a qualitative exploration. *BMC health services research*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 401, 2021. DOI 10.1186/s12913-021-06382-8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=33926430&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FARIAS, M. A. et al. La transformación digital como estrategia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en las Américas. *Pan American Journal of Public Health*, [s. l.], v. 47, p. 1–7, 2023. DOI 10.26633/RPSP.2023.150. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=174630283&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 24 fev. 2024.

FARRAN, D. et al. From knowledge production to knowledge translation: Waterpipe tobacco control research in the Eastern Mediterranean Region. *Tobacco prevention & cessation*, [s. l.], v. 10, 2024. DOI 10.18332/tpc/175953. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=38250221&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

FLYNN, R. et al. Knowledge translation strategies to support the sustainability of evidence-based interventions in healthcare: a scoping review. *Implementation Science*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–17, 2023. DOI 10.1186/s13012-023-01320-0. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=173993212&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

GALLANT, S. M. et al. Integrated knowledge translation guidelines for trainees in health research: an environmental scan. *Health Research Policy & Systems*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–13, 2023. DOI 10.1186/s12961-023-01024-3. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=164945301&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

HELENA PRESADO, M. et al. Desafios à Translação do Conhecimento na Era Digital. *New Trends in Qualitative Research*, [s. l.], v. 10, p. 1–11, 2022. DOI 10.36367/ntqr.10.2022.e517. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=157429240&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

JULIE CHOI; KAILIN LIU. Knowledge Building through Collaborative, Translation and Translanguaging Practices. *Journal of Language, Identity, and Education*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 141–156, 2024. DOI 10.1080/15348458.2021.1974866. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=eric&AN=EJ1407168&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MAMMEN, A. F.; MAMMEN, A. The Digital Transformation of a Metropolitan New York Health System. *Frontiers of Health Services Management*, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 10–15, 2022. DOI 10.1097/HAP.000000000000134. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=155402576&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MINOGUE, V.; MORRISSEY, M.; TERRES, A. Supporting researchers in knowledge translation and dissemination of their research to increase usability and impact. *Quality of Life Research*, [s. l.], v. 31, n. 10, p. 2959–2968, 2022. DOI 10.1007/s11136-022-03122-1. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=159086839&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

QUÉVAT, A.; HEINZE, A. The digital transformation of preventive telemedicine in France based on the use of connected wearable devices. *Global Business & Organizational Excellence*, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 17–27, 2020. DOI 10.1002/joe.22054. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=145114794&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 24 fev. 2024.

STURESSON, L.; GROTH, K. Effects of the Digital Transformation: Qualitative Study on the Disturbances and Limitations of Using Video Visits in Outpatient Care. *Journal of medical Internet research*, [s. l.], v. 20, n. 6, p. e221, 2018. DOI 10.2196/jmir.9866. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=29950290&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 24 fev. 2024.

TUOHY, P. et al. Considerations for Research Funders and Managers to Facilitate the Translation of Scientific Knowledge into Practice. *Environmental management*, [s. l.], 2023. DOI 10.1007/s00267-023-01895-w. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=38019304&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ELABORAÇÃO DE GUIA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA BASEADO EM TEORIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 02/05/2024

Vitória Ilana Rodrigues de Souza
Graduanda em Enfermagem

Maria Elena Nobre Soares Marinho
Graduanda em Enfermagem

Fernanda Rochelly do Nascimento Mota
Doutora em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde. Faculdade Rodolfo
Teófilo.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Uma teoria de enfermagem aponta versões da realidade e oferece elementos para soluções dos problemas relacionados à assistência. Para agregar valores e no contexto teórico-assistencial, foi elaborado um guia de consulta específico para o público idoso, pois considera-se que o instrumento implementa a SAE na consulta gerontológica, promovendo uma nova rotina quanto a utilização do impresso oferecendo subsídios na qualidade da assistência fortalecendo e valorizando as condutas da equipe de enfermagem. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência de estudantes de enfermagem na elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em uma

consulta de saúde do idoso, baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, realizada em uma instituição de ensino superior em Fortaleza-Ce. **RESULTADOS:** Criação de uma ferramenta que aborda todas as fases do processo de enfermagem (PE) com base na teoria das necessidades humanas básicas, onde o cuidado será sistematizado e documentado, e assim arquivado no prontuário do paciente. **CONCLUSÃO:** O instrumento elaborado é de suma importância estratégica para uma organização da realização do PE, na assistência do enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta de Enfermagem; Teorias de Enfermagem; Relato de experiência.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o método científico de trabalho que proporciona melhora significativa da qualidade da assistência prestada ao paciente, através do planejamento individualizado das

ações elaboradas pelo profissional enfermeiro. Nesse ínterim, entende-se que o uso de teorias de enfermagem para implementação da SAE agrega vantagens na obtenção de resultados satisfatórios da assistência de Enfermagem. A finalidade da teoria é descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever cuidado de enfermagem, sustentando a qualidade da assistência. (TAVARES, F.M.M e TAVARES, W.S., 2018).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia todas as atividades de Enfermagem. O diagnóstico de enfermagem pode ser considerado o eixo norteador da sistematização. Responde pela identificação do estado de saúde/doença comum julgamento clínico sobre respostas potenciais da pessoa, família ou comunidade, aos problemas de saúde, proporcionando embasamento para elaborar as intervenções de enfermagem de forma a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA,2015).

A Resolução 358/2009(4), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e oferece outras providências. Em seu artigo 4º, prescreve a função do enfermeiro cuja liderança, na execução e avaliação do Processo de Enfermagem (PE), segue o princípio da função. Além disso, o Cofen define o processo de enfermagem como instrumento de planejamento do cuidado do enfermeiro e do registro de suas ações profissionais, a partir da organização de cinco etapas inter-relacionadas e recorrentes (COFEN, 2009).

A multidimensionalidade das demandas das pessoas idosas requer uma atenção multidisciplinar e integral. O enfermeiro, membro desta equipe, utiliza conceitos das ciências biológicas, humanas e sociais aliados à gerontologia, sendo capaz de assistir a pessoa idosa em seus aspectos biopsíquico, sociocultural e espiritual. Atua na promoção da saúde, prevenção de doenças, visando a maximização da sua independência, autonomia e do bom padrão de autocuidado através da preservação da funcionalidade (“Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa 1 Cuidados de Enfermagem Gerontológica”, [s.d.]). Diante disso, o guia de consulta para o idoso é de suma relevância para realização da assistência e otimização do atendimento, para que assim, possa abranger a multidimensionalidade e integralidade do paciente.

Nesse sentido, compreende-se a relevância da elaboração de um guia de consulta específico para o público idoso, e fundamentado em teoria de enfermagem. Pressupõe-se que essa ferramenta poderia auxiliar na implementação da SAE durante a consulta de enfermagem gerontológica, e conseqüentemente, fornecer subsídios para a qualidade da assistência ao público da faixa etária idosa assistido por enfermeiros (TAVARES, F.M.M e TAVARES, W.S., 2018).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), da teórica Wanda Horta, parte da premissa de que a ciência do cuidado não deveria ser voltada à doença, mas sim ao paciente e às suas necessidades (TAVARES, F.M.M e TAVARES, W.S., 2018). A Teoria

apresenta-se adequada enquanto aporte teórico por ter como objeto o atendimento às necessidades humanas no ciclo saúde-enfermidade em qualquer fase da vida. Segundo Horta, as necessidades humanas básicas, quando não atendidas, causam instabilidade hemodinâmica no ciclo vital. Segundo a teoria, as necessidades humanas podem ser categorizadas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, W.A., 1979)

Elegeu-se a teoria de Wanda Horta para fundamentar a elaboração do guia de consulta de enfermagem gerontológica, visto que mostrou-se oportuna, pelo fato de abarcar todas as necessidades básicas. Ademais, agregada aos eixos da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), pressupôs-se que tal teoria poderia contribuir de maneira significativa para o processo de cuidado para esse público específico, proporcionando uma melhor avaliação e conseqüentemente, facilitando a tomada de decisão clínica incumbida ao profissional enfermeiro ao realizar consulta de enfermagem gerontológica.

Ao profissional de saúde, a utilização de um guia promove um maior conhecimento na área gerontológica, com um maior aprofundamento teórico e embasado no aporte científico. Dessa forma, o guia de consulta é fundamental como uma estratégia educacional cada vez mais presente no ensino da enfermagem, sendo necessária para a prática profissional, pois permite a consolidação de habilidades e competências, para lidar com as diversas demandas advindas da população idosa (RAIOL, et al., 2020).

Diante do exposto, objetivou-se descrever a experiência de graduandos de enfermagem na elaboração de um guia para consulta de enfermagem gerontológica, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Aguiar Horta, bem como sua contribuição no processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A vivência discente que fundamenta o estudo ocorreu durante parte das atividades da disciplina “Enfermagem no Processo de Cuidar do Idoso”, ofertada no oitavo semestre letivo de Curso de Bacharelado em Enfermagem de Instituição de ensino de natureza privada, localizada no município de Fortaleza-CE.

Após as aulas teóricas sobre avaliação multidimensional do idoso, em sala de aula, a docente da disciplina propôs a atividade de elaboração de um guia para consulta de enfermagem do idoso, baseado em uma teoria de enfermagem. A ideia seria a utilização do guia elaborado durante as atividades práticas da disciplina, nas quais inclui-se a consulta de enfermagem gerontológica.

Para a realização da atividade, ocorrida no mês de março de 2023, a turma recebeu instruções da docente e foi organizada em equipes. Cada equipe de alunos definiu uma teoria de Enfermagem. Logo após a escolha da teoria das NHB, de Wanda Horta, a equipe, de quatro alunos, iniciou pesquisas na internet, a fim de conhecer mais detalhadamente

os fundamentos da referida teoria. Em seguida, partiu-se para a estruturação do guia de consulta gerontológica, definindo-se que constaria de perguntas e itens de avaliação de enfermagem norteadas pelo Processo de Enfermagem (PE) e fundamentadas na teoria (NHB), incluindo ainda as premissas da Avaliação Geriátrica Ampla.

Após a elaboração do guia de consulta, este foi posteriormente apresentado em sala de aula, em data previamente agendada junto à turma, e avaliado pela docente da disciplina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração de um guia de consulta de enfermagem gerontológica foi importante no sentido de agregação da SAE/PE com a Teoria das NHB, de Horta. Desse modo, foi confeccionado um instrumento constituído de três partes principais: a primeira contempla a Anamnese, a segunda, o Exame Físico e a terceira, os Diagnósticos de Enfermagem.

A primeira parte do instrumento (Anamnese) foi organizada em três tópicos: Necessidades Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais, em conformidade com a proposta da teoria das NHB. Logo, consiste no levantamento e na investigação de dados subjetivos. É um roteiro sistematizado de coleta de dados especificamente planejados para a pessoa da faixa etária idosa, no qual se pode identificar possíveis problemas de saúde, ou seja, é a investigação das condições atuais do paciente, tendo por finalidade conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, visando a identificação de problemas reais e/ou potenciais. A estrutura de identificação é composta por dados tais como: nome, data de nascimento, idade, endereço, religião, estado civil, profissão. Além disso, investiga-se as Necessidades Psicobiológicas, com 14 perguntas, em conjunto com as Condições Médicas e Estado Funcional, este último, a partir da proposta da AGA. Ademais, as Necessidades Psicossociais são investigadas em oito perguntas, e as Necessidades Psicoespirituais, em cinco perguntas, para identificação de rede social de apoio da pessoa idosa, em consonância com os aspectos sociais, cuja investigação é recomendada na AGA.

A segunda parte do instrumento contempla um roteiro para realização do exame físico de saúde da pessoa idosa. Nesta, coletam-se dados tais como; peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, eliminações, integridade da pele, mucosa oral, circunferência da panturrilha (para identificação de possível sarcopenia).

A terceira parte do guia deteve-se nos possíveis enunciados diagnósticos de enfermagem com base no NANDA-I. Portanto, descreve-se os diagnósticos preconizando a teoria da NHB, divididos em três eixos, sendo o primeiro, às Necessidades Psicobiológicas: Memória prejudicada, Confusão aguda, Alteração no processo de pensamento, Alterações sensoriais perceptivas, Padrão respiratório ineficaz, Troca de gases prejudicada, Déficit no volume de líquidos, Deglutição prejudicada, Alteração na nutrição; maior que as

necessidades corporais, Constipação, Incontinência intestinal, Integralidade da pele prejudicada, Alteração da mucosa oral, Distúrbio no padrão de sono, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Déficit no autocuidado, Risco para infecção. O segundo, as Necessidades Psicossociais: Interação social prejudicada, Ansiedade, Medo, Processos familiares alterados, Isolamento social, Ansiedade, Distúrbio da auto-estima, Alteração no desempenho de papel. Finalizando o terceiro, com as Necessidades Psicoespirituais: Sofrimento espiritual, Risco para sofrimento espiritual.

Em síntese, o Guia de consulta para o idoso foi apresentado em sala no formato de slide, dividido entre os discentes, explicando sobre a Teoria NHB e como se aplicaria o instrumento, sendo finalizado com a avaliação da docente. Esse momento tornou-se enriquecedor e consolidou os conhecimentos apresentados em sala, pois a temática abordada contemplou várias vertentes dentro da enfermagem, com um público específico, o idoso. Nesse sentido, destaca-se, a importância para os acadêmicos que agregaram expertise na área gerontológica para a atuação no campo de práticas. Elaborar e discutir o instrumento durante a disciplina de Saúde do Idoso, é um imenso aperfeiçoamento profissional e pessoal, pois a oportunidade de apresentar um guia utilizado de outras maneiras em variadas instituições de ensino, adequando à realidade local é motivador, podendo subsidiar o trabalho da equipe de enfermagem, permitindo a avaliação holística do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

Portanto, pode-se inferir que o guia de consulta gerontológica é uma importante estratégia para a organização e operacionalização do processo de enfermagem, pois padroniza os registros de coleta de dados, além de proporcionar um melhor direcionamento e continuidade do plano de cuidados prestados em uma assistência sistematizada com base na Teoria de Wanda Horta, promovendo o cuidado diante das necessidades humanas básicas.

A elaboração desse guia de consulta de enfermagem gerontológica propiciou aos estudantes uma experiência de suma importância para a assistência profissional com um olhar mais amplo no contexto de saúde do idoso entendendo suas necessidades básicas de vida, baseando-se em uma teoria de enfermagem.

A estratégia de ensino de direcionamento de elaboração de Guias, como o apresentado no presente trabalho, tem um impacto positivo no treinamento e aprendizado geral de habilidades do enfermeiro, e habilidades de enfrentamento às necessidades na saúde dos idosos. Podendo ser destacada como uma estratégia educacional que pode reduzir erros e inseguranças na prática clínica, promovendo uma expertise com base em um aprendizagem significativa, propagada entre teoria e prática. Dessa forma, buscando melhorar a qualidade dos serviços de saúde que são ofertados, especialmente aos idosos que ainda sofrem com as fragilidades das Políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

MOURA, J. W. DA S. et al. MARCOS DE VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM NA ERA CONTEMPORÂNEA. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 96, n. 39, 21 jul. 2022.

SILVA, C. J. DE A. et al. Perspectivas da Prática Avançada de Enfermagem no processo de cuidado gerontológico: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 23, 15 out. 2021.

RAIOL, I. F. et al. A simulação realística na consulta de enfermagem voltada ao idoso. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 14, 2 maio 2020.

TAVARES, F. M. M.; TAVARES, W. D. S. Elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 16 jul. 2018.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. Brasília, DF; 2009 [citado em 2017 out 15].

Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.

DUARTE, Y. M. D. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007

Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa 1 Cuidados de Enfermagem Gerontológica. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9667/1/texto_Impressao_Unidade_01_Modulo-cuidados%20de%20enfermagem%20gerontologica_Curso%20de%20Especializa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Idoso.pdf#:~:text=Enfermagem%20%C3%A9%20uma%20 disciplina%20que%20 busca%20 aumentar%20 a>. Acesso em: 17 abr. 2023.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015/2017. 10ª ed. São Paulo: Artmed; 2015.

VENCER BARREIRAS: O PAPEL DA INTUIÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE

Data de submissão: 10/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Maria de Lurdes Sarmiento Ribeiro

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, Alcabideche, Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-4224-6806>

Joana Moreira Ferreira Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE), Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9237-8120>

Helga Marília da Silva Rafael Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2946-4485>

Maria Cândida Rama da Costa Pinheiro Palmeiro Durão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9465-5280>

Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6786-6069>

RESUMO: Objetivos: Compreender qual o impacto da intuição de enfermagem na promoção da segurança da pessoa em situação crítica. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com pesquisa realizada em junho de 2023 em 4 bases de dados (Cinahl, Medline, Scopus e Google académico). **Resultados:** Os resultados do presente estudo respondem às componentes da Teoria da *Nursing Intuition*

(Valenzuela, 2019), ou seja, ambiente (variáveis internas e externas; eventos e problemas), relação enfermeiro-doente e intervenções de enfermagem holísticas, necessidades de saúde do doente e situação clínica, resultados positivos em saúde, e habilidade intuitiva do enfermeiro. É ainda possível identificar nos resultados as abordagens educacionais recomendadas para promover a intuição de enfermagem. **Conclusão:** Desenvolver a habilidade intuitiva é crucial dada sua importância na segurança do doente. Esta capacidade para além de complementar os conhecimentos técnicos e científicos, também permite aos enfermeiros identificar rapidamente sinais de alerta e tomar decisões assertivas em situações complexas e imprevisíveis. Ao promover o desenvolvimento dessa habilidade, podemos melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados, garantindo assim um ambiente mais seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem, Intuição, Segurança do doente, Cuidados Críticos

OVERCOMING BARRIERS: THE ROLE OF NURSING INTUITION IN PROMOTING PATIENT SAFETY

ABSTRACT: Objectives: To understand the impact of nursing intuition on promoting the safety of individuals in critical situations. **Methods:** Integrative literature review with research conducted in June 2023 on 4 databases (Cinahl, Medline, Scopus, and Google Scholar). **Results:** The results of this study address the components of Nursing Intuition Theory (Valenzuela, 2019), namely, environment (internal and external variables; events and problems), nurse-patient relationship and holistic nursing interventions, patient health needs and clinical situation, positive health outcomes, and nurse's intuitive ability. It is also possible to identify in the results the recommended educational approaches to promote nursing intuition. **Conclusion:** Developing intuitive ability is crucial given its importance in patient safety. This capacity not only complements technical and scientific knowledge but also enables nurses to quickly identify warning signs and make assertive decisions in complex and unpredictable situations. By promoting the development of this skill, we can significantly improve the quality of care provided, thus ensuring a safer environment.

KEYWORDS: Nursing Care, Intuition, Patient Safety, Critical care

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2020) define a segurança do doente como a ausência de dano que pode ser prevenido a um doente durante o processo de prestação de cuidados de saúde e a redução de dano desnecessário associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, sendo que o mínimo aceitável diz respeito às concepções coletivas de conhecimento em dado momento, recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados, contrabalançados com o risco de ausência de tratamento ou outros tratamentos possíveis.

A segurança é considerada fundamental na prestação de cuidados, sobretudo quando o recetor de cuidados é a pessoa em situação crítica, uma pessoa que não tem a capacidade para manter a estabilidade fisiológica ou que pode rapidamente desenvolver a instabilidade, de acordo com Benner (2001). A mesma autora defende que a vigilância e deteção precoce dos problemas são a primeira linha na defesa do doente, elementos fundamentais na promoção da sua segurança.

Para Jones *et al.* (2013), quando existe um agravamento do estado clínico, aumentando o risco individual de morbilidade, incluindo disfunção orgânica, prolongamento do tempo de internamento hospitalar, incapacidade ou morte, existe deterioração da situação de saúde da pessoa. Denominado deterioração clínica, este processo de agravamento fisiológico, que evolui negativamente, é previsível.

A deteção precoce da deterioração clínica tem um carácter objetivo (monitorização de parâmetros vitais, conhecimento de preditores de deterioração e aplicação de instrumentos de estratificação de risco) e um carácter subjetivo, relacionado com intuição e preocupação com o estado geral do cliente.

Hassani, Abdi e Jalali (2016) afirmam que a intuição tem um papel importante na deteção da deterioração dos sinais vitais dos clientes e, conseqüentemente, na redução da taxa de mortalidade. Na mesma linha de raciocínio, vários autores afirmam que a intuição é uma componente essencial deste processo e do julgamento em enfermagem (Holm & Severinsson, 2016; Rew & Barrow, 1987; Valenzuela, 2019), emergindo como uma estratégia de raciocínio que os enfermeiros aplicam no processo de tomada de decisão e de prestação de cuidados (Ramezani-Badr *et al.*, 2009).

Hassani, Abdi e Jalali definem intuição como uma habilidade humana para saber ou fazer sem uma razão de partida identificável, é uma forma de reconhecer a verdade sem consciencialização do pensamento. “knowing or doing without adequate reasons, (...) is a way to recognize the truths without rational thinking” (2016, p. 7).

Já Ramezani-Badr *et al.* (2009), afirmam que a intuição é composta pelos conhecimentos, experiência e expertise do enfermeiro, permitindo-lhe, em determinadas circunstâncias, identificar sinais de alarme e/ou complicações, estabelecer diagnósticos de enfermagem e decidir rapidamente as intervenções mais adequadas.

Através da utilização da memória de estímulos anteriores na resposta emocional a estímulos exógenos (Holm & Severinsson, 2016), a intuição pode ser explicada como um processo durante o qual os enfermeiros reconhecem alguma coisa nos clientes, que não pode ser expressa ou explicada através de palavras, mas que resulta em intervenções significativas, muitas vezes *lifesaving* (Billay *et al.*, 2007; Karki, Dhakal & Luitel, 2017).

Smith (2009), Karki, Dhakal e Luitel (2017) adicionam que o uso da intuição é influenciado não só pela experiência profissional, mas também pela espiritualidade e autoconfiança.

Assim, embora a definição de intuição de enfermagem tenha ainda um cariz subjetivo e complexo, a verdade é que, em conjunto com a prática de enfermagem baseada na evidência, a tomada de decisão intuitiva é algo impreterível e indispensável do cuidado de enfermagem (Karki, Dhakal & Luitel, 2017; King & Clark, 2002), sendo uma capacidade que pode ser desenvolvida (Smith, 2009).

A reflexão sobre estas dimensões da intuição de enfermagem, despoletou a inquietação de compreender o impacto da intuição de enfermagem na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, que permite o mapeamento e sistematização de resultados sobre um tema ou questão, fornecendo uma informação mais ampla sobre determinado assunto ou problema (Sousa *et al.*, 2018), realizado de acordo com as orientações de Whitemore e Knaf's (2005), em seis fases: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou pesquisa de literatura; 3) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 4) definição dos resultados extraídos dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão / síntese do conhecimento.

Procurando a mais recente evidência científica existente sobre a temática, a questão de revisão foi elaborada de acordo com a estratégia PI[C]O, que inclui como elementos fundamentais as siglas mnemônicas: P - População, I - Intervenção ou fenómeno de interesse e O - Outcome. As pessoas adultas em situação crítica, com idade acima de 18 anos foram definidas como elementos da população, a *Nursing intuition* foi definida como fenómeno de interesse, enquanto a promoção da segurança da pessoa em situação crítica foi definida como *outcome*. O objetivo foi responder à questão sobre o que a literatura relata sobre a intuição de enfermagem na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

A metodologia seguida permitiu a definição dos critérios de inclusão, nomeadamente, estudos primários e secundários, com todo o tipo de desenho, que abordassem a temática da intuição de enfermagem e segurança da pessoa em situação crítica, numa linha temporal entre 2018 e a atualidade, redigidos em português, inglês ou espanhol. Estudos versando a situação de pessoas com menos de 18 anos e grávidas ou noutros idiomas foram excluídos.

A pesquisa foi realizada durante o mês de junho de 2023, partindo de linguagem natural, conjugando os descritores das respetivas bases de dados, utilizando as seguintes expressões de pesquisa: [TX (Emergency patient OR Critical illness OR Critically ill OR Critically ill patients OR Clinical deterioration) AND TX (Intuition AND (nur* OR decision making OR diagnostic reasoning OR critical thinking OR clinical decision making)) AND TX (patient safety OR safety)] na CINAHL® Complete; [TX (Patients AND (Critical illness OR

emergencies) OR clinical deterioration) AND (Intuition AND (nur* OR decision making OR thinking OR clinical decision making)) AND TX (patient safety OR safety)], na MEDLINE, Scopus e ainda no Google Académico, uma ferramenta bibliográfica cada vez mais utilizada (Moed, Bar-Ilan & Halevi, 2016) na área das ciências médicas e da Saúde que, de acordo com Martín-Martín, Orduna-Malea e López-Cózar (2018), tem uma cobertura e dados de citação semelhantes à Web of Science e à Scopus.

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas, com recurso ao Software Rayyan®, começando pela identificação e extração dos duplicados (Ouzzani *et al.*, 2016), sendo efetuada a leitura do título dos artigos. Na segunda fase, a leitura do resumo, permitiu fazer a pré-seleção dos estudos potencialmente elegíveis. Na terceira etapa, foi efetuada a leitura do texto completo dos estudos. Dois revisores leram os títulos e resumos de forma independente para reduzir a possibilidade de viés interpretativo. Em caso de dúvida na decisão, o artigo foi aceite para leitura integral. Esta fase foi assegurada por três revisores, que leram os artigos na íntegra e selecionaram os que compuseram a amostra em estudo. Em caso de divergência, foi decidido aceitar ou rejeitar o artigo em causa após debate entre os revisores. A apreciação da qualidade dos artigos foi realizada de acordo com as orientações da *Joanna Briggs Institute critical appraisal tools* (2020), executada pelos três revisores. Em média, a qualidade dos artigos analisados varia entre 70% e 100% de conformidade.

Como se observa na figura 1, a amostra inicial ficou constituída por 314 artigos que respeitavam os critérios de inclusão. A análise do título e resumo identificaram como elegíveis 36 artigos para análise do texto integral. A amostra final ficou composta por 11 artigos.

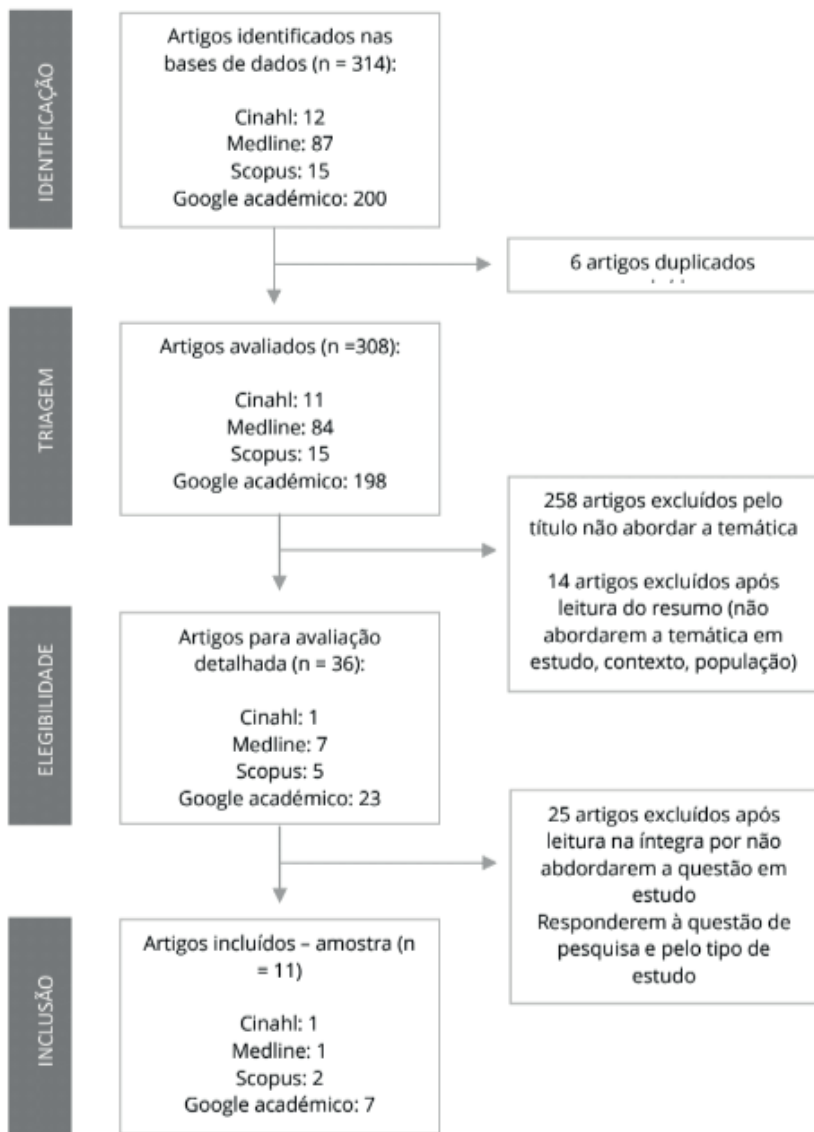


Figura 1 – Diagrama PRISMA (Adaptado de: Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>)

A extração dos dados dos artigos que compõem a amostra final foi realizada por meio de um instrumento contendo o nome do primeiro autor, ano de publicação, tipo de estudo, número de participantes, país onde foi realizado o estudo, definição de intuição de enfermagem, intervenções que promovem a segurança e outros achados. Os dados foram sintetizados seguindo a orientação proposta por Valenzuela (2019).

RESULTADOS

Do total de artigos, quatro estudos foram realizados nos Estados Unidos, três na Europa (Inglaterra, Dinamarca e Holanda), três na Ásia (Arábia Saudita, Israel e Irão) e um na Oceânia (Austrália). Não houve nenhum estudo realizado com população africana. Quanto ao desenho metodológico, nove eram estudos qualitativos, um estudo quantitativo e um estudo misto, todos disponíveis para leitura em inglês.

Nos estudos incluídos, a intuição de enfermagem é descrita como a capacidade natural de saber algo sem qualquer evidência ou validação (Banks, 2023), surge como componente implícita e integrante do raciocínio clínico, forma de conhecimento dedutivo que recorre a informações provenientes da observação e experiências anteriores (Hassani *et al.*, 2016). No estudo de Hutchinson *et al.* (2018), os autores defendem que a intuição se alinha com as capacidades de inteligência emocional descritas pelos enfermeiros.

É considerada importante pelos profissionais, que revelam tratar-se de uma habilidade poderosa, que lhes dá a confiança necessária para tomarem decisões baseadas em experiências anteriores (Banks, 2023; Levis, Schwartz & Bitan, 2018).

Os enfermeiros reconhecem que têm dificuldade em defender o fundamento para algumas experiências intuitivas (Dalton *et al.*, 2018), sendo raramente legitimada enquanto método válido de julgamento (Levis, Schwartz & Bitan, 2018). Com o objetivo de prestar cuidados de qualidade é considerada uma característica da prática especializada de enfermagem (Hutchinson *et al.*, 2018).

De forma sumária, os resultados do presente estudo respondem às componentes da Teoria da *Nursing Intuition* (Valenzuela, 2019), ou seja, ambiente (variáveis internas e externas; eventos e problemas), relação enfermeiro-doente e intervenções de enfermagem holísticas, necessidades de saúde do doente e situação clínica, resultados positivos em saúde, e habilidade intuitiva do enfermeiro. É ainda possível identificar nos resultados as abordagens educacionais recomendadas para promover a intuição de enfermagem.

DISCUSSÃO

Na presente revisão, propusemo-nos identificar o que a literatura relata sobre intuição de enfermagem na promoção da segurança da pessoa em situação crítica, processo que permitiu aceder a 11 artigos onde se identificam diversas dimensões da Intuição de Enfermagem que, globalmente, impactam na segurança do cliente.

Descrita como a capacidade natural de saber algo sem qualquer evidência ou validação (Banks, 2023), a intuição de enfermagem surge como componente implícita e integrante do raciocínio clínico, forma de conhecimento dedutivo que recorre a informações provenientes da observação e experiências anteriores (Hassani *et al.*, 2016). Estes resultados assemelham-se ao descrito por Hassani, Abdi e Jalali (2016) que definem a intuição como uma habilidade humana para saber ou fazer sem razões, uma forma de reconhecer a evidência sem um pensamento consciente.

Através da utilização da memória de estímulos anteriores na resposta emocional a estímulos exógenos (Holm & Severinsson, 2016), a intuição pode ser explicada como um processo durante o qual os enfermeiros reconhecem alguma coisa nos clientes, que não pode ser expressa ou explicada através de palavras, mas que resulta em intervenções significativas, muitas vezes *lifesaving* (Billay *et al*, 2007; Karki, Dhakal & Luitel, 2017).

No estudo de Hutchinson *et al.* (2018), os autores defendem que a intuição é uma característica da prática especializada de enfermagem, que corrobora com Benner e Tanner (1987) quando defendem que os enfermeiros especialistas usam a intuição com o objetivo *major* de prestar os melhores cuidados de enfermagem, alinhando-se com a definição de intuição proposta por Valenzuela (2019): uma forma válida de conhecimento que promove a tomada de decisão de enfermagem, prevenindo resultados negativos para o cliente, emergindo a confiança que os enfermeiros referem sentir aquando da tomada de decisão baseada na intuição (Banks, 2023; Levis, Schwartz & Bitan, 2018).

Na linha do defendido por Valenzuela (2019), tal como se observa na figura 2, esta relação enfermeiro-cliente, que potencia a implementação de intervenções de enfermagem holísticas, surge associada a variáveis como o cliente, suas necessidades de saúde e situação clínica, o ambiente, a saúde e o enfermeiro.

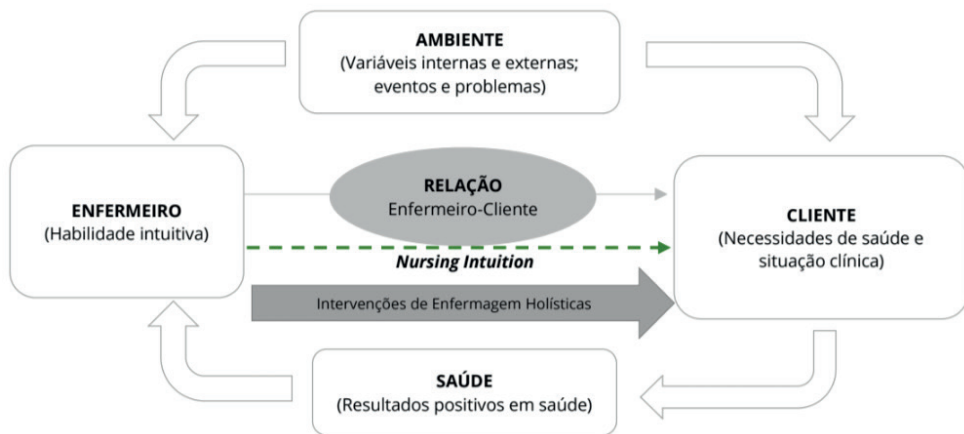


Figura 2 – Estrutura conceptual da Teoria da Intuição de Enfermagem (Adaptado de: Valenzuela, J. (2019). Theory of Nursing Intuition and Its Philosophical Underpinnings. *International Journal of Nursing Science*, 19-23. doi:10.5923/j.nursing.20190901.03)

Ambiente (variáveis internas e externas; eventos e problemas)

O ambiente afeta o enfermeiro influenciando conseqüentemente o desenvolvimento e o uso da intuição, sendo defendido por alguns autores como fonte de intuição (Miller & Hill, 2017; Levis, Schwartz & Bitan, 2018). A mobilização da intuição no raciocínio clínico e tomada de decisão baseia-se no reconhecimento de sinais e padrões, sendo muitas vezes descrita como o conhecimento de que algo não está bem, no entanto não conseguimos expressar por palavras ou fundamentar tornando-se difícil explicar aos pares (DeGrande *et al.*, 2018; Dalton *et al.*, 2018; Hutchinson *et al.*, 2018).

Estes resultados convergem com a ideia de outros autores que afirmam que a intuição é uma componente essencial deste processo e do julgamento em enfermagem (Holm & Severinsson, 2016; Rew & Barrow, 1987; Valenzuela, 2019), emergindo como uma estratégia de raciocínio que os enfermeiros aplicam no processo de tomada de decisão e de prestação de cuidados (Ramezani-Badr *et al.*, 2009). A intuição de enfermagem tem particular relevância na tomada de decisão em situações desconhecidas e quando o tempo ou informação são limitados. Nestas situações específicas a intuição de enfermagem empodera o profissional de saúde tornando-o mais confiante (Hassani *et al.*, 2016; Banks, 2023).

Relação enfermeiro-doente e Intervenções de Enfermagem Holísticas

No âmbito da importância da relação enfermeiro-doente, alguns autores defendem que conhecer o doente, considerar todos os dados, mesmo aquilo que não é transmitido verbalmente e identificar mudanças do comportamento do doente irá contribuir para detectar alterações subtis no seu estado clínico (Dresser, Teel & Peltzer, 2023; Hassani *et al.*, 2016; Levis, Schwartz & Bitan, 2018).

No estudo de Dresser, Teel e Peltzer (2023) a observação surge como componente da avaliação do doente e como estratégia de alerta precoce, permitindo identificar alterações no estado do doente mesmo antes dos sinais vitais refletirem deterioração clínica.

Um estudo realizado por Pedersen, Jacobsen e Jørgensen (2020), revela que a impossibilidade de avaliar a linguagem não verbal pode dificultar a interpretação e, conseqüentemente, induzir um risco aumentado de cometer erros ao avaliar a situação de saúde dos doentes, o que corrobora os estudos acima relatados.

Necessidades de saúde do doente e situação clínica

Foram identificadas determinadas características dos doentes, nomeadamente, atraírem a atenção, boa personalidade e comunicação como promotoras do uso da intuição de enfermagem (Hassani *et al.*, 2016). Reavaliar o prognóstico do doente quando a intuição não coincide com os resultados dos exames complementares de diagnóstico e

exames laboratoriais e interagir com os doentes são identificadas como intervenções de enfermagem capazes de denotar alterações na situação clínica mesmo antes de alterações nos sinais vitais ou scores de alerta precoce indicarem deterioração clínica (Hassani *et al.*, 2016; Dresser, Teel & Peltzer, 2023).

Numa perspetiva de relacionar a intuição de enfermagem com a segurança do doente surge, recentemente, conectado ao conceito de segurança do doente as temáticas da satisfação dos doentes e da adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas, que visa colocar o doente no centro da prestação de cuidados de saúde e envolvê-lo para a melhoria do sistema de saúde (Barroso, Sales & Ramos, 2021).

Num estudo com enfermeiros experientes estes referem que quando sabem intuitivamente que há um problema, sabem o que procurar e como intervir (DeGrande *et al.*, 2018), estando dispostos a confiar na sua intuição mesmo com informações limitadas aquando de uma tomada de decisão (Miller & Hill, 2017), corroborando com outros autores que defendem que a experiência profissional e a autoconfiança são fatores que influenciam o uso da intuição (Karki, Dhakal & Luitel, 2017).

Por outro lado, os enfermeiros iniciados podem compreender melhor a situação de saúde dos doentes usando intuição em conjunto com o apoio de uma tecnologia (Levis, Schwartz & Bitan, 2018).

Resultados positivos em saúde

Com o objetivo major de proteger a saúde e segurança dos doentes, os enfermeiros que experienciaram a intuição e agiram de acordo com a mesma ficaram satisfeitos com o seu trabalho dado que consideram que as suas intuições estavam corretas (Banks, 2023; Hassani *et al.*, 2016). Esta ideia corrobora com Giuliano (2017), que defende que melhorando a intervenção de enfermagem de vigilância dos doentes, aumentamos a segurança e prevenimos a ocorrência de complicações, o que tem benefícios para o cliente e para o enfermeiro que cuida de forma segura, sendo uma das suas funções iniciais a vigilância dos clientes alvo dos seus cuidados (Meyer & Lavin, 2005).

Os enfermeiros acreditam que as intervenções que evitam a deterioração clínica não são autónomas o que, consequentemente promove a negação da intuição de enfermagem por outros profissionais de saúde (Hassani *et al.*, 2016).

No estudo de Dalton *et al.* (2018), os scores de alerta precoce revelaram ser capazes de autenticar as conclusões dos enfermeiros com base na sua habilidade intuitiva, tornando-se um desafio quando é decidido escalar intervenções ao doente com score baixo. Por outro lado, Levis, Schwartz e Bitan (2018), apresentam uma aplicação que poderá auxiliar os enfermeiros a validar as estimativas de gravidade da situação clínica dos doentes.

Habilidade intuitiva do enfermeiro

O conhecimento e a experiência anterior em situações semelhantes emergem dos estudos como fatores influenciadores da habilidade intuitiva dos enfermeiros. Esta experiência ajuda a estabelecer expectativas sobre a aparência ou resposta esperada do doente reconhecendo o seu significado numa situação, que os enfermeiros descrevem como saber o que procurar e saber o que fazer, levando os enfermeiros a aumentar a vigilância em determinados doentes (DeGrande *et al.*, 2018; Dresser, Teel & Peltzer, 2023; Hutchinson *et al.*, 2018; Pedersen, Jacobsen & Jørgensen, 2020).

A confiança é um atributo que influencia a intuição (DeGrande *et al.*, 2018; Miller & Hill, 2017), por isso não devemos permitir que a primeira impressão se torne um obstáculo ou preconceito que possa restringir a capacidade de explorar a perspectiva do doente, devemos validar os dados e manter a vigilância (Pedersen, Jacobsen & Jørgensen, 2020).

Apesar da importância da experiência no processo de tomada de decisão intuitiva, um estudo de Miller e Hill (2017), defende que apesar de não possuírem capacidade para tomar decisões com base na intuição, os enfermeiros com nível de proficiência inferior podem sentir que algo está errado e usar o processo de enfermagem para investigar de forma rigorosa a situação.

Não devemos subestimar a influência da intuição de enfermagem na prática de cuidados. Esta surge como uma linha orientadora, permitindo aos enfermeiros vencer as barreiras impostas quer pela complexidade das situações de cuidados quer pela falta de reconhecimento da intuição como forma de conhecimento. Ao reconhecer e aproveitar a intuição inerente aos enfermeiros, podemos tornar os contextos de cuidados mais seguros priorizando a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos doentes.

Assim, tornou-se importante abordar também as abordagens educacionais recomendadas para promover a intuição de enfermagem, perspetivando as implicações para a prática de enfermagem.

Abordagens educacionais recomendadas para promover a intuição de enfermagem

Hassani *et al.* (2016) defende que a tomada de consciência sobre o uso da intuição de enfermagem é o ponto de partida para promover sua mobilização como um preditor do risco do doente e, conseqüentemente, promover a segurança. Esses mesmos autores propõem várias abordagens educacionais recomendadas para aumentar a intuição na enfermagem, tais como exercícios para acalmar a mente, escrita de diários, brainstorming em grupo, compartilhamento de exemplos intuitivos, promoção de uma atmosfera de curiosidade com foco na intuição e prática reflexiva.

Concordando com a ideia acima referida, surge o contributo de Holm e Severinsson (2016) que defendem que a liderança e a gestão dos cuidados de saúde precisam de

estabelecer programas de supervisores e mentores para os recém-licenciados, a fim de desenvolverem o uso da intuição para orientar as decisões sobre os cuidados aos clientes.

Possuir conhecimento é primordial em qualquer área, assim, dominar os fatores que influenciam a *nursing intuition* é primordial para que possamos desenvolver habilidades intuitivas e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Corroborando com autores como Miller & Hill (2017) acredito que são necessários mais estudos e projetos sobre como promover o uso da intuição e perceber como esta é utilizada no processo de tomada de decisão. Sabendo que a tomada de decisão intuitiva é incorporada diariamente na prática de enfermagem (Banks, 2023), importa perceber qual o seu potencial na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta revisão da literatura emerge como problemática reconhecida pelos participantes do estudo de Dalton *et al.* (2018), a dificuldade em defender o fundamento para algumas experiências intuitivas.

CONCLUSÃO

A nossa revisão da literatura permitiu-nos organizar os resultados com base nos componentes da Teoria da Nursing Intuition proposta por Valenzuela (2019), ou seja, ambiente (variáveis internas e externas; eventos e problemas), relação enfermeiro-doente e intervenções de enfermagem holísticas, necessidades de saúde do doente e situação clínica, resultados positivos em saúde, e habilidade intuitiva do enfermeiro.

A habilidade intuitiva, a par da tomada de decisão intuitiva, tem impacto na promoção da segurança do cliente. Ao poder ser desenvolvida através de diversas estratégias, torna-se num campo de reflexão a explorar no sentido de clarificar as possíveis implicações para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Banks, S. (2023). *Chaos is Not Rational: Nursing Leadership and Intuition in Disaster Preparedness and Response*. Mississippi: The Aquila Digital Community.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition. *The American Journal of Nursing*, 23 - 31.
- Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F., & Yonge, O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. *Nursing Forum*.

- Dalton, M., Harrison, J., Malin, A., & Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing*.
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing*, 1 - 7.
- Dresser, S., Teel, C., & Peltzer, J. (2023). Frontline Nurses' clinical judgment in recognizing, understanding, and responding to patient deterioration: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*.
- Giuliano, K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing surveillance. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 34-43. doi:• Giuliano, K. K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing sorg/10.2345/0899-8205-51.s2.34
- Hassabi, P., Abdi, A., & Jalali, R. (Fevereiro de 2016). State of Science, "Intuition in Nursing Practice": A Systematic Review Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10, 7-11. doi:10.7860/JCDR/2016/17385.7260
- Hassani, P., Abdi, A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). Use of intuition by critical care nurses: a phenomenological study. *Advances in Medical Education and Practice*, 65-71.
- Holm, A., & Severinsson, E. (2016). A Systematic Review of Intuition—A Way of Knowing in Clinical Nursing? *Open Journal of Nursing*, 412-425. doi:http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.65043
- Hutchinson, M., Hurley, J., Kozlowski, D., & Whitehair, L. (2018). The utilisation of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision making: a qualitative, exploratory study.
- Jones, D., Mitchell, I., Hillman, K., & Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, 1029-1034.
- Karki, N., Dahkal, R., & Luitel, N. (2017). *THE USE OF INTUITION IN NURSING PRACTICE A Descriptive Literature Review Concerning the use of Intuition by Nurses*. Lahti University of Applied Sciences.
- King, L., & Clark, M. J. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *37*, 323 - 328.
- Levis, T., Schwartz, M., & Bitan, Y. (2018). Triage Nurses Decision-Support Application Design. *International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 52 - 55.
- Martín-Martín, A., Orduna-Malea, E., & López-Cózar, E. (2018). Author-level metrics in the new academic profile platforms: The online behaviour of the Bibliometrics community. *Journal of Informetrics*, 494 - 509.
- Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*. doi:10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01
- Miller, E., & Hill, P. (2017). Intuition in Clinical Decision Making Differences Among Practicing Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 1 - 12.

Moed, H., Bar-Ilan, J., & Halevi, G. (2016). A new methodology for comparing Google Scholar and Scopus. *Journal of Informetrics*, 533 - 551.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews.

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Pedersen, B., Jacobsen, H., & Jørgensen, L. (2020). Managing the absent clinical eye in calls to an oncological emergency telephone – a focus group study. *EMPIRICAL STUDIES*, 297 - 307.

Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A., Yekta, Z., & Taleghani, F. (2009). Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Scholarship*.

Rew, L., & Barrow, E. M. (1987). *Intuition: a neglected hallmark of nursing knowledge* (Vol. 10). Adv. Nurs. Sci.

Smith, A. (2009). Exploring the legitimacy of intuition as a form of nursing knowledge. *Nursing Standard*, 35 - 40.

Sousa, A. (2023). Obtido de Metodologia de Projeto.

Valenzuela, J. (2019). Theory of Nursing Intuition and Its Philosophical Underpinnings. *International Journal of Nursing Science*, 19-23. doi:10.5923/j.nursing.20190901.03

Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*.

World Health Organization . (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.

ULTRAPASSANDO BARREIRAS NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Data de submissão: 10/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Alexandre Manso

Enfermeiro no Hospital Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal; Mestre pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0002-6926-4824>

Maria Cândida Rama Da Costa Pinheiro Palmeiro Durão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9465-5280>

Helga Marília da Silva Rafael Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2946-4485>

Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6786-6069>

Joana Moreira Ferreira Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE), Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9237-8120>

RESUMO: Enquadramento: A situação de exceção define-se pelo desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, algo cada vez mais frequente no serviço de urgência (SU), que impacta negativamente na segurança da pessoa. **Objetivo:** analisar as intervenções de enfermagem de vigilância promotoras da segurança da pessoa em situação de exceção no SU. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura conduzida através de um processo sistemático, de acordo com Toronto & Remington, através da pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, bem como em outras fontes, entre junho e agosto de 2023. Foram

estabelecidos critérios de elegibilidade, para extração e análise dos documentos finais. A avaliação da qualidade seguiu as orientações do Joanna Briggs Institute. **Resultados:** Os seis estudos finais, indicam a relevância da vigilância e tecnologia para a detecção precoce da deterioração/risco da pessoa em situação de exceção no SU. **Conclusão:** A segurança da pessoa em situação de exceção é uma área sensível aos cuidados de enfermagem, que requer investigação futura especificamente associada à sobrelotação no SU.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; pessoa em situação exceção; vigilância, segurança; serviço de urgência sobrelotado.

FACING BARRIERS IN PATIENT SAFETY IMPROVEMENT IN AN EXCEPTIONAL SITUATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT: Background: Exceptional situation is defined by the imbalance between needs and available resources, something increasingly common in the emergency department (ED), negatively impacting persons safety. **Objective:** To analyze nursing surveillance interventions that promote the safety of individuals in exceptional situations in the ED. **Methodology:** An integrative literature review conducted following a systematic process according to Toronto & Remington, through searches in the CINAHL and MEDLINE databases, as well as other sources, between June and August 2023. Eligibility criteria were established for the extraction and analysis of the final documents. The quality assessment was carried out following the guidelines of the Joanna Briggs Institute. **Results:** The six final studies obtained indicate the relevance of surveillance and technology for the early detection of deterioration/risk in individuals in exceptional situations in the ED. **Conclusion:** The safety of persons in exceptional situations is a sensitive area in nursing care, that require future research specifically associated with overcrowded ED.

KEYWORDS: Nursing; patients in exceptional situation, surveillance, safety, overcrowded emergency department

ENQUADRAMENTO

A Situação de exceção, é definida como um evento que pode causar danos de grandes dimensões, pela existência de um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (Evans, 2022). Dependendo do nível de grandeza da situação, pode incluir acidentes multivítimas, crises, desastres ou catástrofes (Evans, 2022). Na última década, registou-se um aumento na frequência e intensidade destes eventos relacionados com as alterações climáticas, tecnológicas, doenças infecciosas (como a COVID-19), provocando um aumento de pessoas feridas, *homeless*, ou a necessitar de cuidados urgentes/emergentes, com conseqüente sobrecarga do sistema de saúde, concretamente no SU (Azizpour et al., 2022; Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2020), onde se procede a uma avaliação clínica inicial, estabilização e início do tratamento, tendo os enfermeiros, uma intervenção vital nesta fase de resposta (Azizpour et al., 2022; Jung & Park, 2021). Um SU sobrelotado pode enquadrar-se num tipo de situação de exceção, pois

pode ocorrer uma desproporção entre a procura e a oferta disponível de recursos (Alshiakh et al., 2023; Azizpour et al., 2022), com impacto negativo nos *outcomes* da pessoa, nomeadamente na segurança, qualidade dos cuidados, tempo de espera para observação, taxa de eventos adversos, morbilidade, mortalidade e grau de satisfação da pessoa e família (Alshiakh et al., 2023; Azizpour et al., 2022; Choi et al., 2020). A sobrelotação do SU, pode ser causada pelo aumento do número de doentes que recorre ao SU, assim como o aumento do tempo de permanência neste serviço. Assim, os profissionais de saúde e instituições hospitalares, vivenciam desafios na vigilância, tratamento e gestão dos cuidados/recursos, neste âmbito (Alshiakh et al., 2023). A vigilância em enfermagem define-se como a capacidade dos enfermeiros manterem um elevado nível de alerta, foco e prontidão para reconhecer e responder a riscos, perigos ou alterações potenciais nas condições da pessoa, implementando medidas adequadas em tempo devido, para garantir a segurança e o bem-estar do doente (Ajri-Khameslou et al., 2021; Kao et al., 2022; Whyte et al., 2022). Estudos apontam que, os enfermeiros não estão adequadamente preparados para atuar nestas situações (Choi et al., 2022; Toraman & Korkmaz, 2023). Assim, pela sua importância na sustentação da tomada de decisão do enfermeiro, torna-se importante a realização desta revisão, que também se constitui como alicerce de um projeto de investigação em desenvolvimento numa Instituição do Ensino Superior de Enfermagem, que visa a promoção da segurança do doente.

Questão de investigação

A questão de pesquisa foi elaborada segundo a mnemónica PICO (Toronto & Remington, 2020): Quais as intervenções de vigilância do enfermeiro (I) promotoras da segurança (O) da pessoa em situação de exceção (P) no serviço de urgência (C)?

METODOLOGIA

Esta RIL, realizada segundo um processo sistemático, decorreu entre junho e agosto de 2023, de acordo com as orientações metodológicas de Toronto & Remington (2020). A extração e seleção dos artigos foi efetuada com recurso ao software Rayyan (Escaldelai et al., 2023). Após aplicação dos critérios de elegibilidade (Tabela 1), a extração e seleção dos estudos foi efetuada de acordo com o PRISMA *Flow Diagram* (Page et al., 2021). O processo de avaliação da qualidade e nível de evidência dos estudos finais teve por base as orientações e instrumentos do Joanna Briggs Institute (2020). O seu protocolo encontra-se registado no PROSPERO (CRD 42023449541).

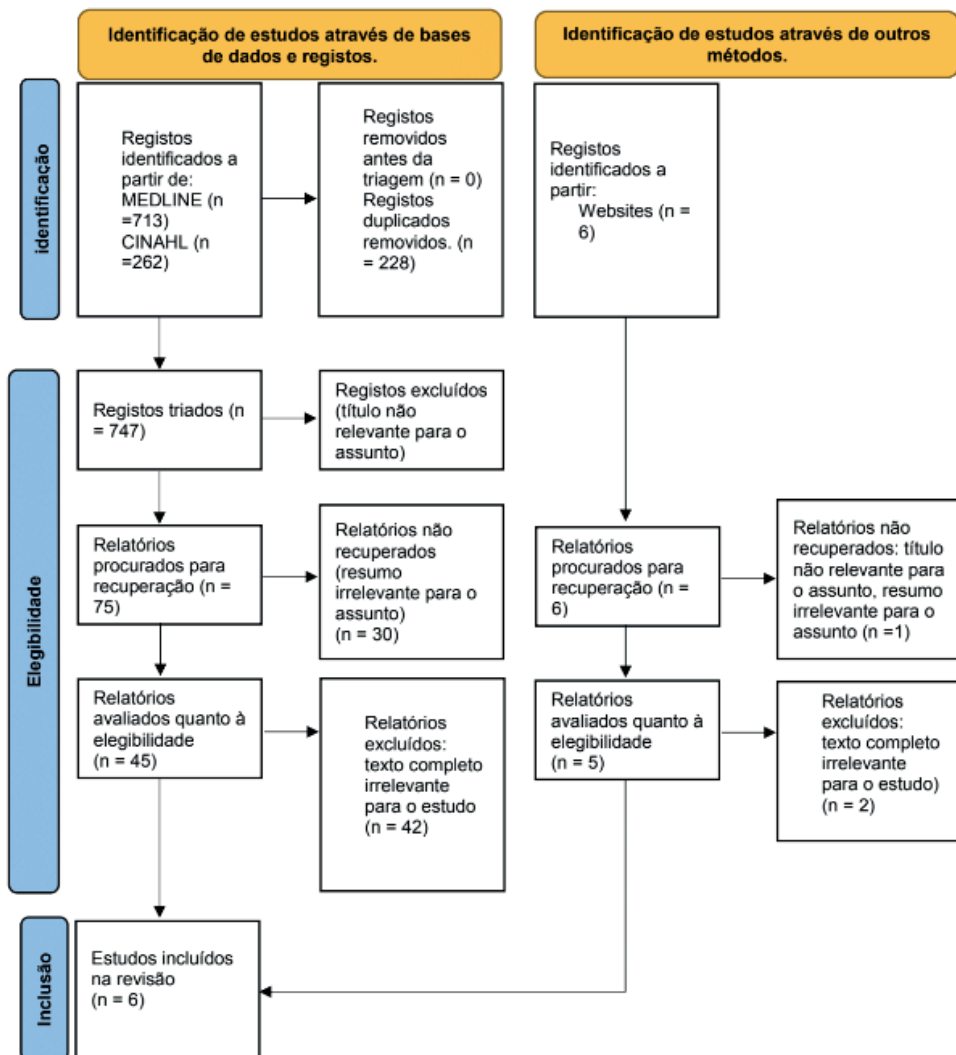
	Critérios de inclusão	Justificação
População	<i>Pessoa em situação crítica com idade superior ou igual a 18 anos.</i>	Os adultos, são considerados populações mais vulneráveis em situações de exceção e estão mais suscetíveis a danos e risco de mortalidade (Adams et al., 2021).
Intervenção	<i>Vigilância da pessoa em situação de exceção, nomeadamente em situação de sobrelotação.</i>	A sobrelotação do SU é em si uma situação de exceção devido ao elevado número de doentes face aos recursos disponíveis, o que acarreta riscos (Alshikh et al., 2023).
Contexto	<i>Serviço de urgência geral</i>	O SU é o local de referência para a prestação de cuidados às vítimas de uma situação de exceção, pois é este o local de destino inicial das pessoas que requerem cuidados de saúde urgente/emergente, onde se procede a uma avaliação clínica, estabilização e tratamento inicial (Azizpour et al., 2022; Jung & Park, 2021).
Outcomes	<i>Segurança da pessoa em situação de exceção</i>	<i>A segurança da pessoa em situação de exceção pode estar comprometida se não for efetuada uma intervenção atempada</i> (Faridi et al., 2021).
Idioma	Serão considerados estudos de todos os idiomas, passíveis de serem compreendidos pelos investigadores.	
Data de publicação	Estudos de 2017 a 2022	Estudos que tenham sido publicados nos últimos cinco anos (2017-2022), contêm a mais recente evidência científica coincidindo com o período pandémico do COVID19, que motivou um dos maiores períodos de sobrelotação dos SU (Muhamed et al., 2022).
<i>Critério de inclusão</i>		
Todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente		

Tabela 1 – Critérios de Elegibilidade

Posteriormente, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL, de acordo com a seguinte estratégia de pesquisa: (“critical illness” OR “critically ill patients” OR “emergency patient”) AND (monitoring OR “signs and symptoms” OR Interventions OR “disaster nursing competencies” OR protocols OR “early warning score*” OR surveillance) AND (“emergency department” OR “critical care”) AND (“safety management” OR “patient safety” OR safety OR “risk management” OR “risk control” OR high-risk OR “incident rates” OR “rapid response”). Relativamente aos documentos obtidos através de outras fontes, foram utilizados os mesmos critérios. Resultaram 975 artigos, 6 deles obtidos em outras fontes. Seguiu-se a seleção dos documentos finais, através da leitura do título, resumo e texto integral. Divergências neste processo foram resolvidas, através de discussão entre os 5 autores. Não conflitos de interesse a declarar. Este texto não obteve nenhum financiamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos 6 documentos finais para extração e análise de dados (figura 1).



Adaptado de: Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Em termos globais, foram obtidos 6 estudos de qualidade em média superior a 70%, que sugerem como focos de intervenção de enfermagem nesta área, nomeadamente a segurança, vigilância, monitorização e gestão da dor.

A sobrelotação dos serviços de urgência representa um problema a nível mundial, com sérias consequências para a satisfação do doente, segurança e qualidade do cuidado prestado, maior tempo de permanência no SU, aumento da probabilidade de readmissão hospitalar e taxas de mortalidade (Bittencourt et al., 2020; Kim et al., 2022)

A evidência reforça a ideia de que o serviço de urgência é um ambiente singularmente desafiador, com maior risco de deterioração clínica não reconhecida de forma atempada ou não relatada e que, portanto, reforça a importância de adotar um conjunto de medidas para prevenir e/ou minimizar o dano ao doente durante a sua permanência no SU (Curtis et al., 2020; Gomes et al., 2019).

A maioria dos resultados obtidos, apontam, como estratégia de promoção da segurança do doente, a identificação dos sinais de deterioração clínica e consequente intervenção (Curtis et al., 2020). Os enfermeiros, na triagem, são os primeiros profissionais de saúde que avaliam a pessoa quanto à manifestação de sinais e sintomas de gravidade, através da sua vigilância enquanto competência do enfermeiro, pelo que a segurança do doente depende muito da sua avaliação precisa, interpretação de dados clínicos, intervenção e encaminhamento adequado (Curtis et al., 2020).

A vigilância profissional, depende da habilidade dos enfermeiros em processar um número considerável de dados relacionados com a vigilância e apreciação da pessoa/família. Estes dados, requerem contextualização, combinados numa estrutura de pensamento organizadora, que sintetize os conhecimentos que possam ser utilizados para planear cuidados e intervir adequada e atempadamente.

A tomada de decisão, obriga o enfermeiro a desenvolver uma abordagem sistematizada e sistemática, na qual reconhece as necessidades de cuidados em saúde, planeando intervenções com a finalidade de prevenir o dano evitável, pela identificação do risco o mais precocemente possível, solucionando os problemas identificados à medida que vão sendo reconhecidos. Neste processo de tomada de decisão, estão envolvidos o pensamento crítico, o raciocínio clínico, o *nursing intuition* e a experiência, para que seja possível ao enfermeiro dar respostas apropriadas a mudanças importantes, muitas vezes subtis, na condição clínica do doente (Melin-Johansson et al., 2017). Neste sentido, o referencial teórico *Vigilance: the essence of nursing* de Meyer e Levin (2005), reforça a importância da vigilância profissional enquanto essência do cuidar em enfermagem (Meyer & Lavin, 2005).

Outra das intervenções de suporte à decisão sugeridas pela evidência, sugerem a implementação de protocolos, *frameworks*, *checklists* e escalas de monitorização do risco, enquanto estratégias promotoras da segurança da pessoa no SU (Abualenain et al., 2018; Curtis et al., 2020; Gomes et al., 2019; Kahsay & Pitkääjärvi, 2019; Veldhuis et al., 2021). Uma área de preocupação particular é a sala de espera do SU, onde os doentes aguardam avaliação médica. Neste local, a vigilância do enfermeiro é essencial, pois, por vezes, doentes triados com uma prioridade clínica pouco urgente, válida no momento em que a

triagem ocorreu, podem apresentar uma rápida deterioração do estado clínico, requerendo tratamento imediato, por vezes difícil de detetar atempadamente num SU sobrelotado, exigindo desafios em termos organizacionais e de gestão do serviço (Abualenain et al., 2018). Se considerarmos novamente o momento da triagem do doente que dá entrada no SU, um dos resultados obtidos indica que uma a vigilância do enfermeiro é fundamental para detetar pessoas que requerem cuidados imediatos, que pode ser coadjuvada por qualquer tipo de teste diagnóstico, seja um eletrocardiograma, uma avaliação da glicémia, denominados *Point of care test* (POCT), que permitam a complementaridade na identificação precoce do risco do doente, possibilitando o encaminhamento adequado e redução do tempo de espera, especialmente em doentes com apresentações atípicas. Um dos exemplos é a pessoa em situação de enfarte agudo do miocárdio, sem dor precordial característica (Abualenain et al., 2018).

Outro resultado obtido menciona a importância da gestão da dor pela utilização de protocolos de avaliação e tratamento, uma vez que esta surge como sintoma que motiva a ida à urgência e causa de instabilidade, podendo condicionar o prolongamento do período de hospitalização, recuperação tardia e o desenvolvimento de dor crónica, consequências essas de médio/longo prazo. A abordagem à dor deve ser multimodal (Teixeira & Silva, 2023) tem impacto no estado geral da pessoa e torna-se consciente segundo um processo denominado nociceção. Assim, a sua gestão torna-se essencial, envolvendo a sua monitorização, avaliação e tratamento, o que requer o uso de escalas e instrumentos apropriados. Objetivos: Analisar a evidência existente sobre os instrumentos e intervenções de avaliação e monitorização da dor na PSC. Metodologia: Foi efetuada uma Revisão integrativa da literatura (RIL. Implica uma avaliação sistemática, seguida da implementação de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, de forma autónoma e/ou interdepende (Teixeira & Silva, 2023) tem impacto no estado geral da pessoa e torna-se consciente segundo um processo denominado nociceção. Assim, a sua gestão torna-se essencial, envolvendo a sua monitorização, avaliação e tratamento, o que requer o uso de escalas e instrumentos apropriados. Objetivos: Analisar a evidência existente sobre os instrumentos e intervenções de avaliação e monitorização da dor na PSC. Metodologia: Foi efetuada uma Revisão integrativa da literatura (RIL. Nesse sentido, a utilização de protocolos direcionados para a gestão da dor, desde o momento da triagem, permite ao enfermeiro prevenir complicações de forma antecipada, promovendo assim o conforto, a sua segurança e a satisfação da pessoa e família (Kahsay & Pitkäljärvi, 2019).

Com o surgir da recente pandemia COVID-19 e conseqüente agravamento da sobrelotação nos SU, várias escalas de deterioração precoce foram desenvolvidas e testadas para identificar o risco de degradação do estado de saúde dos doentes, após a triagem. Os *Early Warning Scores* são ferramentas que possibilitam aos enfermeiros, identificar situações de deterioração clínica precocemente, implementando intervenções apropriadas e em tempo útil (Veldhuis et al., 2021). Um estudo contemplado nesta revisão,

revela que o NEWS2 (*National early warning score 2*) é a escala mais fiável, face a outras escalas de estratificação de risco. A escala NEWS2 contempla vários parâmetros fisiológicos, incluindo a frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, nível de consciência e temperatura. No entanto, ao contrário da escala NEWS, não se encontra traduzida e validada para a população portuguesa, o que sugere investigação futura nesse sentido. No caso do Covid-19, a escala qCSI (Quick COVID-19 Severity Index) mostrou a mesma eficácia para doentes infetados com COVID-19, que a NEWS2, com a vantagem de poder ser aplicada de forma mais rápida por contemplar menos parâmetros a serem avaliados/monitorizados (Veldhuis et al., 2021).

Outro estudo aponta como intervenção de vigilância de enfermagem à pessoa em situação de exceção no SU a utilização de um *framework* de enfermagem de urgência, o HIRAD (*History, Identify Red flags, Assessment, Interventions, Diagnostics, communication and reassessment*), como ferramenta que permite uma avaliação mais completa e padronizada do doente (Curtis et al., 2020). A utilização do HIRAD contempla várias etapas: colheita de informação da história clínica do doente (anamnese); a identificação de sinais e sintomas de gravidade ou alerta; a avaliação sistematizada do doente, com posterior intervenção face às necessidades detetadas e realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento.

A utilização de um *framework* contempla também a comunicação com outros profissionais de saúde e por fim a reavaliação de todo o cuidado prestado até então (Curtis et al., 2020). Este processo demonstrou ter um impacto positivo ao promover a identificação precoce da deterioração do doente e conseqüente redução do tempo necessário para iniciar o tratamento adequado (Curtis et al., 2020). Dos resultados obtidos é possível destacar um estudo que agrega todas as intervenções mencionadas anteriormente, através da utilização de uma *checklist*. A *ED Safety Checklist* tem o propósito de garantir que a condição clínica do doente seja sistematicamente vigiada, para que qualquer deterioração identificada seja rapidamente atendida, especialmente em situações de sobrelotação. Esta *checklist* permite também o registo da avaliação efetuada. Neste sentido, é reforçada a importância de documentar com a periodicidade adequada os sinais vitais e monitorização do risco, através da utilização dos *Early warning scores* (Stone et al., 2020). A *ED Safety Checklist*, permite também o registo de outros dados resultantes de exames complementares de diagnóstico, como eletrocardiogramas, radiografias e exames laboratoriais, bem como outros aspetos do cuidado, como a alimentação, contato com a família, avaliação da pele e a validação dos utilizando a pulseira de identificação do doente (Gomes et al., 2019; Stone et al., 2020).

Nos momentos de transição de cuidados (*handover/handoff*), de que é exemplo o momento de passagem de turno, pode existir o risco de perda de informação clínica importante para a continuidade de cuidados. Para que tal não aconteça, uma comunicação eficaz é essencial e a utilização de *frameworks* e *checklists* são uma ferramenta útil na

melhoraria da qualidade da documentação e da transmissão de informação na passagem de turno, de que é exemplo a utilização da mnemónica ISBAR (Curtis et al., 2020; Stone et al., 2020; Teixeira & Oliveira, 2023). No entanto, nem sempre o seu preenchimento é efetuado, pelo facto de considerarem a sua utilização demorada, especialmente em situações de afluência elevada, em que curiosamente os doentes apresentam maior vulnerabilidade e risco, pelo que a sensibilização das equipas é de igual forma, essencial (Stone et al., 2020).

CONCLUSÃO

Esta RIL identificou intervenções do enfermeiro promotoras segurança da pessoa em situação de exceção no serviço de urgência. Neste contexto, os enfermeiros desempenham uma intervenção vital na vigilância e promoção da segurança do doente. A implementação de estratégias de suporte à intervenção de enfermagem nesta área, como implementação de protocolos, gestão da dor e de escalas de deteção da deterioração precoce, *frameworks* e *checklists*, têm comprovada eficácia na identificação do risco, diminuição de eventos adversos, diminuição do tempo de internamento, morbilidade, mortalidade e custos em saúde. À luz da evidência, a sensibilização dos enfermeiros para o desenvolvimento de competências nesta área, são de extrema importância, tal como a validação da escala NEWS2 para a deteção de risco clínico, para a população portuguesa. O reduzido número de estudos acerca deste tema, sugerem a importância do desenvolvimento de investigação primária nesta área.

REFERÊNCIAS

- Abualenain, J., Almarzouki, A., Saimaldaher, R., Zocchi, M., & Pines, J. (2018). The Effect of Point-of-Care Testing at Triage: An Observational Study in a Teaching Hospital in Saudi Arabia. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(5), 884–888. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.6.38217>
- Adams, R. M., Evans, C. M., Mathews, M. C., Wolkin, A., & Peek, L. (2021). Mortality From Forces of Nature Among Older Adults by Race/Ethnicity and Gender. *Journal of Applied Gerontology*, 40(11), 1517–1526. <https://doi.org/10.1177/0733464820954676>
- Ajri-Khameslou, M., Najafi, M., & Karimollahi, M. (2021). Vigilance in Nurses Working in Intensive Care Units. *Open Journal of Nursing*, 11(09), 715–727. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.119061>
- Alshiakh, S., Abdulwahab, F., Baz, A., Ghonaim, B., Alanizi, S., Altowygry, S., Tayli, S. A., Albalwi, A., Alhamidah, A., Ismail, A. Al, & Alanazi, F. (2023). Factors and Solutions Addressing Overcrowding in Emergency Department. *Journal of Healthcare Sciences*, 03(01), 01–06. <https://doi.org/10.52533/JOHS.2023.30101>
- Azizpour, I., Mehri, S., & Soola, A. H. (2022). Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses - Ardabil, Iran. *BMC Health Services Research*, 22(1), 934. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08311-9>

Bittencourt, R. J., Stevanato, A. D. M., Bragança, C. T. N. M., Gottens, L. B. D., & O'Dwyer, G. (2020). Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Revista de Saúde Pública*, 54, 66. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002342>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2020). *CRED Crunch 58- Disasters Year in Review 2019* (Issue 58). CRED.

Choi, W.-S., Hyun, S. Y., & Oh, H. (2022). Perceived Disaster Preparedness and Willingness to Respond among Emergency Nurses in South Korea: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11812. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811812>

Curtis, K., Munroe, B., Fry, M., Considine, J., Tuala, E., Watts, M., Alkhoury, H., Elphick, T., Ruperto, K., Barrass, J., Balzer, S., Chilshom, B., Van, C., & Shaban, R. Z. (2020). Does the Implementation of an Emergency Nursing Framework (HIRAID) Reduce patient Deterioration? A Multi-Centre Quasi-Experimental Study. *Research Square*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-91144/v1>

Escaldelai, F. M. D., Escaldelai, L., & Bergamaschi, D. P. (2023). Validity assessment of a computational system in the identification of duplicate studies. *Escola Anna Nery*, 27. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0143en>

Evans, J. (2022). *The nature of disasters and their challenges to healthcare ethics* [Swansea University]. <https://doi.org/10.23889/SUthesis.61567>

Faridi, A., Ahmad, F., Zehra, A., & Fazal, A. (2021). Assessment of Daily Burden and Factors for Overcrowded Emergency Department at Tertiary Care Hospital of Karachi. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 30–35. <https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i26B31479>

Gomes, A. T. de L., Ferreira Jr, M. A., Salvador, P. T. C. O., Bezerril, M. dos S., Chiavone, F. B. T., & Santos, V. E. P. (2019). Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 753–759. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>

Jung, S.-Y., & Park, J.-H. (2021). Association of Nursing Work Environment, Relationship with the Head Nurse, and Resilience with Post-Traumatic Growth in Emergency Department Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2857. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062857>

Kahsay, D. T., & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>

Kao, H. S., Hung, C., Lee, B., Tsai, S., & Moreno, O. (2022). Patient participation in healthcare activities: Nurses' and patients' perspectives in <sc>Taiwan</sc>. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 44–53. <https://doi.org/10.1111/nhs.12911>

Kim, S., Gu, M., & Sok, S. (2022). Relationships between Violence Experience, Resilience, and the Nursing Performance of Emergency Room Nurses in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052617>

Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making-A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>

Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.1097/00152193-200510001-00004>

Muhamed, S., Konzelmann, J., Reed, L., & Holstein, H. (2022). Evaluating the Impact of Protocol-Driven Treatment for COVID-19 in an Emergency Department Observation Unit. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.29683>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Stone, T., Banks, J., Brant, H., Kesten, J., Redfern, E., Remmers, A., & Redwood, S. (2020). The introduction of a safety checklist in two UK hospital emergency departments: A qualitative study of implementation and staff use. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1267–1275. <https://doi.org/10.1111/jocn.15184>

Teixeira, J. M. F., & Da Silva, M. A. C. P. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>

Teixeira, J., & Oliveira, P. (2023). A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 3392–3411. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-266>

The Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.); Issue April). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Toraman, A. U., & Korkmaz, E. K. (2023). Validity and Reliability Study of the Turkish Adaptation of the Disaster Response Self- Efficacy Scale (DRSES). *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e297. <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.249>

Toronto, C. E., & Remington, R. (2020). *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>

Veldhuis, L., Ridderikhof, M. L., Schinkel, M., van den Bergh, J., Beudel, M., Dormans, T., Douma, R., Gritters van den Oever, N., de Haan, L., Koopman, K., de Kruif, M. D., Noordzij, P., Reidinga, A., de Ruijter, W., Simsek, S., Wyers, C., Nanayakkara, P. W., & Hollmann, M. (2021). Early warning scores to assess the probability of critical illness in patients with COVID-19. *Emergency Medicine Journal*, 38(12), 901–905. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-211054>

Whyte, J., Eccles, D. W., & Whyte, M. D. (2022). Novice nurses' attention to task-relevant stimuli during practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, 13(4), 7. <https://doi.org/10.5430/jnep.v13n4p7>

VENCENDO BARREIRAS: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Data de submissão: 10/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Joana Moreira Ferreira Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Rede de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE), Porto, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-9237-8120>

Marta Veloso da Silva Robalo Nunes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa, Portugal; Enfermeira em Voluntariado na Cruz Vermelha Portuguesa e na Instituição Altice Cuidados de Saúde, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-7458-3095>

Margarida Lucas Novo Monteiro Fonseca

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0005-8423-8036>

Marta Maria Toureiro Padrão Teixeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital CUF Cascais, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0005-2332-9268>

Carolina da Costa Madeira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Enfermeira no Hospital de Cascais, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0009-0003-3391-3949>

Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, Alcabideche, Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-4224-6806>

Maria Cândida Rama Da Costa Pinheiro Palmeiro Durão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9465-5280>

Helga Marília da Silva Rafael Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2946-4485>

Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6786-6069>

RESUMO: O enfarte agudo do miocárdio (EAM) retrata uma prevalência crescente e implica a vivência de transições de saúde-doença e situacional significativas, tanto para o cliente como para a família, pelo que a intervenção de enfermagem na nesta área encontra-se alicerçada na teoria das transições, desenvolvida por Meleis. Deste modo, o enfermeiro, tendo como alvo dos cuidados o cliente e família, deve ser um fator facilitador deste processo de transição, nomeadamente na educação para a saúde e na adesão ao regime terapêutico por forma a contribuir para a diminuição de reinternamentos por novo evento cardíaco isquémico. A pertinência deste capítulo reside na importância de conhecer o que a evidência refere como sendo a intervenção do enfermeiro na promoção do *empowerment* do cliente pós EAM na gestão da adesão ao seu regime terapêutico, que está diretamente relacionado com o seu conhecimento, capacitação e autonomia na tomada de decisão com consequente impacto positivo na qualidade de vida. Assim e tendo como metodologia uma revisão integrativa da literatura, a sua estrutura encontra-se organizada da seguinte forma: enquadramento teórico, percurso metodológico, resultados e discussão e por fim, a conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem, Adesão, Autogestão, Enfarte Agudo do Miocárdio

FACING BARRIERS: NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIME

ABSTRACT: Acute myocardial infarction (AMI) is increasingly prevalent. It involves significant health disease and situational transitions for both the patient and the family, which is why nursing intervention in this area is based on the theory of transitions developed by Meleis. In this way, the nurse, with the client and family as the care target, must be a facilitator of this transition process, particularly in health education and adherence to the therapeutic regime, to contribute to reducing readmissions due to a new ischemic cardiac event. The importance of this chapter is underscored by the need to understand the evidence supporting the nurse's intervention in promoting the empowerment of post-AMI patients in managing adherence to their therapeutic regime. This empowerment, directly linked to their knowledge, autonomy in decision-making, and self-management, can profoundly impact their quality of life. Therefore, the structure of this chapter, using an integrative literature review as a methodology, is

organized as follows: theoretical framework, methodological path, results and discussion, and conclusion.

KEYWORDS: Nursing Care, Adherence, Self-Management, Myocardial Infarction

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças cardiovasculares isquémicas são a principal causa de morte no mundo, nas quais se inclui o EAM. Em Portugal, os estudos mais recentes do Instituto Nacional de Estatística revelam que, a incidência de EAM representa 3,8% da mortalidade nacional e 60% das mortes causadas por doença isquémica cardíaca (Coimbra et al., 2021; Morais et al., 2021; Instituto Nacional de Estatística, 2021). Por conseguinte, importa definir a fisiopatologia deste evento isquémico. O EAM traduz-se na necrose do tecido do miocárdio, resultante da falta relativa ou absoluta de fornecimento de fluxo sanguíneo nesse tecido. A maioria é causada por aterosclerose, da qual resulta um estreitamento progressivo das artérias coronárias, formação de trombos e, por fim, obstrução do fluxo sanguíneo que determina a localização do EAM (Swearingen & Keen Hicks, 2001; Coimbra et al., 2021).

Aproximadamente 25% dos EAM são assintomáticos. Nos restantes, a sintomatologia presente e mais prevalente é a dor isquémica, presente na região torácica, de localização retrosternal, precordial, descrita como uma sensação de “aperto”. Esta é constante, ou seja, a sua intensidade não altera com a inspiração/expiração ou com o posicionamento. Poderá ou não irradiar para o ombro, membro superior (mais frequente no hemicorpo à esquerda), pescoço e mandíbula, dorso e região abdominal. Outros sinais e sintomas associados são as náuseas, vômitos, dispneia, ortopneia, ansiedade, diaforese, síncope, fadiga inexplicada, cianose periférica e palidez cutânea. Poderão ocorrer episódios de insuficiência cardíaca congestiva e dor em outras áreas do corpo (American Heart Association, 2021; Swearingen & Keen Hicks, 2001; Coimbra et al., 2021).

A adoção de estilos de vida saudáveis poderá reduzir a incidência da doença coronária isquémica, entre eles: a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o *stress*, entre outros. O enfermeiro assume-se como um agente facilitador, não só na aquisição do conhecimento, mas também na promoção da mudança de comportamentos e desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, promovendo assim a adesão e autogestão do regime terapêutico por parte do cliente (Rillamas-Sun et al., 2013; Dennison & Sands, 1995).

Face ao exposto, foi eleita a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), com o intuito de analisar intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao regime terapêutico da pessoa pós EAM, assim como trabalhar a intervenção do enfermeiro enquanto facilitador das transições saúde-doença e situacional, vivenciadas pelo cliente e família. Quando o enfermeiro intervém para a capacitação na tomada de decisão e autogestão da adesão, está a desenvolver o *empowerment* do cliente, sendo este definido como o processo

que representa o controlo, a autonomia e capacitação do cliente na tomada de decisão e construção do seu projeto de saúde, fazendo parte integrante da equipa de cuidados (Reveles et al., 2018; Cabete, 2021).

Importa, antes de mais, definir os conceitos de pessoa e família, neste caso em específico. Assim, segundo Afaf Meleis (2010), a pessoa define-se, como o cliente que está a vivenciar uma mudança significativa na sua vida, resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, neste caso, o EAM, denominando-se a isto, transição de saúde-doença. Já a família, à luz da teoria das transições, define-se não só como o conjunto dos membros que possuem laços de consanguinidade com o cliente, mas também as pessoas significativas. Neste contexto, poderá ser considerada como um recurso para facilitar o decorrer da transição vivenciada pela pessoa, experienciando ao mesmo tempo uma transição situacional, já que há uma alteração de papéis associada à vivência desta situação (Meleis, 2010). Relativamente ao conceito de enfermagem, esta, enquanto profissão, tem uma ação permanente na prevenção de complicações e promoção da segurança do cliente, família e população, tal como no autocuidado e readaptação funcional, sendo a intervenção no processo de transição enquanto facilitador, um meio para atingir esses resultados em saúde (Regulamento nº 361/2015, 2015).

Desta forma, o enfermeiro, reconhecendo os fatores inibidores que têm impacto na vivência das transições de saúde-doença e situacionais, na sua intervenção autónoma, deve ter a função de promover a utilização de mecanismos pessoais que permitam ultrapassá-las, nomeadamente preparar e informar o cliente e família, através de um processo de aquisição de novos conhecimentos e competências relacionadas com a experiência da transição vivenciada (Meleis, 2010; International Council of Nurses, 2021). Assim, o enfermeiro, poderá ser um agente ativo na promoção da saúde e prevenção de doenças, nomeadamente na adesão e autogestão do regime terapêutico da pessoa, pós EAM (Ordem dos Enfermeiros, 2012; Meleis, 2010).

A adesão ao regime terapêutico, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2016), é definida como uma ação autoiniciada para promover o bem-estar, seguindo as orientações sem desvios, cumprindo, desta forma, o regime de tratamento. O cliente cumpre o plano terapêutico definido, empenha-se num conjunto de ações e comportamentos, tais como altera o seu comportamento e estilos de vida, gere a terapêutica medicamentosa de acordo com o prescrito, interioriza o valor de um comportamento de saúde e cumprimento do plano de tratamento estabelecido. Esta mudança do comportamento está intimamente ligada às mudanças no estilo de vida, especificamente, no que diz respeito à dieta, ao exercício, à cessação tabágica e à gestão do *stress* que, por sua vez, impactam de forma positiva a saúde e seus *outcomes*. A adesão ao regime terapêutico é, frequentemente condicionada pela existência de apoio da família, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente e pela relação entre o profissional de saúde e cliente (Manuel & Silva, 2010). Para além do referido, é um processo multidimensional,

multifatorial e complexo, com repercussões sociais, económicas, ambientais e políticas, quando não existe adesão ao plano de tratamento definido, tanto farmacológico, quanto o relativo à mudança de estilos de vida. Esta não-adesão trará implicações para o tratamento, especificamente, o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida dos clientes e, ainda, a insatisfação dos mesmos (Manuel & Silva, 2010; Vinay Kini, 2018; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

Em suma, as intervenções de enfermagem têm como objetivo impactar positivamente e melhorar as transições saúde-doença e situacional dos clientes e família. Os enfermeiros possuem conhecimentos, capacidades e competências necessárias para participar ativamente no processo de acompanhamento dos clientes e, respetivas famílias, capacitando-os para a tomada de decisão (Cabete, 2021; Meleis, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Por fim, salientando Fox et al. (2010), o risco cardiovascular (RCV) dos clientes pós EAM permanece elevado para além do primeiro ano. De facto, um em cada cinco clientes com EAM, morre nos 5 anos após o evento agudo. Desta forma, é fundamental a intervenção nesta área temática, dada a forte influência das intervenções de enfermagem na adesão e autogestão do regime terapêutico, nomeadamente na promoção e na educação para a saúde, enfatizando o *empowerment* do cliente numa tentativa de aumentar a qualidade de vida do mesmo e diminuir a reincidência de EAM.

Para tal, foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura (RIL), tendo como objetivo geral o de analisar as intervenções de enfermagem que promovem a adesão ao regime terapêutico da pessoa pós EAM.

PERCURSO METODOLÓGICO

Realizou-se uma RIL, segundo a metodologia de Whitemore & Knafelz (2005) e a análise dos documentos, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (2020). Este tipo de revisão tem como objetivo identificar, reunir e avaliar os resultados obtidos, através das seguintes etapas: 1) formular a questão de investigação; 2) definir critérios de inclusão e exclusão; 3) selecionar e aceder à literatura; 4) atender à elegibilidade dos artigos; 5) analisar, sintetizar e agregar os resultados provenientes da pesquisa realizada. Assim, com recurso à mnemónica PICO, foi formulada a seguinte questão de investigação - Quais as intervenções de enfermagem na adesão ao regime terapêutico (I) na pessoa pós EAM (P), com vista à diminuição da reincidência de eventos cardiovasculares (O)?

As pesquisas iniciais foram efetuadas no motor de busca EBSCO, entre o dia 7 e 18 de julho de 2023, utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, de acordo com a seguinte estratégia de pesquisa: [Critically ill patients OR Critical illness OR Acute coronary syndrome OR Heart failure OR Critical care OR Myocardial infarction] AND

[Nursing interventions OR Transitional care OR Medication compliance OR Physical activity OR Exercise OR Food habits OR Fat-restricted diet OR smoking OR Medication adherence OR Healthy diet] AND [Guideline adherence OR Patient compliance OR Treatment and procedures OR empowerment OR Health promotion OR Health behavior OR Behavioral changes OR Outcome assessment OR Treatment outcomes OR Nursing outcomes OR Adherence OR Patient participation OR Primary prevention OR Secondary prevention]. Teve-se igualmente em consideração outras fontes, como documentos não publicados e literatura cinzenta. Para eleger de modo criterioso os documentos obtidos, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, conforme a seguinte tabela:

critérios de seleção	critérios de inclusão
População	Pessoa em situação crítica, pós eam, maiores de 18 anos.
Intervenções	Estudos que abordem intervenções de enfermagem relacionadas com a terapêutica e com estilos de vida saudáveis, nomeadamente a alimentação, atividade física e tabagismo (chow et al., 2010).
Resultados	Documentos que incluam resultados relacionados com adesão ao regime terapêutico, empowerment e prevenção de novo eam (morais, 2014; sociedade europeia de cardiologia, 2017).
Data de publicação	Serão considerados os documentos publicados entre 2016 e 2022, a fim de cumprir o prazo recomendado entre 5 e 10 anos (cabete et al., 2021).
Idioma	Serão objeto de análise todos os documentos passíveis de serem compreendidos pelas investigadoras.
Disponibilidade do documento	Serão considerados todos os documentos disponíveis em texto integral.
Critérios de exclusão	
Documentos	Foram também excluídos todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão já referidos.

Table 2- Critérios de inclusão e exclusão

A obtenção de resultados finais, foi efetuada após leitura do título, resumo, leitura integral, através da aplicação dos critérios de elegibilidade, tal como descrito no fluxograma *Prisma Flow* (Page et al., 2021) que se encontra de seguida:

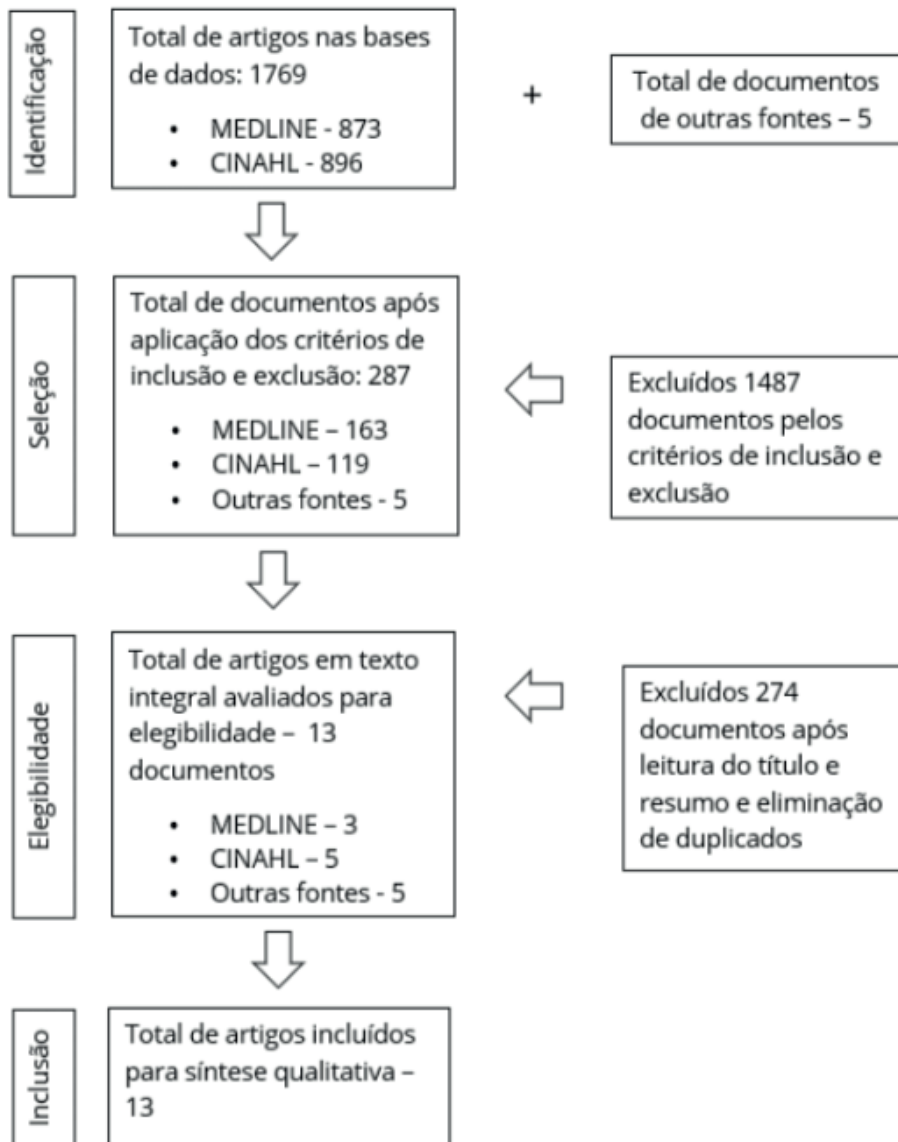


Figure 1- Prisma Flow Diagram de obtenção dos documentos finais. Adaptado de: Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

RESULTADOS

Após aplicação da estratégia de pesquisa e critérios de elegibilidade, foram obtidos 13 documentos finais, para análise, tendo como objetivo dar resposta à questão de investigação, assim como aos objetivos delineados. De acordo com os resultados obtidos e com base nos principais conceitos subjacentes ao tema, foram definidos dois subtemas: a adesão ao regime farmacológico e a adesão a estilos de vida saudáveis, ambos influenciados por fatores facilitadores e inibidores individuais, face à adesão ao regime terapêutico. A ideia subjacente é que cada cliente representa um ser multidimensional devendo ser encarado de forma holística, pois só assim se consegue promover níveis de literacia esperados e estabelecer um estilo de vida saudável com uma adesão efetiva ao regime terapêutico (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Os documentos obtidos sugerem que, as intervenções de enfermagem devem ser personalizadas e adequadas à singularidade de cada cliente, indo ao encontro das suas dúvidas e necessidades, considerando as suas habilitações literárias, e o envolvimento da família (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022). Vahedian-Azimi et al. (2016), refere especificamente que, o suporte familiar pode ser utilizado como um recurso facilitador na transição saúde-doença vivenciada pelo cliente e, portanto, esta deve ser incluída. Acrescentando que, aquando do momento da transmissão de informação pertinente ao cliente ou sessões de educação para a saúde, a pessoa significativa deve estar presente, para que esta tenha oportunidade de agir em parceria nos cuidados no domicílio, assim como constituir um apoio emocional. De forma semelhante, a intervenção motivacional deve estar presente, já que promove a mudança de comportamento relativo à adesão ao regime terapêutico, tal como comprovado no estudo de Lee et al. (2018).

Durante a hospitalização, deve ser constituída uma relação terapêutica coesa, entre o profissional de saúde e cliente, de modo a conseguir-se alcançar os resultados delineados. É importante ainda realizar-se a articulação com a equipa multidisciplinar, pois este envolvimento demonstrou uma maior consistência no aumento da adesão ao regime terapêutico, na medida em que há uma articulação, otimização e uma continuidade dos cuidados prestados nesta área. No estudo de corte de Pietrzykowski et al. (2022), foi evidenciada a importância de ensinar o cliente sobre a patologia e o seu tratamento, devendo este aspeto ser considerado como o principal objetivo de educação para a saúde e um aspeto essencial da preparação para alta hospitalar, dado que estas têm impacto no aumento do conhecimento sobre a patologia e motivação para a mudança de um possível comportamento nocivo para a saúde. Da mesma forma, outros investigadores também corroboram esta ideia, acrescentando a importância de incentivar e empoderar o cliente, para que sejam um agente ativo na mudança de comportamento/transição (Pietrzykowski et al., 2022; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Os resultados obtidos demonstram também que, o atraso no seguimento do cliente após alta hospitalar, resulta numa adesão diminuída ao regime terapêutico a curto e a longo prazo, pelo que, umas das intervenções importantes é incentivar a marcação de consultas após a alta, com a maior brevidade, tendo as mesmas por base uma comunicação eficaz e comprometimento para com o processo, que simplifique as indicações relativas ao regime terapêutico. Desta forma, é promovida uma tomada de decisão consciente, sendo implementada uma monitorização do processo e *feedback*, de forma sistemática (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017).

Assim, e de acordo com as subcategorias identificadas, apresentamos de seguida as intervenções de enfermagem recomendadas tendo por base uma prática baseada em evidência (PBE).

Intervenções de enfermagem na adesão ao regime farmacológico

A adesão ao regime farmacológico representa uma das formas de prevenção secundária de um novo evento de EAM. Por sua vez, o regime farmacológico correspondente ao tratamento da pessoa pós EAM, contempla a utilização de antiagregantes plaquetários (99%), antihipertensores inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) + antihipertensores antagonistas do recetor da angiotensina II (ARA II) (99%) antidislipídicos (97%), e, por fim, os antihipertensores betabloqueadores (89%) (Osteresch et al., 2021). No estudo de Lee et al. (2018), a adesão à medicação encontra-se associada à modificação no estilo de vida, sugerindo-se uma possível relação entre a presença de um estilo de vida mais saudável quanto maior for a adesão à medicação. De acordo com o artigo, um número considerável de pessoas que sofreram EAM apresentaram baixa adesão à medicação. Por exemplo, após 6 semanas do evento coronário, aproximadamente 29%, demonstraram uma baixa adesão aos medicamentos cardiovasculares prescritos, e mais de 25% não adquiriram a medicação prescrita após a alta, resultando num aumento da taxa de mortalidade, após 1 ano, consequência destes comportamentos.

Deste modo, Liu et al. (2021) defende que, a adesão ao regime medicamentoso constitui um fator determinante a avaliar em indivíduos pós EAM, uma vez que, a terapêutica farmacológica é essencial para minimizar riscos de reincidência de eventos cardiovasculares. Como tal, é importante a identificação dos fatores inibidores, que interferem na adesão ao regime medicamentoso. Liu et al. (2021) e Lee et al. (2018) afirmam que, um dos fatores inibidores que justifica a baixa adesão ou até mesmo a descontinuação do regime farmacológico após a alta hospitalar, são o alívio dos sintomas, nos quais se inclui a diminuição da dor precordial, diminuição da hipertensão arterial (HTA) e o aumento da capacidade de realizar certas atividades. Para além deste, Liu et al. (2021) acrescenta a faixa etária, o baixo nível de educação e as dificuldades financeiras como fatores inibidores à adesão ao regime terapêutico. A população idosa tende a cingir-se a antigas crenças,

apresentando uma maior resistência em conceber novos conhecimentos em saúde e aceitar novos conceitos. O mesmo autor justifica que este comportamento tem por base o nível de literacia, considerando que pessoas com nível de literacia baixo, têm uma menor capacidade e facilidade em aceder a fontes de informação fidedignas, comparativamente a pessoas com um nível de literacia superior. Por fim, as dificuldades financeiras, traduzem-se, por vezes, na não aquisição de medicamentos, o que condiciona a adesão.

Assim, Siudak et al. (2016), Caetano et al. (2022) e Lee et al. (2018) sugerem que, na prática clínica poderão ser adotadas estratégias e intervenções de enfermagem de educação para a saúde, com o intuito de diminuir os comportamentos referidos anteriormente. Contudo, deverá avaliar-se primeiramente o conhecimento e a adesão medicamentosa, através da Escala de Morisky Modificada e só depois intervir nesse sentido. De entre as intervenções, destacam-se os materiais educacionais ou folhetos informativos com as seguintes informações: indicações e o propósito de cada terapêutica medicamentosa prescrita, dosagem e efeitos farmacológicos no cliente; efeitos secundários comuns de cada medicamento prescrito, reforçando a necessidade do cumprimento do plano de tratamento. Na hipótese de o cliente ser idoso, a pessoa significativa deverá acompanhar o cliente às sessões de educação para a saúde, para que no domicílio esta consiga ser um apoio neste processo (Vahedian-Azimi et al., 2016; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016) ainda sugere a criação de dispositivos portáteis geridos pelos profissionais de saúde destinados a emitir avisos para lembrar o cliente da toma da medicação ou mesmo da criação de métodos inovadores de aprendizagem (*websites* e aplicações). Estes permitem a consulta de conhecimentos sobre o regime medicamentoso, tendo como fim o empoderamento do cliente e família, para uma tomada de decisão mais informada e consciente a longo prazo.

Estas estratégias que envolvem alta tecnologia, poderão não ser as mais adequadas à população idosa, já que poderá existir um declínio da capacidade de cognição e da compreensão. Portanto, é aqui que a família surge novamente como recurso para facilitar a transição vivenciada (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016).

Intervenções de enfermagem na adesão a estilos de vida saudáveis

Segundo os documentos analisados, os estilos de vida saudáveis contemplam a dieta equilibrada, a prática de exercício físico e a cessação tabágica (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rosado et al., 2018; ; Liu et al., 2021; European Society of Cardiology, 2021; Caetano et al., 2022; Pietrzykowski et al., 2022).

Relativamente aos fatores inibidores na adesão a um estilo de vida saudável os documentos relatam os seguintes: ausência de motivação do cliente, baixa literacia em saúde, falsas crenças e condições financeiras precárias (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Reveles et al., 2018; Pietrzykowski et al., 2022).

Com base nas recomendações dos profissionais de saúde e nos resultados de adesão à prevenção de doença cardiovascular (DCV) diminuída, na Polónia foi criado um programa *Patient Club*. Este, evidencia que as intervenções de enfermagem passam por sessões de educação para a saúde com o objetivo de combinar as mesmas com a reabilitação e alcançar uma adesão a hábitos alimentares saudáveis. Assim, as sessões de educação para a saúde, devem manifestar-se através do fornecimento de materiais educacionais e *websites*. Para além disso, poder-se-á utilizar como estratégia, interações ativas através da socialização entre clientes, que partilham a mesma situação. Assim, esta partilha de sentimentos, resulta no aumento da motivação para adotar comportamentos saudáveis, gerados por um sentimento de pertença e empatia demonstrada no grupo. De acordo com o estudo verificou-se que, este tipo de acompanhamento resulta num impacto positivo na adesão a uma dieta saudável (Siudak et al., 2016). Por outro lado, o estudo de Steca et al. (2017), demonstrou que, ao fim de 6 meses pós EAM, houve uma melhoria do estilo de vida dos clientes ao mobilizar instrumentos de autorrelato, nomeadamente a escala da dieta mediterrânica. Assim sendo, outra abordagem possível consiste na realização de uma primeira consulta em que se solicita aos clientes a reflexão sobre a sua alimentação e nas duas consultas subsequentes, o relato dos seus comportamentos até ao momento, avaliando-se a dieta através da mesma escala. Esta escala consiste num questionário de 9 itens que avalia o consumo semanal de 9 alimentos, usando uma escala de *likert* de 6 pontos (de 1 = nunca a 6 = mais de três vezes por dia). O consumo de alimentos saudáveis, isto é fruta, vegetais, cereais integrais, azeite, nozes, lacticínios, ovos, peixe e carne branca (frango, peru, coelho, pato, ganso e codorniz) e, alimentos não-saudáveis, isto é, carnes vermelhas (vaca, boi, porco, vitela, veado, borrego e cordeiro), doces e bebidas fermentadas (cerveja e vinho). Quanto maior o *score*, mais saudável será a dieta. Um *score* igual ou superior a 4, traduz uma adesão à dieta mediterrânica eficaz, e, tem sido associado a resultados de saúde positivos. De igual forma, Rosado et al. (2018), conclui que uma dieta considerada saudável, deve incluir um maior consumo de carnes brancas ou peixe comparativamente ao consumo de carnes vermelhas, devendo ainda evitar-se a ingestão de gorduras e óleos.

Tal como os estudos anteriormente referidos, Lee et al. (2018) e Caetano et al. (2022), consideram igualmente a dieta com baixo teor em sal e gordura um aspeto fulcral a avaliar, e onde se deve incidir na adesão a estilos de vida saudáveis. Lee et al. (2018) afirma que, o controlo da dieta e do peso, associado aos comportamentos referidos, foram considerados como um ponto de melhoria para o prognóstico dos clientes. Já Caetano et al. (2022), no *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*, sugere como atividades educativas a desenvolver, especificar ao cliente que deve evitar a ingestão de gorduras, praticando uma alimentação saudável, à base de cozidos e grelhados.

Conforme evidenciado no estudo de Steca et al. (2017), assim como nas *guidelines* do European Society of Cardiology (2021), os resultados das intervenções para a adaptação a uma dieta saudável, segundo a dieta mediterrânica são evidentes nos primeiros 6 meses pós EAM. As *guidelines* sugerem que, as intervenções de enfermagem que promovem uma dieta saudável são o incentivo de uma dieta rica em vegetais (tais como: alface, cebola, agrião, espinafres, rúcula cenoura, couve, beterraba, nabo, brócolos e abóbora), fruta (maçã, pêra, banana, morangos, abacate, laranja, tangerina, tomate, melancia, uvas, melão e ananás), cereais integrais (aveia, arroz, quinoa), laticínios, leguminosas (feijão, lentilhas, grão de bico, ervilhas), nozes e peixe e o uso limitado de hidratos de carbono refinados, carnes vermelhas, gordura saturada (queijo, manteiga, gordura animal nomeadamente enchidos e óleo) como também, a ingestão de bebidas alcoólicas: 1 a 2 copos por dia.

É de igual importância referir que, para além da educação para a saúde já descrita, o estudo de Reveles et al. (2018), traz-nos um programa de ensino estruturado com intervenções que permitem validar conhecimento e avaliar os seguintes parâmetros: índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), glicemia capilar (GiC), colesterol total (CT) e a literacia acerca da sua situação clínica. Os autores consideram e demonstram que, um programa desta estrutura é um método eficaz para melhorar o IMC, o PA e a literacia acerca da sua situação clínica, e, por conseguinte, poderá conduzir à prevenção de novos eventos cardiovasculares e redução de reinternamentos.

Assim, conclui-se que as intervenções de enfermagem devem consistir em consultas mensais durante 6 meses. Na primeira consulta, o cliente deve receber folhetos informativos acerca dos fatores de RCV, nomeadamente sobre IMC e PA superiores aos valores de referência, HTA, GiC e CT alterados. Assim é possível identificar-se défices de conhecimento relativos aos mesmos. Posteriormente, deve averiguar-se a adesão do cliente ao regime terapêutico e determinar-se as lacunas de conhecimento que o mesmo teve relativamente à sua situação clínica. Com base nos défices de conhecimento identificados na primeira consulta, as consultas seguintes devem consistir em estabelecer, juntamente com o cliente um plano de ação e metas específicas a serem atingidas até à consulta seguinte. Em cada consulta deverá avaliar-se a TA, a frequência cardíaca, o PA, o IMC e a GiC. Já o CT, a cada 3 meses. Desta forma, é possível avaliar as metas alcançadas pelo cliente *versus* metas estabelecidas.

No que diz respeito à prática de exercício físico pode comprovar-se, segundo as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021) que a adesão à prática de exercício físico diminui, significativamente, o risco de reincidência de eventos cardiovasculares, a mortalidade, e aumenta a prevenção secundária adequada.

De acordo com as mesmas *guidelines*, podem-se considerar como intervenção de enfermagem, o incentivo a uma atividade física moderada, entre 30 a 60 minutos, 5 dias por semana. Steca et al (2017) sugere o acompanhamento por via do desenvolvimento de um questionário de avaliação rápida de atividade física, com 7 questões, cujo avalia o tipo

e a quantidade de atividade física relatada, utilizando uma escala dicotômica de sim/não e que abrange uma gama de níveis de atividade física que vai de sedentário a atividade física vigorosa regular. O *score* total varia de 1 (sedentário) a 7 (ativo regular e vigoroso). *Scores* superiores indicam uma quantidade de atividade física mais adequada.

De acordo com o *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* de Caetano et al. (2022), o exercício físico adequado deve ser gradual e adaptado a cada pessoa, deve ser ainda implementado um plano com objetivos progressivos de exercícios de baixa a moderada intensidade, salvaguardando os sinais de alarme, como palpitações, dor precordial, náuseas e lipotimia durante o mesmo por meio da educação para a saúde feita à pessoa, que é alvo dos cuidados. Assim, de modo a intervir pertinentemente neste aspeto dos estilos de vida saudáveis as intervenções de enfermagem adequadas são, segundo Osteresch et al. (2021) e Vahedian-Azimi et al. (2016), a monitorização e avaliação da gestão da atividade física através de consultas telefónicas e o incentivo da supervisão da pessoa significativa do cliente durante a atividade física. Estas intervenções retratam uma melhor gestão do esforço exercido aquando da atividade física, favorecem uma prática mais regular da mesma, e por consequência, traduzem-se numa maior motivação por as metas estabelecidas *a priori* terem sido alcançadas.

No que concerne à cessação tabágica, segundo as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021) pode comprovar-se, igualmente, que este comportamento diminui o risco de eventos cardiovasculares subsequentes e a mortalidade e, ainda, complementa uma prevenção secundária adequada. Em concordância, Lee et al. (2018) e Caetano et al. (2022) consideram o tabagismo como um tópico a abordar numa consulta pós EAM, que deverá ser tido em conta como intervenção para avaliar a adesão a estilos de vida saudáveis. Após avaliado, deve personalizar-se intervenções e implementar estratégias de cessação tabágica.

Os investigadores Steca et al. (2017) reforçam a importância do uso de instrumentos de autorrelato para avaliar o comportamento tabágico, através da seguinte questão: quantos cigarros fuma por dia? -. As classificações da escala, 0 = “sem cigarros”, 1 = “10 cigarros ou menos por dia”, 2 = “11-20 cigarros por dia”, 3 = “21-30 cigarros por dia” e 4 = “31 ou mais cigarros por dia”, permitem a avaliação do comportamento.

As *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (2017), revelam como intervenções para a cessação tabágica as seguintes: identificação dos fumadores e aconselhamento sobre a cessação tabágica com fornecimento de apoio no acompanhamento, com terapêuticas para esse fim. Já as *guidelines* do European Society of Cardiology (2021), acrescentam como intervenções: questionar sobre o tabagismo, avaliar a vontade do cliente em querer cessar e aconselhar para tal, utilizar estratégias comportamentais e ferramentas de autocontrolo para facilitar a cessação tabágica, nomeadamente evitar que o cliente seja fumador passivo e auxiliar na construção de mecanismos de *coping*, através do autoconhecimento, identificando as potencialidades e fragilidades do cliente e como este pode agir em função das mesmas, empoderando-o de forma autónoma no processo de cessação tabágica.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos, sugerem que as intervenções de enfermagem descritas nos diferentes estudos trazem benefícios significativos na qualidade de vida da pessoa pós EAM, gerando mudanças de comportamento positivas que se traduzem num aumento da adesão ao regime terapêutico, levando à prevenção de um novo evento cardíaco. À luz da teoria das transições de Afaf Meleis (2010), estes benefícios na qualidade de vida do cliente traduzem-se numa transição vivenciada positiva, pois ao conseguiram apropriar-se das competências e capacidades necessárias para a prevenção de um novo EAM, revelando um nível de mestria na integração das mesmas na autogestão do seu dia-a-dia, gera uma percepção de autoeficácia com impacto na motivação. Posto isto, a integração desta nova circunstância no seu autoconceito e a forma de lidar com a nova condição permite afirmar o fim da transição (Meleis 2010). Contudo, a continuidade no processo pode ser influenciada por vários os fatores. Segundo Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016), Sociedade Europeia de Cardiologia, (2017), Liu et al., 2021, Caetano et al. (2022), os principais fatores inibidores da não adesão ao regime terapêutico compreendem: o alívio dos sintomas de DCV, a faixa etária do cliente, o seu nível de escolaridade, a baixa condição socioeconómica e a baixa literacia em saúde. Os fatores identificados traduzem-se frequentemente num mau prognóstico no tratamento de EAM, gerando uma maior prevalência de abandono do regime terapêutico.

De modo a aumentar a adesão ao regime terapêutico, e evitando um reinternamento, Afaf Meleis (2010), sugere uma possível abordagem à pessoa a vivenciar uma situação pós EAM, isto é, uma transição do tipo saúde-doença, evidenciado as seguintes intervenções de enfermagem:

Intervenções de enfermagem: durante o internamento

Uma das primeiras etapas a ser desenvolvida pelo enfermeiro é a avaliação acerca da consciencialização que o cliente possui da sua situação clínica. O ideal será o cliente reconhecer que algo mudou na sua vida após a ocorrência do evento crítico de EAM. Meleis (2010), inclui a consciência como uma propriedade da transição, já que esta se traduz num maior envolvimento durante o processo de transição associado a um maior empenho e vontade em alterar certos comportamentos. Esta propriedade, por sua vez, compreende a alternância dos papéis da identidade e nos padrões de conhecimento, sendo fundamentais para uma visão de si mesmo e do mundo. Atendendo à singularidade e à forma holística como encaramos o cliente, é necessário averiguar os significados atribuídos à doença, as suas crenças culturais e os seus recursos comunitários e sociais (onde surge a família). É possível constatar que, a família é um recurso facilitador determinante no processo de transição, conferindo apoio ao cliente, devendo ser incluídas no plano de cuidados de enfermagem (Vahedian-Azimi et al., 2016).

Assim, é expectável que as intervenções de enfermagem passem por uma educação para a saúde eficaz, colmatando a falta de literacia em saúde do cliente e da família, levando a um aumento do conhecimento e modificação de comportamentos de RCV. Por conseguinte, promove-se a qualidade de vida da pessoa pós EAM através do seu *empowerment*, que irá possibilitar a negociação e a respetiva adesão ao regime terapêutico mais eficaz e, conseqüentemente, diminuir a taxa de reincidência de EAM e a sua taxa de mortalidade (Pietrzykowski et al. 2022; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Surgem, assim, as seguintes intervenções que são dirigidas ao cliente e família:

- estabelecer uma relação terapêutica coesa com a pessoa alvo dos cuidados e respetiva família de forma sistemática e permanente, através da comunicação verbal e não verbal. No que respeita à comunicação verbal, deve ser fornecido feedback e declarações empáticas, isto é, disponibilidade e aceitação incondicional. Por outro lado, no que concerne à comunicação não verbal, deve ser utilizado o toque terapêutico, a escuta ativa e o contacto visual (Chalifour, 2008);
- otimizar a comunicação, transmitindo informação de forma clara e de fácil compreensão de acordo com os graus de literacia e habilitações da pessoa. Para além disso deve ir-se ao encontro das suas dúvidas e necessidades, crenças e expectativas e, em simultâneo, incluir a família;
- negociar e facilitar os regimes de tratamento, utilizando técnicas adequadas a cada cliente e que facilitem a adesão à medicação e estilos de vidas saudáveis, por exemplo, uso auxiliar de memória, aplicações informáticas, receitas de refeições saudáveis, e construção de horário de forma a incluir atividade física nas rotinas;
- negociar com a equipa multidisciplinar e transdisciplinar, a continuidade de cuidados, nomeadamente com o centro de saúde da área do cliente/família;
- avaliar os comportamentos adotados pelo cliente relativamente ao regime farmacológico, à dieta, ao exercício físico e aos hábitos tabágicos, através respetivamente, da escala de *Morisky* Modificada, da escala da dieta mediterrânica, do questionário de avaliação rápida de atividade física e através da questão - quantos cigarros fuma por dia? -;
- estimular momentos de educação para a saúde com o auxílio de materiais educacionais, tais como, folhetos informativos, adequando aos estilos de vida do cliente e família, avaliados anteriormente;
- identificar quais os fatores inibidores e facilitadores que influenciam a pessoa e família a aderir ao regime terapêutico.

Retomando o facto de que o enfermeiro deve contribuir para a consciencialização do cliente da sua situação clínica, através de educação para a saúde, sugerimos, primeiramente, as seguintes intervenções de enfermagem:

- aumentar o conhecimento em relação às causas, sinais e sintomas do EAM;
- ensinar as indicações da terapêutica farmacológica, as dosagens, os efeitos farmacológicos, fazer reconhecer os efeitos secundários de cada medicamento e explicitar a importância de cumprir as recomendações médicas; instruir sobre o que é uma dieta saudável, fornecendo informações acerca da dieta mediterrânica, evitando a ingestão de gorduras e, adotando uma alimentação à base de cozidos e grelhados; ensinar e dar a conhecer os parâmetros de IMC, PA, TA, GiC e CT;
- ensinar sobre a importância e incentivar uma atividade física moderada, entre 30 e 60 minutos, 5 dias por semana, abordando também os sinais de alarme durante o exercício físico, que podem ser palpitações, angina de peito, náuseas e síncope;
- avaliar a vontade do cliente de querer cessar e negociar essa cessação, utilizando estratégias comportamentais e ferramentas de autocontrolo, nomeadamente evitar que seja fumador passivo, incentivar a comparecer às consultas médicas, na possibilidade da utilização de estratégias farmacológicas para esse fim, e auxiliar na construção de mecanismos de *coping*, através do autoconhecimento, identificando as suas potencialidades e fragilidades, agindo em função das mesmas, empoderando-o de forma autónoma no processo de cessação tabágica;
- incentivar os clientes a comparecerem às consultas médicas bem como a serem acompanhados pelos seus familiares de referência;
- esclarecer dúvidas à família;
- orientar a família na abordagem a ter com o cliente, nomeadamente ouvi-lo quando este necessita, ajudar na confeção da alimentação, segundo a dieta mediterrânica, estar presente nos momentos do exercício físico e, no caso de o cliente ser idoso ou ter alguma incapacidade cognitiva, auxiliar ou assistir na toma da medicação;
- dar a possibilidade de interações entre os clientes numa mesma situação para partilharem as suas vivências e expectativas futuras, o que resulta no aumento da motivação para adotar comportamentos saudáveis, despoletada por um sentimento de pertença e empatia demonstrada no grupo.

Para se avaliar o envolvimento, o empenho e a vontade em alterar certos comportamentos, durante o processo de transição destacamos como intervenções posteriores as seguintes:

- avaliar se o cliente está apto para pôr em prática os conhecimentos fornecidos nas primeiras sessões de educação para a saúde;
- validar o conhecimento e as habilidades do familiar, que será o seu apoio.

Intervenções de enfermagem: pós-alta

Já após a alta hospitalar, deve promover-se a existência de consultas mensais durante 6 meses, onde se devem abordar os seguintes tópicos, ajustados às particularidades de cada cliente/família:

- solicitar ao cliente a reflexão sobre o regime medicamentoso e o seu estilo de vida até ao momento relativamente à dieta, ao exercício físico e ao comportamento tabágico, podendo utilizar-se novamente as escalas, o questionário e a questão sobre o comportamento tabágico, já referidas acima;
- reforçar os conhecimentos onde se averigua défices de conhecimento;
- determinar objetivos específicos para a consulta seguinte juntamente com o cliente, negociando o plano terapêutico, tornando-o um agente ativo no processo;
- dar a possibilidade de o cliente poder ter consultas telefónicas entre as consultas marcadas para esclarecer dúvidas que lhe surjam;
- avaliar o IMC, a frequência cardíaca, o PA, a TA e a GiC;
- estimular o envolvimento da pessoa significativa na consulta, se assim for o desejo do cliente, e solicitar que coloque questões, fornecendo também acompanhamento e a possibilidade de uma consulta telefónica, se assim necessitar.

Desta forma, o enfermeiro surge, tal como já mencionado várias vezes ao longo deste capítulo, como um agente facilitador do processo. Posto isto, através de todos os fatores facilitares do processo o cliente demonstrará indicadores do processo da transição vivenciada. Estes indicadores incluem: sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* (Meleis, 2010).

O sentir-se ligado, segundo Meleis (2010) é manter contacto com a família e, ainda, sentir-se aceite pelo enfermeiro e à vontade para colocar questões. Relativamente ao interagir, o mesmo autor, retrata, como sendo através deste que, os comportamentos do cliente são desenvolvidos em resposta à prevenção de um novo reinternamento por EAM. Também é através do envolvimento/interação entre enfermeiro e cliente que se cria um contexto de autocuidado e cuidado, sendo recebido como um gesto de apoio. Por outro lado, estar situado significa que o cliente está a comparar a sua vida antes e depois do EAM, dando um novo sentido ao mesmo. Por último, o desenvolvimento de confiança e *coping*, Meleis (2010), descreve como sendo uma adaptação através da utilização de recursos e estratégias, demonstrando um conhecimento, compreensão de pontos críticos e de sabedoria resultantes das suas vivências.

Para finalizar, é esperado que o cliente atinga um nível de mestria, integrando-a na sua identidade. A integração desta nova circunstância no seu autoconceito e a forma de lidar com a nova condição permite afirmar a vivência positiva da transição e o seu término.

Intervenções de enfermagem: estratégias futuras

Sugerem-se, ainda, algumas intervenções que poderão servir de estratégias futuras, para potenciar a adesão ao regime terapêutico:

- desenvolver dispositivos portáteis para o cliente, geridos pelos profissionais de saúde, destinados ao melhor acompanhamento dos cuidados de saúde após EAM e a respetiva adesão ao regime terapêutico;
- desenvolver métodos inovadores de educação para a saúde como *websites* e *apps*, com o fim de aumentar o conhecimento sobre a necessidade de adesão à medicação, como medida preventiva de doenças cardiovasculares;
- promover aconselhamento profissional por parte dos enfermeiros, em formato de palestra ou *workshop* sobre como ter um estilo de vida saudável, mais especificamente a realização de dinâmicas direcionadas para a atividade física e confeção de refeições saudáveis, realizadas em grupo.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que, os enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde que possibilitam a negociação do plano terapêutico com os clientes e, respetivas, famílias. Desta forma, promove-se o *empowerment* e incentiva-se a participação ativa do cliente e família nos processos de tomada de decisão, aprendizagem e desenvolvimento, no sentido do controlo do seu projeto de saúde, através da autonomia e responsabilização (Pietrzykowski et al. 2022; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2017; Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016;; Reveles et al., 2018; Liu et al., 2021; Caetano et al., 2022).

Neste âmbito, é fundamental que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas para a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo a alimentação, a atividade física, e a cessação tabágica, complementando com a promoção da adesão farmacológica, a fim de potenciar a qualidade de vida da pessoa pós EAM e, respetiva, família, prevenindo a ocorrência de reinternamentos (European Society of Cardiology, 2021).

Em suma, refletindo sobre os dados obtidos e a análise realizada dos estudos de Rojas-Reyes & Flórez-Flórez (2016), Sociedade Europeia de Cardiologia, (2017), Liu et al., 2021, e Caetano et al. (2022), pode afirmar-se que é possível potenciar a adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa pós EAM e família. Para que isto aconteça, será necessário incidir sobre a literacia em saúde, realizando um acompanhamento ativo e, adotando um discurso motivacional com intuito de agir como prevenção do abandono do regime terapêutico.

Por fim, e relativamente a implicações para a prática de cuidados, verificámos a escassez de estudos no âmbito do *follow-up* do cliente e o seu contributo na manutenção da adesão ao regime terapêutico e, ainda, referentes a uma maior diversidade de intervenções

de enfermagem para atuar na cessação tabágica. Sugere-se desta forma, investigações futuras centradas nestas vertentes, de modo a complementar e otimizar as intervenções de enfermagem na prática clínica.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. (2021). *SAVC: Suporte Avançado de vida cardiovascular*.

American Psychological Association. (2018). APA style guide. *The Principle of Purpose Limitation in Data Protection Laws*, 31–60. <https://doi.org/10.5771/9783845290843-31>

Cabete, D. (2021). Empowerment: a chave para a concretização do projeto de saúde do cliente e para a promoção do seu potencial de saúde. *O Cuidado Centrado No Cliente: Da Apreciação à Intervenção Em Enfermagem*, 243.

Cabete, D., Veiga, J., & Colaço, S. (2021). *Instrumento de avaliação da monografia (20% da avaliação final)*.

Caetano, A. P., Reveles, A., Martins, H., Pereira Sousa, J., Rodrigues, L. M., & Azevedo, T. S. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Chalifour, J. (2008). O interveniente. In *A Intervenção Terapêutica-Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (pp. 119–217).

Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, *121*(6), 750–758. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523>

Coimbra, N., Meira, S., Aguiar, L., & Rocha, F. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (Lidel (ed.); 1ª edição, pp. 140–141). Julho de 2021.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)).

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *17*(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

Dennison, P., & Sands, J. (1995). *Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e prática clínica* (Lusodidacta (ed.); 3ª Edição).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021). Documento orientador para elaboração da Monografia. *Uc Pceao*, 1–7.

European Society of Cardiology. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, *42*(14), 1289–1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>

Fox, K. A. A., Carruthers, K. F., Dunbar, D. R., Graham, C., Manning, J. R., De Raedt, H., Buyschaert, I., Lambrechts, D., & Van De Werf, F. (2010). Underestimated and under-recognized: The late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *European Heart Journal*, 31(22), 2755–2764. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq326>

Godinho, N. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações Norma APA. *ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca*, 1–37.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Causas de morte 2019 (Dados Provisórios). *Instituto Nacional de Estatística*, 2019(10 975), 1–10.

Joana Briggs Institution. (2020). Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. *He Joanna Briggs Institute*, 1–7.

Lee, Y. M., Kim, R. B., Lee, H. J., Kim, K., Shin, M. H., Park, H. K., Ahn, S. K., Kim, S. Y., Lee, Y. H., Kim, B. G., Lee, H., Lee, W. K., Lee, K. S., Kim, M. J., & Park, K. S. (2018). Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z>

Liu, H., Shen, J., Li, S., Song, Y., & Ju, M. (2021). Research on the Health Literacy Status and Compliance Behavior of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/9648708>

Manuel, C., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos* (ICS (ed.); 1ª Edição).

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. In Springer publishing company (Ed.), *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–83).

Morais, A. (2014). Adesão e empowerment - que relação: análise e reflexão a partir de um estudo sobre a adesão à ventilação não invasiva no domicílio. *Revista de Enfermagem Referência*.

Morgado, G., Pereira, H., & Caldeira, D. (2018). Adoção da estratégia invasiva precoce no enfarte agudo do miocárdio sem supra desnivelamento de ST: análise dos resultados do Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.06.008>

Myers, K., & Blausey, D. (2020). Confidentiality and informed consent. In *Foundations of Art Therapy Supervision: Creating Common Ground for Supervisees and Supervisors*. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.

Ordem dos Enfermeiros, & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritos* (Ordem dos Enfermeiros (ed.)). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Osteresch, R., Fach, A., Frielitz, F. S., Meyer, S., Schmucker, J., Rühle, S., Retzlaff, T., Hadwiger, M., Härle, T., Elsässer, A., Katalinic, A., Eitel, I., Hambrecht, R., & Wienbergen, H. (2021). Long-Term Effects of an Intensive Prevention Program After Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Cardiology*, 154(Table 1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2021.05.034>

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Pietrzykowski, Ł., Kasprzak, M., Michalski, P., Kosobucka, A., Fabiszak, T., & Kubica, A. (2022). The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 426–431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030>

Reveles, A., Simões, I., & Ferreira, P. (2018). Nursing consultation and control of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(17), 33–42. <https://doi.org/10.12707/riv17089>

Rillamas-Sun, E., Beasley, J. M., & LaCroix, A. Z. (2013). Overview of Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Women and Health*, 949–964. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384978-6.00062-5>

Rojas-Reyes, J., & Flórez-Flórez, M. L. (2016). Adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas com infarto agudo de miocárdio. *Aquichan*, 16(3), 328–339. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>

Rosado, S., Raimundo, G., Aguiar, J., & Moreira, A. C. (2018). Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico e estado nutricional dos doentes com enfarte agudo do miocárdio. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 15, 26–29. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1505>

Siudak, Z., Pers, M., Dusza, K., Franczak, I., Zegzda, A., Bechta, M., Kwiatkowska, A., Knutelska, A., Zemla, B., Kubiak, A., Zarzycka, M., Kudelko-Blacha, N., Kozmińska, P., Oleksy, M., & Dudek, D. (2016). The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. The Patient Club initiative. *Kardiologia Polska*, 74(2), 185–191. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0225>

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2017). Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. *Recomendações de Bolso Da ESC de 2017*, 60. https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf

Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Franzelli, C., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini, M., Scrignaro, M., Vecchio, L., Fattiroli, F., & D'Addario, M. (2017). Stability and change of lifestyle profiles in cardiovascular patients after their first acute coronary event. *PLoS ONE*, 12(8), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183905>

Swearingen, P., & Keen Hicks, J. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Síndromas coronárias agudas: dor anginosa e enfarte do miocárdio* (Lusociência (ed.)).

The Joanna Briggs Institute. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Issue April).

Universidade de Aveiro. (2020). *APA sétima edição: Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. 27. <https://www.ua.pt/file/62230>

Vahedian-Azimi, A., Miller, A. C., Hajjesmaieili, M., Kangasniemi, M., Alhani, F., Jelvehmoghaddam, H., Fathi, M., Farzanegan, B., Ardehali, S. H., Hatamian, S., Gahremani, M., Mosavinasab, S. M. M., Rostami, Z., Madani, S. J., & Izadi, M. (2016). Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Open Heart*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000349>

Vinay Kini, P. M. H. (2018). *Interventions to improve medication adherence: A review*. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271>

Whittemore, R., & Knafik, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

INDICADORES CLÍNICOS QUE IMPACTAM O RISCO CARDIOVASCULAR DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Data de submissão: 10/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Andressa Maria Domareski

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4837642587612746>

Juliana Ligeskilung Barbosa

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5925253463008433>

Gabriela Rossetti de Azevedo

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7485945587620769>

Juliana Regina Dias Mikowski

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9497648199036193>

RESUMO: o processo de envelhecimento envolve o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) com consequente redução da capacidade funcional. As DCNTs são associadas a hábitos adotados ao longo da vida do indivíduo, como o tabagismo e a prática de atividades físicas. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores clínicos responsáveis pela associação entre doença renal crônica (DRC) e doenças cardiometabólicas,

identificando fatores de risco efetivos na progressão da perda da função renal durante o acompanhamento ambulatorial. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo a ser realizado no sistema de prontuário eletrônico de um Hospital Universitário localizado no Paraná, Brasil. As principais variáveis foram: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), doenças de base e associadas, estadiamento da DRC e exames bioquímicos. A idade média dos pacientes tratados foi de 58,5 anos (DP=16,4). A presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) esteve presente em 73,1% dos pacientes, enquanto o DM foi identificado em apenas 30,9%. O valor de LDL mais comum encontrado foi igual ou inferior a 130 mg/dL (56,1%). Os valores de triglicérides foram acima de 150 mg/dL para ambos os sexos. Entre aqueles sem diagnóstico de HAS, a creatinina apresentou valores dentro dos parâmetros fisiológicos na maioria dos casos (71,4%). Pacientes renais crônicos em tratamento conservador apresentam indicadores clínicos que corroboram maior risco cardiovascular, associados à faixa etária, IMC, doenças de base e perfil lipídico.

PALAVRAS-CHAVE: Doença renal Crônica; assistência ambulatorial; fatores de risco cardiometabólico.

CLINICAL INDICATORS THAT IMPACT THE CARDIOVASCULAR RISK OF CHRONIC KIDNEY PATIENTS UNDER CONSERVATIVE TREATMENT

ABSTRACT: The ageing process involves facing chronic non-communicable diseases (NCDs) with a consequent reduction in functional capacity. NCDs are associated with habits adopted throughout an individual's life, such as smoking and physical activity. The objective of this study was to evaluate the clinical factors responsible for the association between chronic kidney disease (CKD) and cardiometabolic diseases, identifying effective risk factors in the progression of loss of renal function during outpatient follow-up. This is a quantitative, descriptive, and retrospective study that will be carried out in the electronic medical record system of a university hospital located in Paraná, Brazil. The main variables were sex, age, body mass index (BMI), underlying and associated diseases, CKD staging and biochemical tests. The average age of the treated patients was 58.5 years (SD=16.4). The presence of systemic arterial hypertension (SAH) was present in 73.1% of the patients, while DM was identified in only 30.9%. The most common LDL value found was equal to or less than 130 mg/dL (56.1%). Triglyceride values were above 150 mg/dL for both sexes. Among those without a diagnosis of SAH, creatinine presented values within physiological parameters in most cases (71.4%). Chronic kidney patients undergoing conservative treatment present clinical indicators that corroborate a higher cardiovascular risk, associated with age group, BMI, underlying diseases, and lipid profile.

KEYWORDS: health care, chronic non-communicable diseases, nursing care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por uma deterioração progressiva da integridade fisiológica, levando a capacidade funcional prejudicada e, finalmente, aumento da suscetibilidade à morte. É um fator de risco importante para doenças humanas crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, degeneração neurológica e câncer. Estima-se que a população com 60 anos ou mais residente na América Latina e no Caribe dobrará pelo menos uma vez no período de 1980 a 2025 e, em média, em mais da metade dos países, terá triplicado antes do ano 2025 (FERREIRA, et al., 2019; CAI, et al., 2022).

A contribuição dos fatores de risco nas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) alterou-se consideravelmente e, recentemente, os três maiores fatores de risco apontados foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo, fatores dietéticos e inatividade física, sendo que para todos os fatores citados, há evidências de envolvimento dos mesmos na gênese tanto de doenças metabólicas, quanto cardiovasculares (DCVs) (REY, 2021).

A doença cardiometabólica (DCM) é a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. Entre as doenças metabólicas, o DM tipo 2 (DM2) destaca-se junto à HAS, pois encontram-se com frequência associadas à obesidade, pois o acúmulo de gordura intra-abdominal gera inflamação e resistência à insulina, que predispõem a distúrbios do metabolismo da glicose e elevação da pressão arterial (SCALABRIN, DA SILVA e MENEZES, 2022)).

A Doença renal crônica (DRC) é definida por uma baixa taxa de filtração glomerular ou alta albuminúria, e afeta 15-20% dos adultos em todo o mundo. A DRC aumenta o risco de vários desfechos adversos, mas a doença cardiovascular (DCV) é de particular relevância por ser a principal causa de morte nessa população clínica. Este amplo impacto da DRC no sistema cardiovascular provavelmente reflete o envolvimento de vários mecanismos fisiopatológicos que ligam a DRC ao desenvolvimento de DCV, fatores de risco compartilhados, como diabetes e hipertensão, inflamação e presença de toxinas urêmicas (MATSUSHITA, et al., 2022).

A prevalência da DRC tem aumentado mundialmente em função do envelhecimento populacional e dos fatores de risco metabólicos como hipertensão, obesidade, diabetes e uso de agentes nefrotóxicos. A diminuição progressiva da TFG secundária à perda irreversível dos néfrons funcionantes manifesta-se a princípio por uma elevação persistente dos níveis plasmáticos dos produtos que normalmente são excretados pelos rins, como ureia e creatinina, mas com a perda de função progressiva ao longo do tempo ocorre uma variedade de distúrbios bioquímicos e sintomatologia múltipla dependendo do estágio da DRC (BASTOS, 2020).

Em vista das evidências científicas relatadas, é cada vez mais necessário avaliar a ocorrência de fatores de risco cardiometabólicos e porque eles respondem à complexidade multicausal dos principais problemas de saúde em todo o mundo. Portanto, a abordagem estratégica para prevenção e/ou tratamento requer a abordagem dos fatores de risco de maneiras múltiplas, e não individuais. Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar fatores clínicos responsáveis por associar DRC e doenças cardiometabólicas, identificando fatores de risco efetivos na progressão da perda de função renal durante o acompanhamento ambulatorial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo a ser realizado no sistema de prontuários eletrônicos (GSUS) do Hospital Regional Universitário dos Campos Gerais (HURCG), no município de Ponta Grossa/PR. Os acessos dentro do sistema com vistas aos pacientes que estiveram em consulta no Ambulatório de Nefrologia tiveram início no período que compreendeu outubro e novembro de 2019, sendo a amostra selecionada por conveniência e incluindo a verificação de todos os prontuários dentro do período mencionado, sendo excluídos apenas aos prontuários que apresentavam incompletos quanto as variáveis a serem coletadas.

Os prontuários foram acessados e as informações categorizadas a partir das consultas realizadas, e as principais variáveis foram: número do prontuário, sexo, data nascimento, idade, número de consultas, tempo de acompanhamento ambulatorial, índice de massa corporal (IMC), doenças de base e doenças associadas, estadiamento da DRC,

fármacos e exames bioquímicos. Os pacientes que estavam em acompanhamento tiveram todas as suas consultas avaliadas até um limite de 10 consultas.

Os aspectos éticos estão de acordo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da regulamentação da ética em pesquisa com seres humanos. Obtivemos aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG/PR), sob o Parecer nº 3.695.435.

A coleta foi disposta em Planilha do Excel 2019® validada e conferida; em seguida, transportada ao programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 21.0, no qual foram geradas as análises estatísticas descritivas: medidas de posição, dispersão e variabilidade para as variáveis quantitativas e de frequência simples para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

Houve avaliação de 275 prontuários de pacientes atendidos em um Hospital Universitário. Prevaleram indivíduos do sexo feminino, classificados como sobrepeso (38,5%) e obesidade (36,7%) segundo o Índice de Massa Corporal (IMC). A presença de HAS esteve presente em 73,1% dos pacientes, já a DM foi identificada em apenas 30,9%. O hábito de tabagismo foi referido por 77,8% dos pacientes (Tabelas 1).

Variáveis		N (%)
<i>Total</i>		275 (100)
<i>Sexo</i>	Feminino	149 (54,2)
	Masculino	126 (45,8)
<i>Procedência</i>	Ponta Grossa	130 (47,3)
	Outras cidades do estado	145 (52,7)
<i>Classificação IMC</i>	Baixo peso	3 (1,1)
	Eutrófico	61 (22,2)
	Sobrepeso	106 (38,5)
	Obesidade	101 (36,7)
	Não informado	4 (1,5)
<i>HAS</i>	Não	74 (26,9)
	Sim	201 (73,1)
<i>DM</i>	Não	190 (69,1)
	Sim	85 (30,9)
<i>Tabagismo</i>	Não	214 (77,8)
	Sim	61 (22,2)

Tabela 1 – Frequências das variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes do Ambulatório de Nefrologia de um Hospital Universitário, Ponta Grossa, PR.

Fonte: o autor (2024).

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 58,5 anos (DP=16,4). A altura e o peso também são avaliados para cálculos de IMC. A média de altura foi de 1,62 m (DP=0,096) e a média do peso foi de 74,34 kg (DP=15,13) (Tabela 2).

Variáveis	Média	Desvio-padrão (DP)
Idade na primeira consulta	58,54	16,4
Altura	1,62	0,096
Peso	74,34	15,13

Tabela 2 – Análise da média da idade, altura e peso de pacientes do Ambulatório de Nefrologia de um Hospital Universitário, Ponta Grossa, Paraná.

Fonte: o autor (2024).

A análise dos dados clínicos quando comparado o sexo evidenciou diferenças entre homens e mulheres. Com relação à idade, entre as mulheres, a maioria se encontrava com até 65 anos (72,9%), já entre os homens a idade de 55 anos ou mais representou a maioria (76,6%). O IMC igual ou acima a 30 kg/m² foi prevalente entre mulheres (72,9%), contrastando com o sexo masculino, com prevalência de IMC menor que 30 kg/m² (65,7%).

O colesterol foi visualizado como acima de 190 mg/dL em todos os pacientes. O LDL entre as mulheres foi prevalente na faixa acima de 130 mg/dL, representando 53,7% dentre as mulheres. Já para indivíduos do sexo masculino, o valor de LDL mais encontrado foi de igual ou menor que 130 mg/dL (56,1%). O HDL não foi verificado em todos os casos. Nos exames analisados, todas as mulheres apresentaram valor de até 100 mg/dL, e os homens também apresentaram o mesmo parâmetro, com representatividade de 94,7%. Os valores de triglicérides acima de 150 mg/dL foram semelhantes em ambos os sexos, com proporções de 57,8% para indivíduos do sexo feminino e 60,5% do sexo masculino.

Os parâmetros para a creatinina variam conforme o sexo, para as mulheres é estabelecido fisiológico no intervalo entre 0,6 mg/dL e 1,2 mg/dL, já para homens o intervalo é de 0,7 mg/dL a 1,3 mg/dL. Foi observado valores acima de 1,2 mg/dL em 60,3% das mulheres, e em homens, o valor acima de 1,3 mg/dL foi identificado em 60,5% da amostra.

O estadiamento mais observado entre as mulheres foi 3B (34,6%) seguido por 2 (30,8%) e 4 (30,8%). Já entre os homens o clearance de creatinina não apresentou valores próximos, sendo o mais observado o estadiamento 3A (34,0%).

		Mulheres		Homens	
		N	%	N	%
Idade	≥ 65	32	27,1	≥ 55	85 76,6
	< 65	86	72,9	< 55	26 23,4
IMC	< 30	32	27,1	< 30	67 65,7
	≥ 30	86	72,9	≥ 30	35 34,3
Colesterol	> 190	48	100	> 190	47 100
LDL	≤ 130	19	46,3	≤ 130	23 56,1
	> 130	22	53,7	> 130	18 43,9
HDL	< 40	3	100	< 40	18 94,7
	≥ 40	0	0	≥ 40	1 5,3
Triglicérides	≤ 150	19	42,2	≤ 150	17 39,5
	> 150	26	57,8	> 150	26 60,5
Creatinina	0,6 a 1,2	29	39,7	0,7 a 1,3	17 19,3
	> 1,2	44	60,3	> 1,3	71 80,7
Clearence creatinina	1	1	3,8	1	0 0
	2	8	30,8	2	13 27,7
	3A	0	0	3A	16 34,0
	3B	9	34,6	3B	8 17,0
	4	8	30,8	4	7 14,9
	5	0	0	5	3 6,4

Tabela 3 – Frequências das variáveis clínicas segundo o sexo em pacientes do Ambulatório de Nefrologia de um Hospital Universitário, Ponta Grossa, Paraná.

Fonte: o autor (2024).

A função renal foi avaliada através da creatinina sérica e do clearence. Dentre as mulheres com diagnóstico de HAS, prevaleceram valores de creatinina acima de 1,2 mg/dL (76,6%). E dentre aquelas sem diagnóstico de HAS, a creatinina apresentou valores dentro dos parâmetros fisiológicos na maioria dos casos (71,4%). O teste qui-quadrado demonstrou p valor significativo ($p=0,001$). Para os indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de HAS, a creatinina esteve acima de 1,3 mg/dL em 83,8% dos casos. A análise associativa demonstrou $p<0,001$.

Para os pacientes com diagnóstico de DM os valores de creatinina não demonstraram associação significativa. Os valores de creatinina foram elevados tanto para confirmação diagnóstica quanto para aqueles sem diagnóstico de DM, para ambos os sexos (Tabela 4).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)							
Mulheres			Homens				
	<i>Sim n (%)</i>	<i>Não n (%)</i>	<i>p valor</i>		<i>Sim n (%)</i>	<i>Não n (%)</i>	<i>p valor</i>
Creatinina			0,001	Creatinina			<0,001
0,6-1,2	18 (23,4)	10 (71,4)		0,7-1,3	12 (16,2)	13 (65,0)	
> 1,2	59 (76,6)	4 (28,6)		> 1,3	62 (83,8)	7 (35,0)	
Clearence creatinina			0,292	Clearence creatinina			0,071
G1	1 (6,2)	0		G1	0	2 (28,6)	
G2	2 (12,6)	1 (100)		G2	6 (33,3)	0	
G3A	1 (6,2)	0		G3A	2 (11,1)	2 (28,6)	
G3B	6 (37,5)	0		G3B	4 (22,2)	1 (14,2)	
G4	6 (37,5)	0		G4	6 (33,3)	2 (28,6)	
Diabetes Mellitus (DM)							
Mulheres			Homens				
	<i>Sim n (%)</i>	<i>Não n (%)</i>	<i>p valor</i>		<i>Sim n (%)</i>	<i>Não n (%)</i>	<i>p valor</i>
Creatinina			0,095	Creatinina			0,522
0,6-1,2	5 (17,2)	23 (37,1)		0,6-1,2	8 (21,6)	17 (29,8)	
> 1,2	24 (82,8)	39 (62,9)		> 1,2	29 (78,4)	40 (70,2)	
Clearence creatinina			0,566	Clearence creatinina			0,101
G1	0	1 (12,5)		G1	0	2 (11,8)	
G2	1 (11,1)	2 (25,0)		G2	3 (37,5)	3 (17,6)	
G3A	1 (11,1)	0		G3A	3 (37,5)	1 (5,9)	
G3B	4 (44,4)	2 (25,0)		G3B	0	5 (29,4)	
G4	3 (33,3)	3 (37,5)		G4	2 (25,0)	6 (35,3)	

Tabela 4 – Frequência da avaliação renal segundo HAS e DM em homens e mulheres na primeira consulta de pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia em um Hospital Universitário, Ponta Grossa, Paraná.

Fonte: o autor (2024).

O estadiamento geral da DRC pode ser baseado na taxa de filtração glomerular estimada (TFGe). A análise dos parâmetros clínicos evidenciou distribuição próxima entre as estratificações. O estadiamento 4 foi observado em 26,3% da amostra, seguido pelo estadiamento 2 (23,5%), 3B (21,7%) e 3A (18,6%). As classificações 1 e 5 foram identificadas em menor proporção, 4,5% e 5,4%, respectivamente (Tabela 5).

Estadiamento DRC	n	%
1	10	4,5
2	52	23,5
3A	41	18,6
3B	48	21,7
4	58	26,3
5	12	5,4

Tabela 5. Frequência do estadiamento geral da DRC em pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia de um Hospital Universitário, Ponta Grossa, Paraná.

Fonte: o autor (2024).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de reorganização do sistema de saúde através da integração do cuidado no intuito de atingir as metas de redução da multimorbidade e melhor acompanhamento da população com DCNT. No Brasil a multimorbidade acomete 1 a cada 5 adultos com duas ou mais doenças crônicas e um a cada dez possuem mais de três doenças, o que representa mais 43 milhões e 20 milhões de brasileiros, respectivamente. Das doenças relatadas a hipertensão arterial (22,3%) e dislipidemia (8,4%), foram as doenças mais prevalentes, porém, com padrões diferentes entre homens e mulheres (WHO; 2018; DECHICHI, 2022).

Os perfis delineados nos estudos de PICCIN (2022), AGUIAR (2020) e ROCHA (2018) mostraram-se de acordo em relação à predominância do sexo feminino e média de idade elevada, com faixa etária acima de 55 anos. O estudo de DECHICHI (2022), descreve que as mulheres são mais acometidas pela maior expectativa de vida e que as chances de desenvolver doenças crônicas são maiores em mulheres no climatério, principalmente para mulheres na pós menopausa, em que a ausência do estrogênio ovariano acarreta alterações fisiológicas importantes. O estrogênio tem ação cardioprotetora relacionado ao óxido nítrico e inibição de substâncias vasoconstritoras.

Ainda contextualizando sobre fatores de risco no sexo feminino observa-se maior frequência de alguns de elementos nas mulheres, como obesidade e diabetes mellitus. Hipertensão, diabetes *mellitus* e tabagismo são fatores de risco mais potentes para infarto do miocárdio em mulheres do que em homens. Além disso, existem vários fatores de riscos cardíacos não tradicionais exclusivos ou predominantes em mulheres, incluindo menopausa ou menarca precoces, diabetes mellitus e ou hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e doenças reumatológicas como artrite reumatoide e lúpus eritematoso Sistêmico (MASON, 2015; TOOHER, 2017; TOBIAS, 2017).

O aumento da expectativa de vida da população, juntamente com a meta de envelhecimento saudável proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou atenção também para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), seus desfechos e

agravamentos. As DCNT são responsáveis por 68% das mortes no mundo, e considerando que metade dessas pessoas possuem multimorbidades há não somente o agravamento do estado de saúde do indivíduo, mas uma carga sobre o sistema de saúde (RUDNICKA et al., 2020).

De acordo com a literatura, a idade apresenta relação direta e linear com a HAS e eventos CV, como o infarto do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE), a dislipidemia indica estimativa de risco, principalmente se associa valores elevados de triglicérides à valores baixos de HDL-C, o diabetes é válido como diagnóstico definido ou apenas apresentação de sintomas e a Obesidade deve ser avaliada em conjunto com a CA (IDF, 2015)

Não se pode deixar de evidenciar o aspecto negativo que o sobrepeso e a obesidade trazem a qualidade de vida das pessoas, principalmente se associados ao envelhecimento. Tem-se como evidência científica, que a obesidade está presente em mais de 50% da população idosa com algum tipo de DCNT. A atenção integral à população idosa assume papel imprescindível no controle das DCNT e a possibilidade do olhar longitudinal acerca da ocorrência de DCNT na população idosa permite conhecer a magnitude e comportamento dessas doenças (SILVA, et al, 2022).

Estudos de prevalência da DRC, evidenciam o sobrepeso e obesidade como fatores predisponentes para o aparecimento e piora da falência renal. (AGUIAR et al., 2020; AMARAL et al., 2019; LEÃO, 2020), se aproximando dos resultados observados em nossa amostra.

Já com relação às doenças associadas à perda de função renal, a maior chance de DRC foi associada à idade acima de 65 anos, hipertensão, hipercolesterolemia, AGUIAR et al., (2020) corroboram com nosso estudo, uma vez que também observa como doença associada a HAS, a dislipidemia, além do DM e das doenças vasculares.

Segundo o estudo de FERREIRA et al., (2019), os achados encontrados evidenciam que a falta de controle da obesidade ($IMC > 27 \text{ kg/m}^2$), colesterol total, triglicérides e LDL elevam as chances para o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, principalmente no público feminino em decorrência do aumento da expectativa de vida. Além disso, o artigo mostra que o envelhecimento populacional (>60 anos) impacta significativamente no aumento de fatores de risco para o aparecimento de DCNT's e demais patologias. Assim, torna-se urgente a investigação de tendências de comportamentos para construir estratégias de prevenção e controle.

A hipertensão é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e ambas, hipertensão e doença renal crônica estão intimamente interligadas. No contexto da doença renal crônica, a fisiopatologia da hipertensão é complexa e envolve a interação de muitos fatores, incluindo um número reduzido de néfrons funcionais, retenção de sódio e expansão de volume, regulação positiva do sistema nervoso simpático, fatores hormonais como a regulação positiva da renina. -sistema angiotensina-aldoesterona e

disfunção endotelial (BHAILIS e KALRA, 2022). A hipertensão mal controlada pode acelerar a progressão para doença renal terminal e esse agravante pode ser visualizado quando analisamos dentro da número de pacientes hipertensos manutenção de valores elevados de creatinina sérica em homens e mulheres com 65 anos ou mais.

Marcadores bioquímicos desempenham um papel importante no diagnóstico preciso, na avaliação de risco e evolução de pacientes com DRC, tais como creatinina, ureia, ácido úrico, eletrólitos e nitrogênio uréico. A creatinina sérica acompanha a evolução da função renal além de contribuir para o estadiamento da mesma, caracterizando o comprometimento do quadro do paciente (PANDYA, NAGRAJAPPA e RAVI, 2016) , por esse motivo nosso estudo realizou o estadiamento da amostra e mostrou a distribuição dos indivíduos nos cinco estagios, com maior frequência nos estágios 2 a 4, mas ainda com distribuição inferior a ideal já que o exame de creatinina não foi prioridade entre os exames solicitados ao longo do acompanhamento ambulatorial.

Pesquisas tem mostrado que muitos fatores, como distúrbios metabólicos e anormalidades hemodinâmicas induzidas por hiperglicemia e resistência à insulina (RI), desempenham um papel importante na progressão da perda de função renal. A Nefropatia diabética (ND) baseia-se na presença de albuminúria e/ou na redução taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), após exclusão qualquer outra causa primária de dano renal, e a avaliação de albumina na urina e creatinina sérica devem ser realizados no mínimo anualmente para um acompanhamento mais preciso da DRC (KLEINAKI, KAPNISI, THEODORELOU-CHARITOU, NIKAS e PASCHOU, 2020; GUO, SONG, SUN, et.al. 2022). Nossos resultados também comprovaram valores de creatnina elevados em pacientes com diabetes tipo 2 evidenciando a importancia de acompanhar a evolução da nefropatia diabética.

Conforme OLIVEIRA e cols., (2010) há inúmeros relatos sobre o encaminhamento tardio para os ambulatórios de nefrologia dos pacientes com lesão renal, principalmente naqueles mais graves o que implica na maior morbidade e mortalidade desta população. Foi observado por OLIVEIRA que cerca de 71% dos indivíduos com DRC eram admitidos em estágio final da doença renal (estágio 5) como também aproximadamente 47,3% da amostra foi encaminhado para consulta especializada sem a necessidade, visto que se encontravam nos estágios 1 e 2 da doença, sendo de responsabilidade da atenção primária em saúde. Desta forma, o estudo de OLIVEIRA vai de encontro com nossos achados em que a maioria dos nefropatas a serem atendidos encontravam-se no estágio 4 (26,24%) e 23,53% deles com estadiamento 2 para DRC.

CONCLUSÃO

Conclui-se que pacientes com doenças renais crônicas em tratamento conservador apresentam indicadores clínicos que corroboram em um maior risco cardiovascular, associado à faixa etária, IMC, doenças de base e perfil lipídico. O estudo aponta informações relevantes que ajudam a confirmar o grau de risco das doenças cardiovasculares a que estão expostos os pacientes renais crônicos em tratamento conservador. Para a enfermagem, o contexto acrescenta os pontos de foco assistencial junto à equipe interdisciplinar do serviço especializado. Além disso, neste cenário, o papel do enfermeiro, considerado líder na equipe multidisciplinar em saúde contribui positivamente no gerenciamento das DCNT através do desenvolvimento de ações que proporcionam a adesão dos pacientes ao tratamento e mudanças de hábitos alimentares e sociais com uma maior conscientização sobre o cuidado com a própria saúde por meio da consulta de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, SRG.; CHIAVENATO FILHO, ADP.; LEBRÃO, ML.; DUARTE, YAO.; LAURENTI, R. (2018). Doenças cardiometabólicas. *Rev. Bras. epidemiol*, 21 (Suppl 2), E180008. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180008.supl.2>.
- CAI, Y.; SONG, W.; LI, J.; JING, Y.; LIANG, C.; ZHANG, L, et. al. (2022). The Landscape aging. *Sci. China Life Sci.* 65 (12), 2354-2454 doi: 10.1007/s11427-022-21611-3.
- REY, H.C.V. A Importância de Reconhecer a Co-ocorrência de Fatores de Risco Cardiometabólico na População para Estabelecer Prioridades em Políticas Públicas. (2021). *Arq Bras Cardiol*, 117 (1). <https://doi.org/10.36660/abc.20210511>.
- SCALABRIN, A.; DA SILVA, ATC.; MENEZES, PR. Justiça organizacional e doença cardiometabólica: uma revisão sistemática. (2022). *Ciênc. saúde coletiva* 27 (09), 3517-3530. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.23482021>.
- MATSUSHITA, K.; BALEW, SH.; YEE-MOON WANG, A.; KALYESUBULA, R.; SCHAEFFNER, E. et al. Epidemiology and risk of cardiovascular disease in populations with chronic kidney disease. (2022). *Nat Ver. Report. Nov*;18(11):696-707. <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00616-6>.
- BASTOS, MG. Medidas Preventivas na Doença renal Crônica. (2020). *Revista Científica UNIFAGOC. Caderno Saúde*, 1, 49-58.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring health for the sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018.
- DECHICHI, JGC. Multimorbidade de doenças cardiometabólicas e climatério [recurso eletrônico]: prevalência, padrões de doença e efeitos do exercício físico - 2022. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/ufu.te.2022.5349>.

PICCIN C., GIRARDON-PERLINI, NMO; COPPETTI, LC; CRUZ, TH; BEUTER, MBG. (2018). Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev. enferm. UFPE*. Abr 17, 3212-3220, [https://doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a234669p3212-3220-2018](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234669p3212-3220-2018)

AGUIAR, LK.; PRADO, RR; GAZZINELI, A; MALTA, DC. (2020). Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 23: E200044. [https://doi: 10.1590/1980-549720200044](https://doi.org/10.1590/1980-549720200044)

ROCHA, IA; COSTA, FV; CAMPOS, TS; MARTA, CB; DE LIMA, RA. (2020) O Custo do atendimento aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), em fase não dialítica de um Hospital Universitário. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, Mar, 10 (3), 647-655. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6692345>

MASON, JC., LIBBY, P. (2015). Cardiovascular disease in patients with chronic inflammation: mechanisms underlying premature cardiovascular events in rheumatologic conditions. *Eur Heart J*, 36,(8). [https://doi:10.1093/eurheartj/ehu403](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu403).

TOOHER, J; THORNTON, C; MAKRIS A; OGLE, R; KORDA, A et.al. (2017). All hypertensive disorders of pregnancy increase the risk of future cardiovascular disease. *Hypertension*, v. (4), 798-803. [https://doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09246](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09246).

TOBIAS, D.K., STUART, J.J., LI, S., CHAVARRO, J., et al. (2017). Association of history of gestational diabetes with long-term cardiovascular disease risk in a large prospective cohort of US women. *JAMA Intern Med*, 177 (12), 1735-1742. [https://doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2790](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2790).

RUDNICKA, E; NAPIERA, P; POD, A; SMOLARCZYK, R; GRYMOWICZ, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139 (January), 6–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome. 2015. Mar 10. <https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome.html>.

AMARAL T.L.M., AMARAL C.D.A., VASCONCELLOS M.T.L.D., MONTEIRO G.T.R. (2019). Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 53:44. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000727>

LEÃO, FPME. (2020). O perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde do bairro Infraero no município de Oiapoque. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Coordenação do Curso de Enfermagem - Universidade Federal do Amapá Campus Binacional, Oiapoque [Internet].

FERREIRA, SRG; CHIAVENATO FILHO, AD; LEBRÃO, ML; DUARTE, YAO. (2019) Doenças cardiometabólicas. *Rev. Bras. epidemiol*, 22 (Supl 2). [https://doi 10.1590/1980-549720180008.supl.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720180008.supl.2).

BHAILIS, AM De; KALRA, PA. (2022). Hypertension and the kidneys. *British Journal of Hospital Medicine* Vol. 83 (5), 1-11. <https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0440>.

PANDYA, D; NAGRAJAPPA, AK; RAVI, KS. (2016). Assessment and Correlation of Urea and Creatinine Levels in Saliva and Serum of Patients with Chronic Kidney Disease, Diabetes and Hypertension– A Research Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Oct, Vol-10(10): ZC58-ZC62.

GUO, W; SONG, Y; SUN, Y; DU, H; CAI, Y; YOU, Q; FU, H; SHAO, L. (2022) Systemic immune-inflammation index is associated with diabetic kidney disease in Type 2 diabetes mellitus patients: Evidence from NHANES 2011-2018. *Front. Endocrinol.* 13:1071465. [https://doi: 10.3389/fendo.2022.1071465](https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1071465).

KLEINAKI, Z; KAPNISI, S; THEODORELOU-CHARITOU, AS; NIKAS, IP; PASCHOU, AS. (2020). Type 2 diabetes mellitus management in patients with chronic kidney disease: an update. *Hormones.* June, [https://doi:10.1007/s42000-020-00212-y](https://doi.org/10.1007/s42000-020-00212-y)

OLIVEIRA, M.B., et al. (2010). Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. *Braz. J. Nephrol.*, v.32, n. 2, [https://doi 10.1590/S0101-28002010000200002](https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002).

INSERÇÃO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA EM ADULTOS E IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS

Data de submissão: 08/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Letícia Machado da Costa

Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM)
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/2648615068671376>

Eliane Raquel Rieth Benetti

Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM) – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões – RS
<http://lattes.cnpq.br/5999440267424049>

Leticia de Moura

Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM) – Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões – RS
<http://lattes.cnpq.br/4549290233266676>

RESUMO: No período da hospitalização, para estabilização ou manutenção dos parâmetros clínicos do paciente, pode ser necessária a infusão de volumes, a qual pode ser realizada por meio de diferentes dispositivos, dentre os quais destaca-se o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC). A enfermagem desempenha um papel primordial na terapia intravenosa, especialmente na inserção e cuidados com este dispositivo. Diante disso, o objetivo deste estudo é relatar a experiência

de enfermeiros na inserção de Cateter Central de Inserção Periférica guiada por ultrassonografia em pacientes adultos e idosos. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da experiência de enfermeiros vinculados a um hospital de ensino do sul do Brasil. A inserção do Cateter Central de Inserção Periférica pelo profissional enfermeiro aumenta sua representatividade e amplia seus cenários de atuação. A assertividade com o uso da ultrassonografia proporciona benefícios ao paciente e dispensa a necessidade de punções repetitivas, proporcionando segurança e efetividade no tratamento proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterismo Periférico; Cateterismo Venoso Central; Ultrassonografia; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente.

INSERTION OF A PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER (PICC) GUIDED BY ULTRASOUND IN ADULTS AND THE ELDERLY: NURSES' EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: During hospitalization, to stabilize or maintain the patient's clinical parameters, volume infusion may be necessary, which can be performed using different devices, among which the Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) stands out. Nursing plays a primary role in intravenous therapy, especially insertion and care of this device. Therefore, the objective of this study is to report the experience of nurses in inserting a Peripherally Inserted Central Catheter guided by ultrasound in adult and elderly patients. This is a descriptive study, of the experience report type, drawn from the experience of nurses linked to a teaching hospital in southern Brazil. The insertion of the Peripherally Inserted Central Catheter by professional nurses increases their representativeness and expands their practice scenarios. Assertiveness with the use of ultrasound provides benefits to the patient and eliminates the need for repetitive punctures, providing safety and effectiveness in the proposed treatment.

KEYWORDS: Peripheral Catheterization; Central Venous Catheterization; Ultrasound; Nursing care; Patient Safety

INTRODUÇÃO

A inserção de um acesso venoso, tanto no ambiente hospitalar quanto no ambulatorial, é um dos componentes fundamentais para execução de um grande número de intervenções diagnósticas e terapêuticas. O uso de um dispositivo venoso é vital para pacientes gravemente enfermos, que muitas vezes necessitam de coletas de sangue frequentes, medicamentos vasoativos, reanimação rápida com fluidos, administração prolongada de antibióticos e várias outras indicações (GONZALEZ; CASSARO, 2023). O acesso pode ser obtido por meio de linhas intravenosas periféricas convencionais, cateteres periféricos de linha média e Cateteres Venosos Centrais (CVC).

O acesso venoso central é definido como a colocação de um cateter com sua extremidade posicionada na veia cava superior, no átrio direito ou em um vaso de grande calibre, podendo ser a inserção por veia periférica ou central proximal (DA SILVA, 2023). As funcionalidades de CVC incluem a infusão de medicamentos e soluções endovenosas, hemoderivados, quimioterápicos, nutrição parenteral total, via para hemodiálise e monitoramento hemodinâmico (pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar e medição do débito cardíaco) (MATOS et al., 2022).

O CVC pode ser inserido centralmente, mediante punção de subclávia ou jugular, ou periféricamente, com a inserção de um Cateter Central de Inserção Periférica, em inglês, *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC). Os PICC são cateteres de lúmen simples, duplo ou triplo com 50 cm a 60 cm de comprimento, que são inseridos a partir de punção em veia basilíca, braquial, cefálica ou cubital medial do braço e a ponta localiza-se na veia cava superior ou inferior. Esses cateteres geralmente são utilizados para acesso venoso de médio prazo (GONZALEZ; CASSARO, 2023).

A utilização do PICC como tecnologia inovadora na terapia intravenosa passou a ser empregada no Brasil há mais de três décadas, quando os enfermeiros se tornaram os profissionais mais envolvidos na sua execução, especialmente em neonatologia e pediatria. Empiricamente, denota-se que a sua utilização em adultos tem aumentado nos últimos anos (DE ASSIS et al., 2021). Esse aumento pode estar relacionado ao domínio de diferentes tecnologias e a maior capacitação dos enfermeiros para recomendação e inserção de dispositivos de acesso venoso, conforme rede venosa e necessidades de infusões intravenosas de cada paciente. Além disso, com a evolução da prática baseada em evidências, o enfermeiro busca implementar na terapia intravenosa as melhores práticas para a recomendação, inserção, cuidado, manutenção e retirada dos dispositivos.

Neste contexto, cabe ressaltar que regulamentado ao enfermeiro a inserção e cuidados com o PICC, desde que este passe por capacitação, está amparado legalmente pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 258/2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as atribuições do profissional, para a assistência mediante a utilização, e assegura a inserção pelo enfermeiro no próprio quarto do paciente, sem a necessidade de um procedimento cirúrgico em uma sala de operação, o que reduz custos e otimiza a assistência. Ao enfermeiro compete alguns cuidados específicos como a assepsia, controle e monitorização para detecção precoce de possíveis complicações, com medidas de prevenção efetivas e contínuas com a finalidade de garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência de enfermagem (BARBOSA et al., 2020; FREITAS et al., 2020).

Em adultos, o PICC pode ser inserido através da punção venosa realizada nas veias basilica, cefálica, braquial, cubital mediana, ou como última alternativa, na veia jugular externa, por estar associada a maiores complicações (DE ASSIS et al., 2021). O processo de inserção pode ser realizado através de duas técnicas: punção direta, menos complexa e utilizada para terapias mais curtas e com cateteres mais finos; e a técnica de Seldinger modificada (TSM), que apresenta maior grau de complexidade e requer uma punção guiada por ultrassonografia (USG), visto que alcança as veias mais profundas nos membros superiores (BEZERRA; SILVA; MATTOS, 2022). A punção de PICC guiada por USG melhora a precisão da colocação, reduzindo o tempo de inserção, taxas de insucesso e complicações relacionadas a este dispositivo (VILAR et al., 2020).

Destaca-se que o uso do PICC prevalece sobre outros cateteres tradicionais, inclusive em pacientes adultos, por diferentes razões, dentre elas: menor risco de infecção, inserção econômica e conveniente à beira leito, redução do desconforto do paciente devido a múltiplas tentativas de punção, resistência à hiperosmolaridade e preservação do sistema venoso periférico (PEREIRA et al., 2023).

Apesar da difusão na utilização do PICC no Brasil, principalmente entre a população neonatal e pediátrica, verifica-se uma menor utilização desse dispositivo em pacientes adultos e idosos hospitalizados. Nesse sentido, considerando a relevância do uso de PICC neste estrato etário e a importância da inserção assertiva do PICC pelo profissional

enfermeiro, almeja-se adensar os conhecimentos sobre o uso do PICC em adultos e idosos. Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência de enfermeiros na inserção de Cateter Central de Inserção Periférica guiada por ultrassonografia em pacientes adultos e idosos.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de enfermeiros sobre a inserção de PICC guiada por USG em pacientes adultos e idosos em hospital de ensino do sul do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inserção de PICC guiada por USG em pacientes adultos e idosos: da teoria à prática clínica

A importância desse relato justifica-se pelo fato de uma das autoras ter experiência profissional com PICC há cerca de 18 anos. Inicialmente, durante a graduação em Enfermagem, a autora principal atuou como bolsista assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, nesse período, a mesma auxiliava as enfermeiras no procedimento de inserção de PICC, evidenciando desde então a autonomia e visibilidade do enfermeiro. Após finalização do curso de graduação e aprovação em concurso público, a autora passou a atuar como enfermeira na unidade de Clínica Médica.

Salienta-se que no Brasil, desde 2001, a Resolução COFEN nº 258 define que é lícito ao enfermeiro, a inserção de cateter periférico central desde que este profissional tenha qualificação e/ou capacitação profissional para inserção (por punção direta ou punção guiada), manutenção e remoção do cateter. Entretanto, no referido hospital de ensino o PICC começou a ser utilizado, na década de 1990, primeiramente em Neonatologia. Após alguns anos, considerando os benefícios desse dispositivo para os pacientes, as enfermeiras capacitadas para inserção na neonatologia começaram a ser solicitadas para inserir PICC em pacientes adultos e idosos, especialmente naqueles com rede venosa periférica prejudicada, o que dificultava a punção e a manutenção dos cateteres.

A partir desse momento, surgiu a necessidade da realização de um curso de PICC para capacitar os enfermeiros para a inserção também em pacientes adultos e idosos. O primeiro curso, realizado na instituição, aconteceu em 2006, e englobava treinamento para qualificação em utilização, inserção, manutenção e cuidados de PICC em neonatos, pediatria, pacientes adultos e idosos. Após este treinamento, os pacientes que permaneceriam internados por um período prolongado e que apresentassem rede venosa difícil, eram avaliados sobre a possibilidade de inserção do PICC pela equipe médica e de enfermagem, analisando as necessidades individuais de cada paciente, a saber: características da rede venosa periférica, tempo de terapia intravenosa e medicações a serem infundidas.

Nesse sentido, pontua-se que a capacitação dos profissionais para realização de novos procedimentos é primordial e assegura maior qualidade da assistência e também segurança ao paciente. Análogo a isso, boas práticas inovadoras no cuidado de enfermagem na inserção de PICC, favorecem o sucesso na inserção, mitigando insucesso nas inserções, perda de cateter e exposição desnecessária a maior tempo de procedimento, punções venosas repetidas e risco de posicionamento inadequado (NOBRE et al., 2020).

Destaca-se que, na inserção do PICC, além do embasamento teórico, o enfermeiro tem de ter habilidade técnica a fim de dar apoio à tomada de decisão consciente, com eficácia e segurança, além de julgamento clínico, com ações que possam promover resultados assistenciais positivos. Ademais, se trata de uma técnica de alta complexidade, o que evidencia ainda mais a importância do enfermeiro ter conhecimento do PICC e da técnica de inserção (LIMA et al., 2023).

É importante mencionar que, desde meados de 2000, foi constituído nesse hospital o Grupo de Acesso Venoso de Enfermagem (GAVE). Trata-se de um grupo de estudo e de apoio técnico, com caráter deliberativo e de referência em ações de avaliação e condutas relacionadas à inserção, manuseio e manutenção dos acessos venosos na instituição, composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Na busca de qualificar os enfermeiros da instituição e aplicar as melhores evidências na prática assistencial da terapia intravenosa, no ano de 2012 foi realizado na instituição outro curso de PICC e, em 2018, foi realizado curso de capacitação para inserção de PICC com a utilização de USG.

A fim de avaliar uma prática segura na inserção de PICC na instituição e a qualidade assistencial, o hospital adquiriu um aparelho de USG, por solicitação do GAVE. O aparelho de USG utilizado é um modelo portátil, com transdutor linear de alta resolução, com desempenho no console de imagens nítidas, de forma simples, rápida e precisa. Ressalta-se que esse equipamento é de uso exclusivo do GAVE, especialmente dos enfermeiros capacitados para inserção de PICC guiada por USG.

O uso da ultrassonografia para punção venosa é regulamentado no Brasil pelo COFEN pela Resolução nº 679/2021 (BRASIL, 2021), que aprova a normatização da realização de USG à beira leito e no ambiente pré-hospitalar por enfermeiro. Sendo privativo do Enfermeiro, no âmbito da equipe de enfermagem e para o exercício da atividade prevista na resolução, deverá o profissional Enfermeiro ter a capacitação específica. Dessa forma, atualmente encontram-se profissionais enfermeiros capacitados e que dominam a punção de PICC em sua prática diária, promovendo assim melhoria contínua do cuidado.

Na avaliação e visualização da rede venosa do paciente, com a utilização da USG, os vasos sanguíneos aparecem como imagens tubulares anecóicas (em preto), enquanto o tecido ao redor aparece com diferentes escalas de cinza. As artérias são pulsáteis e não compressíveis com o transdutor. As veias possuem válvulas e têm paredes mais finas, não são pulsáteis, são facilmente compressíveis e se distendem quando o paciente realiza uma

manobra de Valsalva. Essa diferenciação na visualização dos vasos favorece a tomada de decisão do enfermeiro na escolha de qual veia puncionar, além de permitir a avaliação do calibre do vaso, seu trajeto e bifurcações.

Os cateteres PICC utilizados para inserção guiada por USG são os cateteres com microintrodutor, na qual é utilizada a técnica de Seldinger modificada para microintrodução. Os cateteres se apresentam em modelos com lúmen simples, duplo ou triplo, são radiopacos, possuem um estilete pré-inserido, uma extensão e aleta para sutura compatível com o dispositivo para fixação sem sutura StatLock®. Em pacientes adultos e idosos são utilizados, exclusivamente, os cateteres valvulados de silicone, que oferecem maior segurança para o paciente, reduzindo os riscos de embolia gasosa e refluxo de sangue inadvertido, dificultando a formação de coágulos no seu interior. Além disso, o cateter de silicone é altamente biocompatível e flexível, com menores chances de dano à parede do vaso, possuindo baixa trombogenicidade e menor capacidade de aderência bacteriana (CESAR, 2017).

Essa válvula, de 3 posições e sensível à pressão, está localizada próxima à ponta fechada, arredondada e radiopaca do cateter, e permite infusão de fluidos e aspiração de sangue. Quando não está em uso, a válvula impede o refluxo de sangue e embolia gasosa, permanecendo fechada. A pressão negativa (vácuo) faz com que a válvula abra para dentro, permitindo a aspiração de sangue, enquanto a pressão positiva sobre o cateter (gravidade, bomba, seringa) abre a válvula para fora, permitindo a infusão de fluidos. Dessa forma, a necessidade do uso de anticoagulante, para impedir a formação de coágulos no cateter, é eliminada uma vez que a válvula fechada evita que o sangue penetre e obstrua o mesmo. Assim, recomenda-se a injeção de solução salina após a administração de medicações e aspiração de sangue (coletas de exames), para limpar o lúmen e permitir que a válvula retorne à sua posição fechada normal.

A instituição possui um protocolo de inserção, manutenção e remoção de PICC para uniformidade dos cuidados acerca do cateter, seguido por todos os enfermeiros certificados e habilitados para esse procedimento. O procedimento é realizado à beira-leito e o enfermeiro tem autonomia de optar pela utilização do aparelho de USG para auxiliar ou guiar a punção por meio de técnica de Seldinger modificada e micropunção.

Antes da cateterização do vaso, o enfermeiro aplica um garroteamento no membro superior escolhido para promover a dilatação das veias e inspecionar a rede venosa com auxílio de USG. Após a seleção do vaso, realiza-se a mensuração do cateter para prevenir o mau posicionamento da seguinte maneira: para inserções em membro superior, inicia-se a medida a partir do local da punção até a junção clavícula-esternal à direita e deste ponto até o terceiro espaço intercostal; para punções do lado esquerdo, acrescenta-se 2 cm a essa medida (INS, 2016). Também se mede a circunferência braquial inicial, tendo como medida de referência 10 cm acima da fossa antecubital para identificação precoce de edema durante a permanência do cateter (SILVA, 2017).

São seguidas as precauções de barreira máxima durante inserção do PICC, que incluem: o uso de máscara, gorro, luvas estéreis, avental estéril e campo ampliado estéril durante a inserção do PICC. A antisepsia do local de inserção do cateter é feita com clorexidina alcoólica (0.5%), conforme rotina institucional e medidas de prevenção de infecção. Após inserção, o cateter é fixado com dispositivo para fixação sem sutura para cateteres PICC, o qual reduz complicações potenciais associadas à fixação com suturas, melhora o conforto e a segurança do paciente. Ao término do procedimento, o local é coberto com gaze estéril e filme transparente. Sequencialmente, todos os pacientes são submetidos a RX de tórax para confirmação de adequada localização da ponta do cateter, que pode ser realizado à beira do leito ou o paciente é encaminhado até o Serviço de Radiologia.

Para a inserção do PICC o enfermeiro pode utilizar técnica convencional ou a técnica de Seldinger modificada (TSM). A técnica de Seldinger modificada é considerada um procedimento avançado, minimamente invasivo e padrão ouro para inserção do PICC (SILVA et al., 2022). Essa técnica consiste em puncionar a veia usando um cateter intravenoso acima da fossa antecubital (após injetar um “botão” anestésico). Uma vez que o retorno de sangue é visualizado, um fio-guia é avançado através do cateter. Então, é removido o cateter e é utilizada uma lâmina de bisturi para fazer um pequeno corte na pele para permitir a introdução do dilatador sobre o fio guia. Após esses passos, o dilatador e o fio são removidos e o cateter é passado através do introdutor para dentro do vaso até o comprimento pré-determinado antes da remoção do introdutor (medida verificada previamente antes da realização do procedimento). Após a retirada do introdutor é realizada a fixação do cateter com estabilizador e cobertura com curativo estéril (SILVA et al., 2022).

Após a inserção, a realização de Raio-X (RX) de tórax é o padrão-ouro para avaliar o posicionamento do PICC antes de liberá-lo para uso e, essa recomendação é seguida na instituição. Após avaliação do RX de controle de posicionamento, o cateter é liberado pelo médico para infusões intermitente ou contínua. Ressalta-se que dentre as justificativas para inserção do PICC o uso prolongado de antimicrobianos tem sido a principal indicação, devido ao extenso período de tratamento e às características destes fármacos, frequentemente irritantes, vesicantes ou de alta osmolaridade.

Os resultados obtidos com a utilização da USG nas punções venosas demonstram melhorias em diversos âmbitos. Com o uso da USG, verifica-se que as inserções de PICC obtiveram maior sucesso, diminuindo custos por perda de cateter. A USG favorece a visualização da rede venosa e demais estruturas anatômicas, o que aumenta a assertividade na punção, diminuindo o número de punções venosas. Ademais, quando o profissional tem habilidade para manusear o equipamento de USG, observa-se uma agilidade na execução do procedimento, diminuindo o tempo necessário para o procedimento. Dessa forma, o enfermeiro realiza a punção de forma precisa e única, diminuindo o desconforto e dor causado por repetidas punções. Além da segurança na inserção do PICC, percebe-se que os pacientes ficam extremamente satisfeitos e felizes por não necessitar múltiplas punções.

Desde o início do uso da USG em 2015, já foram inseridos mais de 1.000 PICC em pacientes adultos e idosos na referida instituição e de posse desses dados, afirma-se que com o uso da USG as taxas de insucesso na inserção de PICC na instituição são raras. Esse resultado vem ao encontro da literatura, que mostra que a cateterização guiada por USG tem proporcionado melhores resultados quando comparada à inserção por punção cega, pois promove maior assertividade de inserção (AL HAMOD et al., 2016), visto que permite visualização da profundidade da veia e identificação de estruturas adjacentes, reduzindo a duração do procedimento (BORTOLUSSI et al., 2015). Além disso, sua utilização é recomendada por órgãos e sociedades nacionais e internacionais como a *Infusion Nurses Society* (INS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (DE ASSIS et al., 2021).

A inserção do PICC é um procedimento que demanda zelo pelas boas práticas e segurança do paciente. Assim, denota-se que o sucesso da terapia está intimamente associado ao uso de critérios bem estabelecidos de inserção para prevenção de complicações futuras e, conseqüentemente, menores custos, como escolha do dispositivo adequado de acordo com as características do paciente e da terapia a ser utilizada, expertise dos profissionais, recursos para inserção e manutenção e preferências do paciente e família (SILVA, 2017).

Pontua-se que todos os profissionais de enfermagem da instituição são capacitados para manuseio e manutenção do PICC, administração de medicamentos e salinização. Procedimentos como a coleta de sangue para exames laboratoriais e técnica de pressão negativa para desobstrução, nos casos em que ela ocorre, são exclusivos do enfermeiro. Destaca-se que a retirada do cateter PICC, é de responsabilidade de enfermeiro capacitado.

A adesão ao uso da USG para avaliação e localização do acesso venoso, está entre as recomendações, visto que contribui para o sucesso da punção reduzindo o trauma vascular. Embora o uso de tecnologias demande suporte financeiro, destaca-se que podem impactar na diminuição dos custos diretos da inserção do PICC, além de diminuir os riscos e a dor do paciente, já que diminui o número de tentativas de punção sem êxito. Salienta-se que a viabilidade para adoção de tecnologias, principalmente em serviços públicos, requer estudo aprofundado para os investimentos em recursos humanos e equipamentos, analisando o custo-benefício para sua implantação (TOMAZONI et al., 2022).

Entende-se que a qualidade da USG depende do operador, o qual deve ser adequadamente treinado para evitar má interpretação clínica. Assim, o ensino da inserção de PICC guiada por USG é necessário em programas de treinamento, visto que aumenta a taxa de sucesso na inserção do dispositivo, reduz o tempo de confirmação do posicionamento e permite o pronto uso do acesso venoso (HAGEN et al., 2023).

No contexto da utilização da USG para inserção de PICC, um dos grandes desafios é a falta de mais enfermeiros com capacitação para este procedimento e habilidades

para o uso de USG. Considerando que não basta apenas ter a capacitação, é necessário desenvolver habilidade através da prática diária de inserção. Dessa forma, o uso da USG garante aos enfermeiros maior segurança na punção venosa.

CONCLUSÃO

O uso da USG proporciona mais assertividade na introdução do PICC, diminuindo as tentativas de punção venosa durante a introdução do cateter, deste modo, proporcionando maior conforto e segurança aos pacientes, diminuindo o estresse por repetidas punções. Neste cenário, destaca-se a importância da qualificação técnica do profissional enfermeiro para conduzir com êxito este procedimento e proporcionar ao paciente uma assistência qualificada.

Ademais, instiga-se a realização de novos estudos, com diferentes desenhos metodológicos, que busquem aprofundar os conhecimentos relacionados à inserção do PICC guiada por USG e ao uso de PICC em pacientes adultos e idosos, com vistas a tornar a assistência qualificada e baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

AL HAMOD, D.A.; ZEIDAN, S.; BIZRI, A.A.; BAAKLINI, G.; NASSIF, Y. **Ultrasound-guided Central Line Insertion and Standard Peripherally Inserted Catheter Placement in Preterm Infants: Comparing Results from Prospective Study in a Single-center.** North American Journal of Medical Sciences, v. 8, n. 5, p. 205-209, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103%2F1947-2714.183011>

BARBOSA, J.A.S.; SILVA, T.C.C.; PARDO, D.M.; GARCIA, M.R.; POLTRONIERI, M.J.A. **Cateter venoso central de inserção periférica e trombose: experiência em um hospital de alta complexidade.** Cogitare Enfermagem, v. 25, e70135, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70135>

BEZERRA, J.P.; SILVA, A.V.S.; MATTOS, S.M. **Complicações relacionadas ao uso do cateter central de inserção periférica em pediatria e estratégias preventivas: protocolo de revisão de escopo.** Revista Científica Multidisciplinar, v. 3, n. 11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i11.2216>

BORTOLUSSI, R.; DOUTORA, P.Z.; CONTE, M.; MARSON, R.; POLESEL, J.; COLUSSI, A.; PRAÇA, D.; TOBARO, G.; SPAZZAPAN, S. **Qualidade de vida, percepção da dor e desconforto correlacionados a cateteres venosos centrais de inserção periférica guiados por ultrassom em pacientes em cuidados paliativos em ambiente domiciliar ou hospitalar.** Journal of Pain and Symptom Management, v. 50, i. 1, p. 118-123, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.027>

BRASIL. COFEN – **Resolução COFEN nº 258/2001.** Dispõe sobre a inserção de Cateter Periférico Central pelos Enfermeiros, Brasília, 2001. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2582001/>

BRASIL. COFEN – **Resolução COFEN nº 679/2021.** Aprova a normatização da realização de Ultrassonografia à beira leito e no ambiente pré-hospitalar por Enfermeiro. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-679-2021/>

CESAR, V.F. **Tipos de PICC disponíveis no mercado**. In: Harada MJCS, Mota ANB (Orgs.). Manual de PICC. Infusion Nurses Society Brasil. São Paulo: 2017. p.25-28.

DA SILVA, S.A.L. **Ocorrência de pneumotórax como evento adverso relacionado assistência à saúde**. Revista Nursing, v. 26, e298, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i298p9483-9494>

DE ASSIS, G.L.C.; MOTA, A.N.B.; CESAR, V.F.; TURRINI, R.N.T.; FERREIRA, L.M. **Direct cost of Peripherally Inserted Central Venous Catheter insertion by nurses in hospitalized adults**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0663>

DING, N.; PENG, H.; ZHAO, W.; YI, Y.; MA, Y.; GUO, Y.; LI, H.; WU, X. **Effects of Peripherally inserted Central Catheter (PICC) materials and designs on reduction of PICC-related complications: A systematic review and meta-analysis**. International Wound Journal, v. 21, i. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.14468>

FREITAS, J.S.; VADOR, R.M.F.; CUNHA, F.V.; SILVA, A.A. **Manuseio do cateter central de inserção periférica (PICC) pelo enfermeiro em pediatria**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 6, p. 16891-16910, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-119>

GONZALEZ, R.; CASSARO, S. **Percutaneous Central Catheter**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459338/>

HAGEN, B.M.; MEIER, M.J.; DOS SANTOS, G.S.; OLINISKI, S.R.; MATOS, E.V.M. **Tecnologias para manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica em neonatos: revisão integrativa**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 13, p. 1-24, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769270594>

INS. Infusion Nurses Society. **Infusion Nursing Standers of Practice**. Journal of Infusion Nursing, v. 39, n. 1, 2016. Disponível em: <https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

LIMA, V.P.; FALCÃO, B. C. S.; CARVALHO ANDRADE, B. R.; LIMA VIEIRA, D. P.; SILVA DO CARMO, R.; MORAES ARAÚJO, M. S.; CARVALHO LISBOA, L. L.; CASTRO, I. R. **Cateter Central de Inserção Periférica (picc): atuação da enfermagem em oncologia pediátrica**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 97, n. 3, e023162, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.1985>

MATOS, A.C.B.; FERREIRA, D.C.; FERREIRA, J.; FARIA, R.F.; TAVARES, T.S. **Características do cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Europub Journal of Health Research, v. 3, n. 3, p. 364-378, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.54747/ejhrv3n3-005>

NOBRE, K.S.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; RODRIGUES, E.C.; DE MELO, G.M. **Evolução do cateter central de inserção periférica em região hemiclavicular de recém-nascidos**. Revista René, v. 21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142980>

PEREIRA, H.P.; SECCO, I.L.; ARRÚÉ, A.M.; PONTES, L.; DANSKI, M.T.R. **Implantação da tecnologia de Seldinger modificada para cateterismo percutâneo em recém-nascidos criticamente enfermos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, e20220347, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0347pt>

SILVA, A.V.S. **Técnicas de inserção do PICC**. In: Harada MJCS, Mota ANB, (Orgs.). Manual de PICC. Infusion Nurses Society Brasil. São Paulo: 2017.p.29-37.

SILVA, E.P.; BRANDÃO, R.S.; PIROZI, L.R.R.; DA GAMA, L.A.; CORRÊA, R.D.; DA SILVA, I.C.M. Técnica Seldinger modificada: a importância de uma técnica diferenciada para inserção do cateter central de inserção do cateter central de inserção periférica (PICC). *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32178>

TOMAZONI, A.; ROCHA, P.K.; PEDREIRA, M.L.G.; RODRIGUES, E.C.; MANZO, B.F.; DOS SANTOS, L.M. **Métodos de mensuração dos cateteres venosos centrais de inserção periférica em recém-nascidos**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, e20210045, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0045>

VILAR, A.M.A.; DE OLIVEIRA, M.F.; MATTOS, C.M.; SILVINO, Z.R. **Ultrassonografia Intervencionista para implantação e monitoramento de cateter venoso central de inserção periférica: scoping review**. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 28, e50366, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50366>

PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DE PORTO ALEGRE

Data de aceite: 02/05/2024

Taís do Amaral Stenger

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0003-8991-990>

Raquel Adjane de Magalhães Machado

Porto Alegre - RS

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

Jaqueline Rodrigues Bender

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0001-8555-3813>

Aildren Silva de Sousa

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0001-8511-1866>

Caroline Duarte Machado

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0002-2116-8879>

Eduardo Luis Draghetti

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0002-3353-8993>

Luciano Postiloni Aires

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0005-69186426>

Elisiane de Oliveira Machado

Porto Alegre - RS

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

Lucas Correa Gonçalves

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0009-0002-9797-1358>

Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff

Porto Alegre - RS

<https://orcid.org/0000-0003-2444-0919>

RESUMO: Objetivos: Identificar o perfil dos pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital privado de Porto Alegre, no que se referem as suas características demográficas, ao motivo e origem de internação, à média de dias de internação e às taxas de reinternação e mortalidade. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com análise de 1499 registros de pacientes admitidos na UTI, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. **Resultados:** Dos 1499 pacientes admitidos na UTI, houve predomínio do sexo masculino; Houve maior prevalência de pacientes na faixa etária entre 70 e 79 anos. Mais de 50% eram provenientes das enfermarias do próprio hospital. De acordo com os motivos de internação, as principais causas foram pelo sistema cardiovascular,

seguidas das disfunções respiratórias. O tempo médio de permanência na UTI foi de 4,43 dias, o percentual de reinternação variou entre 2,1% e 10,3% e a taxa de mortalidade foi de 28,7%. Quanto à mortalidade, não houve diferença estatística entre os anos pesquisados.

Conclusões: Verificou-se que a predominância foi de internações do sexo masculino, porém, com proximidade do sexo feminino e a faixa etária prevalente foi dos 70 aos 79 anos nos cinco anos analisados. Constatou-se que apesar de o maior número de internações neste setor terem sido pelo sistema cardiovascular, este não foi o principal responsável pelos óbitos ocorridos no período avaliado. A taxa de reinternação foi considerada baixa, porém, o número de óbito entre os pacientes que reinternaram na UTI foi elevado.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de terapia intensiva. Cuidados intensivos. Estado terminal.

INTRODUÇÃO

O ingresso de novos tratamentos, do incremento das tecnologias, o crescimento das doenças crônicas que necessitam de cuidados intensivos e o aumento da expectativa de vida, são alguns dos fatores que levam à necessidade de leitos nas unidades de terapia intensiva (UTI). (FREITAS, 2010).

As UTI são unidades complexas, designadas ao atendimento de pacientes graves, onde demandam espaço físico específico, instrumental tecnológico avançado e recursos humanos especializados, tornando-as unidades de alto custo, da qual, a assistência intensiva, deve assegurar o melhor tratamento médico e de enfermagem disponíveis. (CIAMPONE et al., 2006).

O avanço na expectativa de vida vem acarretando novos desafios à área da saúde pública. No Brasil, entre 1991 e 2000, o número de idosos aumentou 35%, contra 14% na população em geral, conforme Schein e Cesar (2010). Os autores acrescentam ainda que as internações entre idosos nos hospitais públicos do Brasil, em 2001, consumiram 38% do total de gastos hospitalares, enquanto que em 1996 foram de 27%.

De acordo com Schein e Cesar (2010), quanto maior a idade, maior a incidência de doenças, portanto os pacientes idosos são responsáveis por 42% a 52% das admissões em UTI e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis.

Inúmeras vezes, em função da alta demanda de leitos serem maior do que a oferta há a necessidade de priorização das internações neste setor, possivelmente agravando o problema dos pacientes que tenham sua vinda adiada à UTI, aumentando assim o risco de morte e os custos com cuidados à saúde. (FREITAS, 2010). Conforme este autor, esse quadro seleciona pacientes de extrema gravidade como candidatos às vagas de UTI das instituições, criando o risco de altas taxas de mortalidade hospitalar. Schein e Cesar (2010) acrescentam que nas UTI, especialmente em função da falta de leitos, prioriza-se a internação dos pacientes com maior perspectiva de recuperação, o que, consecutivamente, exclui os que apresentam piores condições clínicas, que no geral, são os mais idosos.

Em geral, os pacientes chegam à UTI provenientes das enfermarias do próprio hospital; apenas metade chega consciente à UTI e o sistema respiratório é o mais

comumente acometido, sendo submetidos à ventilação mecânica; ali permanecem, em média, oito dias, metade deles indo a óbito. (SCHEIN; CESAR, 2010). No que se refere ao gênero, o estudo de Ciampone et al. (2006), confirma a literatura, apontando predominância do sexo masculino, mas com próxima distribuição do sexo feminino.

Considerando os fatores citados, este estudo pretende responder a seguinte indagação: qual o perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva deste hospital de Porto Alegre nos últimos cinco anos?

Como justificativa para amparar este estudo, podemos citar o estabelecimento de subsídios para melhoria do atendimento conforme perfil populacional encontrado propondo projetos educativos à equipe profissional, principalmente à equipe de enfermagem.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo identificar o perfil dos pacientes internados na UTI de um hospital privado de Porto Alegre, no que se refere a suas características demográficas, ao motivo e origem da internação, à média de dias de internação e às taxas de reinternação e mortalidade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Perfil dos pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva

Schein e Cesar (2010) consideram que a idade cronológica é o fator mais relevante no padrão de morbimortalidade entre idosos; supõem que o envelhecimento populacional exija profundas mudanças não somente na carga de doenças, mas também no tipo e na quantidade de serviços de saúde oferecidos a essa população. Enfatizando tal realidade, Feijó et al. (2006) consideram que a idade média dos pacientes de UTI tem aumentado nos últimos anos e aumentará ainda mais com o envelhecimento da população geral.

De acordo com Schein e Cesar (2010), em geral, quanto maior a idade, menor o tempo de permanência e maior a ocorrência de óbito, devido à maior gravidade de doenças, à presença de comorbidades, ao mau estado geral e à menor capacidade de recuperação do idoso. Segundo estes autores, a idade permanece como o maior preditor de mortalidade entre idosos, chegando a duplicar o risco de morte por qualquer causa a partir dos 70 anos.

Autores como Ciampone et al. (2006), Padrão et al. (2010) destacam que os pacientes internados na UTI são geralmente idosos, com doenças crônico-degenerativas adjuntas às doenças que motivaram a internação, sendo portanto, uma unidade predominantemente clínica e com perfil de gravidade superior.

Feijó et al. (2006) acrescentam ainda que cerca de 60% das diárias de UTI são ocupadas por indivíduos acima dos 65 anos de idade. Em pacientes acima de 75 anos, os custos pela diária chegam a ser sete vezes superior quando comparados com os de pacientes com idade inferior a 65 anos. Estes autores ainda colocam que as disfunções respiratórias e cardiovasculares foram as que mais frequentemente justificaram o encaminhamento dos pacientes para a UTI.

Conforme Ciampone et al. (2006), a média de idade das internações em UTI, de acordo com sua pesquisa teve variação entre 20 e 91 anos, dos quais os pacientes com idade igual ou acima de 60 anos foram a maioria (66%), seguidos de 34% com idade entre 21 e 60 anos. Verificou que 84% de todos os internados eram portadores de doença crônica pré existente, internações por motivos clínicos (78%) e as doenças do sistema cardiovascular foram predominantes (70%).

Feijó et al. (2006) confirmam em seu trabalho que a idade em internações em UTI variou entre os 60 e 93 anos, com predomínio de pacientes entre 65 e 74 anos; a maioria dos pacientes procedeu das enfermarias do próprio hospital e o tempo médio de permanência na UTI foi de $8,2 \pm 7,6$ dias; dentre as patologias, as disfunções que mais frequentemente justificaram o encaminhamento dos pacientes à UTI foram as cardiovasculares e respiratórias.

O trabalho de Schein e Cesar (2010) ressalta que pelo menos oito de cada 10 casos de transferência de pacientes para a UTI foram motivados por evento clínico, tendo sido o sistema respiratório o responsável pela admissão em 44% deles. Destes, 70% foram submetidos à ventilação mecânica, 40% tiveram prescritas drogas vasoativas e 90% receberam reposição volêmica. Ao encontro destes dados, Padrão et al. (2010) comentam em seu estudo que o principal diagnóstico encontrado na admissão dos pacientes de UTI foi insuficiência respiratória aguda, atingindo 53,8% dos casos.

Em relação à média de permanência dos pacientes em UTI, Ciampone, et al. (2006) mostram que esta foi de 3,5 dias, com variação de 1 a 26 dias, verificando-se que 64% dos pacientes permaneceram na UTI por um período de 1 a 5 dias; quanto ao destino após a saída do setor, 54% dos pacientes foram transferidos para a unidade semi-intensiva e 38% foram a óbito.

Já na pesquisa de Freitas (2010), a mortalidade observada foi de 58,2%, tendo ocorrido 56,2% dos óbitos nas UTI e 2% após a transferência para as enfermarias; o tempo de permanência na UTI foi de no mínimo dois dias e máximo de 156 dias; do total de altas do setor, 7,6% necessitaram retornar para a UTI.

Condutas e limitações terapêuticas

Conforme Freitas (2010, p. 24), “a função da medicina intensiva é diagnosticar, tratar e devolver aos pacientes que correm iminente risco de morte e portadores de doenças, potencialmente reversíveis, a capacidade funcional para desfrutar vida saudável”.

De acordo com Bitencourt et al. (2007), o acréscimo das tecnologias permite a adoção de medidas de suporte à vida, consentindo que pacientes graves possam ser mantidos por longos períodos nas UTI, dificultando a identificação de limites terapêuticos nesse ambiente. Com isso, vêm à tona questões éticas, morais e práticas quanto à capacidade de prolongar artificialmente a vida de pacientes sem expectativa de recuperação.

No entendimento de Moritz et al. (2009), frequentemente os profissionais da saúde que trabalham fora das UTI têm dificuldade em aceitar a terminalidade de seus pacientes, solicitando, em muitas ocasiões, a internação naquela unidade.

Essa angústia diante do morrer e, o maior tempo de permanência dos pacientes críticos nas UTI, são fatores que têm demonstrado a necessidade de melhoramento da comunicação entre todos os envolvidos no tratamento desses enfermos. (MORITZ, 2007).

Conforme o estudo de Bitencourt et al. (2007), realizado em uma UTI geral de um hospital privado no Brasil, os dados coletados “revelaram alta prevalência de condutas sugestivas de limitação terapêutica” nestes pacientes, especialmente em pacientes clínicos, provavelmente pelo perfil crônico, embora não tenha havido relação com mortalidade estimada, idade ou doença de base.

Para Ciampone et al. (2006), um dilema relacionado ao tratamento de pacientes idosos na UTI incide em decidir quais medidas de investimento terapêutico devem ser tomadas diante de perspectivas reduzidas de sobrevida ou de limitada qualidade de vida após a alta da unidade, sem violar o princípio ético de igualdade de atendimento, assegurado pelo estatuto do idoso, em que a idade não pode ser fator de exclusão; acrescentam ainda em seu estudo a constatação de que durante a internação na UTI, não houve diferença entre as intervenções terapêuticas e necessidades de cuidados e conseqüentemente a demanda de trabalho de enfermagem entre grupos de idosos e não idosos, reiterando que a idade avançada não deve ser considerada como fator de exclusão à transferência de pacientes à UTI.

Contudo, apesar dos dilemas éticos, diante da negativa de admissão de um paciente na UTI, os fatores mais frequentemente considerados, conforme Moritz et al. (2001), foram o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade; enquanto que o fator de maior influência para a admissão, foi o bem-estar do paciente sem chances de recuperação.

METODOLOGIA

Com delineamento transversal, retrospectivo e abordagem quantitativa, analisaram-se registros de 1499 pacientes que estiveram internados durante os últimos cinco anos (2008 a 2012) na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de Porto Alegre.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e obtido o termo de Solicitação para Realização de Pesquisa na Instituição pesquisada junto à diretoria médica e chefia de enfermagem.

Esta instituição foi construída pela Associação dos Funcionários Municipais (AFM) de Porto Alegre, em 1923, e atendia, fundamentalmente funcionários municipais e familiares dos associados, podendo receber também pacientes particulares.

O Hospital possui 150 leitos nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, 30 leitos na unidade de psiquiatria adulta, 08 leitos psiquiátricos para adolescentes entre 12 e 16 anos e 07 leitos na UTI destinados a pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos. É considerado de média complexidade. Não existe nesta instituição serviço de neurocirurgia, cirurgia cardíaca ou atendimento a gestantes, portanto, os pacientes que necessitam desses serviços são encaminhados para outros hospitais conveniados.

A equipe de saúde da UTI é formada por médicos (04 rotineiros diurnos, distribuídos em 02 das 08 às 12H, 01 das 12 às 16H e 01 das 16 às 20H; 01 plantonista noturno e em fins de semana), enfermeiros (04), técnicos de enfermagem (22). A equipe de enfermagem está distribuída nos turnos: manhã, tarde e noites alternadas.

Para a coleta de dados foi realizada uma análise dos registros de atendimento na UTI, correspondente aos atendimentos realizados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. As informações contidas nestes registros são preenchidas por um profissional administrativo da recepção do setor quando da internação e no momento da alta do paciente da UTI, de acordo com os registros médicos correspondentes.

Foram computados os dados referentes às características clínicas e demográficas dos pacientes, como: idade, gênero, motivo da internação, procedência (ambatório, enfermaria ou bloco cirúrgico), tempo de permanência na UTI, reinternação na UTI e taxa de mortalidade neste setor. Para a coleta destes dados foi utilizado instrumento construído para tal (APÊNDICE A).

Os dados foram armazenados em um banco utilizando-se o programa Excel for Windows, e após foram analisados com o auxílio de um programa estatístico quanto a sua frequência. As variáveis contínuas são apresentadas através de recursos de médias, desvio padrão e as categóricas são descritas através de frequências absoluta e relativa. Os dados estão apresentados por meio de tabelas. Um nível de significância em $p \leq 0,05$ foi adotado quando comparados dados entre os anos pesquisados.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, sob número 13/032.

A partir da aprovação, deu-se início a coleta de dados nos registros da Unidade de Terapia Intensiva e do Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (SAME) da instituição. Os pesquisadores se responsabilizaram pela utilização dos dados através de um Termo de Compromisso para a Utilização de Dados, assegurando que os mesmos não permitirão a identificação das pessoas, mantendo-se o sigilo determinado pelos dispositivos éticos e legais que normatizam a pesquisa na área da saúde, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O perfil dos pacientes internados nos últimos cinco anos na UTI analisada mostra um emparelhamento entre pacientes do sexo feminino e masculino, com tendência a maior número de homens internados.

Os pacientes admitidos na UTI, no período estudado, apresentavam média elevada de idade; foi predominante, em todos os anos pesquisados, a faixa etária entre 70 e 79 anos, tendo variação entre 22 e 98 anos.

Avaliando os motivos de internação, identificou-se que a maioria foi motivada por evento clínico, tendo sido o sistema cardiovascular o mais comumente acometido (24,5%), seguido das disfunções respiratórias (18,7%), e após os pós-operatórios (15,4%).

Quanto aos dados da internação, 53,3% dos pacientes internados na UTI provinham de enfermarias do próprio hospital, 15,5% procederam do bloco cirúrgico, e por fim, 31,2% dos pacientes aceitos na UTI foram internados por intermédio do ambulatório. Esses dados podem ser visualizados na tabela 1.

A tabela 2 nos mostra as características da população em relação ao tempo de permanência e óbito. O tempo médio de permanência na UTI foi de 4,43 dias ($p=0,1648$). Nos cinco anos analisados não houve diferença estatística no período. A variação de tempo de internação na UTI foi de 01 a 62 dias.

Em relação à taxa óbito, em nenhum ano ocorreu uma diferença significativa na mortalidade ($p=0,4608$ - teste Chi quadrado e análise de resíduos). A mortalidade ao longo de todo período (2008 a 2013) foi de 28,7%. Esta taxa de mortalidade pode ser considerada elevada se compararmos a outros estudos, como o de Oliveira et al. (2010) que arrolou 401 doentes e constatou mortalidade de 13%. A mortalidade dos pacientes com idade entre 50-59 anos e 60-69 anos não teve diferença estatística e foi significativamente menor ($p<0,05$ - Chi quadrado com análise de resíduos) quando comparada às faixas etárias mais elevadas (idade superior a 70 anos) considerando o período total de estudo (2008 a 2012). Contudo, não há diferença estatística significativa na mortalidade de indivíduos com menos de 49 anos e mais de 90 anos (mortalidade de 14,9% e 30,7% respectivamente - $p=0,076$ no teste Chi quadrado).

Quanto à população sobrevivente (71,3%), a maioria (68,8%) foi transferida às enfermarias e 2,5% transferidos para outro hospital ou receberam alta hospitalar. O percentual de reinternação na UTI vem em uma crescente, variando de 2,1% a 10,3%, tendo estabilizado nos últimos anos. A mortalidade da população que reinterna foi de 35,4% ($p=0,3619$ no teste Chi quadrado comparativamente a mortalidade geral).

Ano Variáveis	2008 n/(%)	2009 n/(%)	2010 n/(%)	2011 n/(%)	2012 n/(%)
No INTERNAÇÕES	285	283	321	330	280
GÊNERO Masculino Feminino	170 (59,7) 115 (40,3)	133 (47) 150 (53)	156 (48,6) 165 (51,4)	190 (57,6) 140 (42,4)	147 (52,5) 133 (47,5)
IDADE	03 (1,1)	05 ((1,8)	07 (2,2)	02 (0,6)	01 (0,3)
≤ 39	13 (4,6)	15 (5,3)	12 (3,7)	15 (4,5)	14 (5)
40 – 49	44 (15,4)	26 (9,2)	58 (18,6)	54 (16,4)	37 (13,2)
50 – 59	71 (24,9)	62 (21,8)	65 (20,25)	63 (19,1)	69 (24,6)
60 – 69	104 (36,5)	105 (37,2))	104 (32,4)	100 (30,3)	84 (30)
70 – 79	43 (15,1)	62 (21,9)	62 (19,3)	84 (25,5)	63 (22,5)
80 – 89	07 (2,4)	08 (2,8)	13 (4)	12 (3,6)	12 (4,4)
≥ 90					
PROCEDÊNCIA	75 (26,3)	85 (30)	121 (37,7)	96 (29,1)	90 (32,1)
Ambulatório	155 (54,4)	147 (52)	148 (46,1)	167 (51,8)	181 (64,6)
Enfermaria	55 (19,3)	51 (18)	52 (16,2)	64 (19,1)	09 (3,3)
Bloco Cirúrgico					
ESPECIALIDADE	68 (23,8)	69 (24,3)	90 (28)	82 (24,9)	59 (21,1)
Cardiologia	66 (23,2)	70 (24,7)	51 (15,9)	69 (20,9)	25 (8,9)
Pneumologia	55 (19,3)	51 (18)	52 (16,2)	64 (19,4)	09 (3,2)
Pós-operatório	40 (14)	34 (12)	34 (10,6)	33 (10)	57 (20,4)
Clínico geral	25 (8,8)	28 (9,9)	50 (15,6)	49 (14,9)	40 (14,3)
Neurologia	09 (3,2)	05 (1,8)	13 (4)	08 (2,4)	09 (3,2)
Proctologia	06 (2,1)	05 (1,8)	08 (2,5)	06 (1,8)	24 (8,6)
Gastroenterologia	05 (1,7)	05 (1,8)	10 (3,1)	06 (1,8)	06 (2,1)
Endocrinologia	11 (3,9)	16 (5,7)	13 (4,1)	13 (3,9)	51 (18,2)
Outros					
DESTINO	203 (71,3)	186 (65,7)	229 (71,8)	219 (66,4)	194 (69,3)
Enfermaria	77 (27)	89 (31,5)	85 (26,5)	103 (31,2)	76 (27,1)
Óbito	03 (1)	08 (2,8)	06 (1,7)	07 (2,1)	10 (3,6)
Transferência	02 (0,7)	0	0	01 (0,3)	0
Alta domiciliar					

Tabela 1 – Características demográficas da população atendida na UTI de um hospital de Porto Alegre nos últimos cinco anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Ano Variáveis	2008 n/(%)	2009 n/(%)	2010 n/(%)	2011 n/(%)	2012 n/(%)
EMPO DE INTERNAÇÃO UTI (dias)					
< 1	26 (9,1)	36 (12,7)	38 (11,8)	36 (10,9)	01 (0,4)
1 – 2	106 (37,2)	72 (25,4)	124 (38,6)	125 (37,9)	134 (47,9)
3 – 5	70 (24,6)	101 (35,7)	92 (28,7)	106 (32,2)	88 (31,4)
6 – 10	42 (14,7)	47 (16,6)	42 (13,1)	40 (12,1)	37 (13,2)
11 – 15	25 (8,8)	11 (3,9)	16 (5)	11 (3,3)	07 (2,5)
16 – 30	16 (5,6)	16 (5,7)	09 (2,8)	10 (3)	12 (4,3)
> 30	0	0	0	02 (0,6)	01 (0,3)
No DE ÓBITOS Gênero Masculino	77 (27) 46 (59,7)	89 (31,4) 46 (51,7)	85 (26,5) 43 (50,6)	103 (31,2) 66 (64,1)	76 (27,1) 39 (51,3)
ESPECIALIDADE					
Cardiologia	14 (20,1)	19 (27,5)	15 (16,7)	21 (25,6)	16 (27,1)
Pneumologia	26 (39,4)	38 (54,3)	16 (31,4)	43 (62,3)	17 (68)
Pós-operatório	07 (12,7)	05 (9,8)	08 (15,4)	03 (4,7)	05 (55,6)
Clinico geral	12 (30)	11 (32,4)	12 (35,3)	13 (39,4)	11 (19,3)
Neurologia	08 (32)	07 (25)	14 (28)	17 (34,7)	11 (27,5)
Proctologia	05 (55,6)	00	04 (30,8)	01 (12)	05 (55,6)
Gastroenterologia	04 (66,7)	03 (60)	07 (87)	02 (33,3)	05 (20,8)
Endocrinologia	00	00	02 (20)	00	02 (33,3)
Outros	01 (9)	06 (37,5)	07(53,8)	03 (23,1)	04 (7,8)
IDADE NO ÓBITO	Internação(n) / óbito (%)	Internação(n)/ óbito (%)	Internação(n) / óbito (%)	Internação(n) / óbito(%)	Internação(n) / óbito (%)
≤ 39	01 (33,3)	02 (40)	01 (14,3)	0 (0)	0 (0)
40 – 49	01 (7,7)	02 (13,3)	0 (0)	03 (20)	03 (21,4)
50 – 59	10 (22,7)	03 (11,5)	14 (24,1)	15 (27,8)	05 (13,5)
60 – 69	15 (21,1)	16 (25,8)	16 (24,6)	16 (25,4)	14 (20,3)
70 – 79	32 (30,8)	41 (39)	31 (29,8)	37 (37)	25 (28,6)
80 – 89	13 (30,2)	23 (37,1)	18 (29)	31 (36)	26 (41,3)
≥ 90	05 (71,4)	02 (25)	05 (38,5)	01 (8,3)	03 (25)
REINTERNAÇÃO COM ÓBITO	06 (2,1) 02 (5,6)	09 (3,1) 04 (4,5)	33 (10,3) 13 (15,3)	27 (8,2) 10 (9,7)	21 (7,5) 05 (6,6)
< 24h	02 (100)	02 (50)	06 (46,2)	06 ((60)	01 (20)
> 24h	0	02 (50)	07 (53,8)	04 (40)	04 (80)
SEM ÓBITO	04 (5,2)	05 (5,6)	20 (23,5)	17 (16,5)	16 (21,1)

Tabela 2 – Características relacionadas à internação e óbito na UTI de um hospital de Porto Alegre nos últimos cinco anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

No período do estudo foram analisados registros de 1499 pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo, sendo que 28,7% (n = 430) foram a óbito nesta unidade, destes, 55,8% (n = 240) foram do sexo masculino.

Neste estudo, a diferença de acometimento entre os sexos feminino e masculino foi tênue, inclinando-se a uma tendência maior nas internações do gênero masculino; estes resultados confirmam a literatura que apontam predominância do sexo masculino nas UTI, observando-se uma variação bastante próxima do sexo feminino, como demonstrado no estudo de Padrão et al. (2010), onde constatou que 57,69% das internações foram do sexo masculino.

Os motivos de internação mais comuns decorreram do sistema cardiovascular, seguido das disfunções respiratórias, como exposto na tabela 01, o que contradiz a maioria dos trabalhos analisados, onde conta que o trato respiratório foi a principal causa de internações nas UTI. Bitencourt et al. (2007) assim como Schein e Cesar (2010), demonstram em seus estudos que os motivos de internação mais comum foram as insuficiências respiratórias por infecção pulmonar.

Quanto à variável idade, os resultados encontrados são semelhantes aos achados de estudos nacionais, apontando um número elevado de pacientes idosos em UTI; Reconhece-se estes dados nos trabalhos de Ciampone et al. (2006), Feijó et al. (2006) e Freitas (2010), entre outros. Observou-se que das 1499 internações neste setor no período analisado, 57,6% (n = 863) dos pacientes tinham idade maior ou igual a 70 anos, e 22% (n = 330) tinham entre 60 e 69 anos. Freitas (2010) acrescenta ainda que os pacientes acima de 60 anos frequentemente apresentam maior probabilidade de comorbidades.

Sobre a procedência dos pacientes para a UTI, 53,3% (n = 798) dos pacientes vieram transferidos das enfermarias do próprio hospital, 31,2% (n = 467) vindos do ambulatório e 15,5% (n = 231) provenientes do bloco cirúrgico. Na análise de Schein e Cesar (2010), mais da metade dos atendimentos iniciais originaram-se nas enfermarias dos hospitais por eles pesquisados.

No que se refere ao tempo de permanência, predominou o período de 4,43 dias de internação, uma média inferior aos estudos comparados, como no de Feijó et al. (2006), onde o tempo médio de permanência na UTI foi de $8,2 \pm 7,6$ dias, já na pesquisa de Freitas (2010), a média de permanência foi de $23,2 \pm 23,7$ dias.

Sobre o destino do paciente ao sair da UTI, 68,8% (n = 1032) foram transferidos para enfermarias do próprio hospital, 28,7% (n = 430) tiveram óbito constatado na Unidade de Tratamento Intensivo, e 2,5% (n = 37) dos pacientes foram transferidos de hospital ou tiveram alta hospitalar diretamente da UTI. Nesse sentido Freitas (2010), relata que 45,2% dos pacientes internados na UTI analisada por ele foram transferidos para enfermarias e destes, 7,6% necessitaram retornar para a UTI. Em relação ao número de reinternação nesse estudo, a média foi considerada baixa, 8,4% (n = 126) durante os cinco anos analisados.

Ao se investigar os motivos de internação dos pacientes que faleceram, constatou-se que a maior parte foi daqueles que internaram por disfunções pulmonares, 49,8% (n = 281), seguidos dos pacientes da gastroenterologia 42,9% (n = 49); Constatou-se que apesar de o maior número de internações neste setor terem sido pelo sistema cardiovascular, este foi responsável por apenas 23,1% (n = 368) dos óbitos ocorridos no período avaliado; A frequência das especialidades no modo de morrer está descritas na tabela 02. A taxa de óbito entre os pacientes que reinternaram na UTI foi elevada (35,4% versus a mortalidade geral, 28,7%), dos quais 51,5% (n = 33) morreram antes de completar 24 horas de reinternação no setor. É importante o registro de que, embora os óbitos na população reinternada fosse de maior incidência, não houve diferença significativa frente à mortalidade geral. Mesmo assim, estes dados estão de acordo com outras séries que demonstram um pior desfecho de doentes críticos que reinternam na UTI e torna preocupante a incidência crescente de reinternações ao longo do período estudado. Curiosamente, a mortalidade de doentes com idade menor que 50 anos teve uma incidência de aproximadamente metade daquela observada entre os doentes com idade superior ou igual a 70 anos. Contudo, não atingiu significância estatística (p= 0,076 no teste Chi quadrado), o que pode ser reflexo de uma amostra insuficiente destas populações. Cabe ainda o registro de que os esforços terapêuticos devam ser máximos para a população de idade avançada (ao menos como abordagem inicial) que, frente aos resultados desta amostra, não diferem de doentes mais jovens.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes desta UTI eram predominantemente do sexo masculino, idosos, provenientes do ambulatório e tendo como causas principais de internação as doenças cardiovasculares, seguidas das disfunções pulmonares.

O tempo médio de internação foi de 4,43 dias (mediana de 3 dias). A mortalidade ao longo do período estudado foi de 28,7%, sendo ainda maior (34,5%) na população que reinternou, de maneira que mais da metade destes morreram antes de completar 24 horas de reinternação no setor. Apesar de o maior número de internações neste setor terem sido pelo sistema cardiovascular, este não foi o principal responsável pelos óbitos ocorridos no período avaliado.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Almir G. V. et al. Conduitas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n. 2, p.137-143, 2007.

CIAMPONE, Juliana T. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul Enfermagem**, v. 19, n 1, p. 28-35, 2006.

FEIJÓ, Carlos A. et al. Morbimortalidade do Idoso Internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de Fortaleza. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n 3, p. 263-267, 2006.

FREITAS, Eliane RFS. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, p. 20-26, 2010.

MORITZ, Rachel D. et al. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 13, n 1, p. 21-28, 2001.

MORITZ, Rachel D. et al. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n 4, p. 485-489, 2007.

MORITZ, Rachel D. et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 2, p. 141-147, 2009.

OLIVEIRA, Ana Beatriz F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p.250-256, 2010.

PADRÃO, Manuella da C. et al. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v. 8, n. 2, p. 125-128, 2010.

SCHEIN, Luiz E.; CESAR, Juraci A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n.2, p. 289-301, 2010.

UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS MATERNO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 02/05/2024

Magda Fadel

Enfermeira da maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso

Aline Campos de Abreu

Enfermeira da maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso

Flávia Cristina de Lucena Banaggia

Enfermeira da maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso

Patricia Salles Damasceno de Matos

Enfermeira da maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso

Lidianna Mendes de Moraes

Enfermeira da maternidade do Hospital Federal de Bonsucesso

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Promoção da saúde. Enfermagem. Tema .

Um dos desafios da Enfermagem numa maternidade de alto risco dentro de um hospital quaternário é a implementação de novas tecnologias leves e leves-duras. Nesse sentido, a chefia materno infantil tem cumprido o papel precípua de

estimular suas coordenações à promoção da saúde materna e do conceito, seguindo as ações da linha de cuidado em saúde da mulher. Esse relato de experiência aborda uma das ações promotoras da saúde na unidade, estimulando o cuidado integral em saúde e vinculando a atenção básica para a continuidade das ações. Define-se o estudo como qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, foi realizado em uma maternidade referência no atendimento de gestantes de alto risco, nos anos de 2020 e 2021, mantendo as ações até os dias atuais. A Unidade de Cuidados Especiais Materno Infantil foi idealizada para fazer a ponte com a Coordenação da área programática local, aproximando a área materna hospitalar do território. A gestão identificou lacunas na promoção da saúde e atendimento integral dessa clientela e propôs estabelecimento de diagnóstico das fragilidades no cuidado através de dinâmica de grupo. Uma das ações realizadas é a atualização de carteira de vacinação de gestantes do ambulatório, bem como de gestantes e puérperas

internadas. Lembrando que ainda fazemos os cuidados específicos baseados na idade da cliente e na fase do período perinatal, inclusive com atenção à mulheres com necessidades especiais e IST's. Como resultado direto dessas ações, evitamos assim o atraso vacinal dessa população. Os cuidados vacinais dos recém nascidos também são garantidos pela unidade, que realiza teste do pezinho, teste do coração, vacinação BCG e hepatite B. É feito busca ativa na unidade neonatal do recém natos de risco para atualização de vacinas, priorizando ações com foco na humanização da assistência. A equipe encaminha e orienta os cuidados de teste do pezinho desfavoráveis e aquelas de risco são sinalizadas à rede básica para continuidade das ações pela contra-referência. Assim, concluímos que o trabalho em rede cumpre a sua função, vinculando a assistência primária à assistência quaternária e mantendo a promoção da saúde dos indivíduos sobre nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2014; 1. 2 ed. Brasília: Atual, 2014. [acesso em 20 out 2021] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 2006; Brasília. [acesso em 20 out 2021] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_prenatal_puerperio.pdf

FATORES ESTRESSORES NA ATIVIDADE DO ENFERMEIRO

Data de submissão: 08/03/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Emanuelle Bianchi Soccol

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0009-0005-3900-8258>

Mariana Nader Fossa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0009-0002-9566-5605>

Luciana Rott Monaiar

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0002-2511-9388>

Luciana Pereira Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0002-0650-5961>

Elizete Maria de Souza Bueno

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0003-0352-7679>

Maria da Graça Rocha Penha

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0009-0008-5723-6408>

Daniela Santos Silveira Queiroz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/5998110347412167>

Karine Lorenzen Molina

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0003-3999-8974>

Francielle Lopes Reis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS
<https://orcid.org/0000-0003-2134-1157>

RESUMO: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com o objetivo de analisar publicações que abordam o estresse entre enfermeiros e suas causas. A pesquisa englobou artigos em português e inglês, acessados nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed sobre o tema no período de 2013 a 2023. Os resultados da análise dos artigos revelaram que o termo 'estresse' é associado a sensações de cansaço, dificuldade, frustração e desmotivação, constituindo uma presença constante no cotidiano dos enfermeiros. Dentre os fatores estressores apontados nas pesquisas, destacam-se: demandas excessivas, desafios no relacionamento interpessoal (incluindo lidar com diferentes opiniões da equipe e atuar como mediador), sobrecarga de trabalho evidenciada pela

responsabilidade de cobrir mais de um setor, além de exigências qualitativas relacionadas à complexidade das interações humanas. Outros fatores incluem a falta de apoio profissional, tarefas burocráticas, administração de pessoal, escassez de funcionários e deficiências na comunicação e compreensão do serviço, bem como os desafios associados aos turnos de trabalho e ao setor específico de atuação. Os artigos também apontam alguns mecanismos que os enfermeiros podem adotar para minimizar as fontes de estresse, tais como fortalecer o relacionamento com a equipe multiprofissional, obter suporte administrativo, adequar a divisão do trabalho ao número de profissionais disponíveis e implementar programas de atenção à saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: enfermeiro, estresse, fatores estressores.

STRESS FACTORS IN NURSING

ABSTRACT: This is a bibliographic review study with the objective of analyzing publications that address stress among nurses and its causes. The research encompassed articles in Portuguese and English, accessed from the Lilacs, Scielo, and Pubmed databases, as well as relevant books on the subject from 2013 to 2023. The results of the article analysis revealed that the term 'stress' is associated with feelings of fatigue, difficulty, frustration, and demotivation, constituting a constant presence in nurses' daily lives. Among the stressors highlighted in the research are: excessive demands, challenges in interpersonal relationships (including dealing with different opinions within the team and acting as a mediator), workload overload evidenced by the responsibility to cover more than one sector, as well as qualitative demands related to the complexity of human interactions. Other factors include lack of professional support, bureaucratic tasks, personnel management, staff shortages, and deficiencies in communication and service understanding, as well as challenges associated with work shifts and specific sectors of activity. The articles also point out some mechanisms that nurses can adopt to minimize stress sources, such as strengthening relationships with the multiprofessional team, obtaining administrative support, adjusting workload division according to the number of available professionals, and implementing worker health care programs.

KEYWORDS: nurse, stress, stressors.

INTRODUÇÃO

O estresse, uma reação do organismo que nos coloca em estado de alerta diante de situações de perigo ou ameaça, é uma resposta biológica essencial para a adaptação a novas circunstâncias, resultando em alterações físicas e emocionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). No entanto, o uso comum da expressão "estresse" muitas vezes obscurece a compreensão dos seus verdadeiros efeitos em nossa vida cotidiana. Pode ser desafiador diferenciar entre simplesmente utilizar o termo para simplificar nossos problemas e reconhecer quando o estresse realmente afeta significativamente nossa vida, desde questões simples até complexas (ZAVALLIS *et al*, 2015).

Estudos destacam o impacto do estresse nos processos cognitivos, essenciais para diversas profissões, inclusive na enfermagem. A atenção, em particular, é fundamental nesse contexto, e o estresse pode interferir diretamente nesses processos, diminuindo e alterando as funções cognitivas, especialmente quando chega aos estados crônicos (ZACHARIAS; UPENDRA, 2023).

Os profissionais muitas vezes resistem em admitir os sinais de estresse, o que pode levar ao esgotamento profissional e à Síndrome de Burnout. Esta resistência pode ser atribuída à falta de conscientização sobre os próprios limites, medo de repercussões no trabalho ou na carreira, entre outros fatores (ZAVALLIS *et al*, 2015).

Desde fevereiro de 2022, a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a reconhecer a Síndrome de Burnout como uma condição ocupacional desencadeada pelo estresse relacionado ao trabalho. Diversos fatores, tanto internos quanto externos, contribuem ativamente para essa condição, independentemente do ambiente de trabalho do profissional, podendo incluir elementos sociodemográficos, econômicos, trabalhistas e pessoais, além das interações estabelecidas durante o processo.

Na enfermagem, diversas variáveis estão associadas ao estresse, como falta de reconhecimento profissional, remuneração inadequada para as responsabilidades atribuídas, sobrecarga de trabalho, exposição a doenças transmissíveis e exigências administrativas (ALVES, 2023).

Diante dessas considerações, é crucial investigar o significado real do estresse, diferenciá-lo da Síndrome de Burnout, identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e os fatores desencadeadores, com o objetivo de propor estratégias para minimizá-lo (PERNICIOTTI *et al*, 2020). Esse entendimento mais profundo pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e para o desenvolvimento de programas de apoio específicos para essa categoria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Conforme Boaventura (2007, p.46) salienta, “a revisão da literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema”. Este tipo de estudo consiste na análise e síntese de informações, com capacidade para gerar novas ideias através da definição de linhas de ação para abordar o assunto ou problema (BOAVENTURA, 2007).

De acordo com Gil (2009), a pesquisa bibliográfica desenvolve-se através de uma série de etapas, cujo número e sequência dependem de fatores como a natureza do problema e o nível de conhecimento do pesquisador, entre outros. Assim, compreende-se como um processo que engloba diversas etapas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de

assunto; e) busca de fontes; f) leitura do material; g) fichamento; h) organização lógica do assunto; i) redação do texto. A pesquisa é composta pela discussão do assunto proposto com os dados dos artigos referenciados em português e inglês, disponíveis nas bibliotecas virtuais Lilacs, Pubmed e Scielo dos anos de 2013 a 2023.

Após a escolha do material dentro dos critérios de inclusão, foi realizada a confecção de fichas de leitura, e posteriormente a interpretação e análise dos dados através de todo conteúdo considerado apropriado.

REVISÃO: ESTRESSE E BURNOUT

Ao abordar os temas do estresse e do esgotamento profissional (Burnout), assim como os fatores estressores enfrentados pelos enfermeiros em sua prática, estamos destacando uma questão de extrema relevância, especialmente intensificada durante a pandemia da COVID-19. Para uma compreensão mais aprofundada e uma melhor aquisição de conhecimento, serão apresentados conceitos, sinais, sintomas e a relação desses aspectos com a realidade destes profissionais.

Garzin *et al.* (2023) identificaram a “fadiga por compaixão” como uma forma de sofrimento decorrente da atividade laboral dos enfermeiros, a qual pode comprometer a saúde, bem-estar e até mesmo a segurança dos pacientes. Devido à sobrecarga de trabalho e exaustão mental, os enfermeiros por vezes deixam de seguir integralmente protocolos de qualidade e segurança, aumentando assim a ocorrência de eventos adversos. Esses profissionais enfrentam frequentemente situações de alta complexidade, lidando com dor física, emocional, sofrimento, medo, estresse e ansiedade, o que contribui para o desenvolvimento da fadiga por compaixão.

Em um estudo experimental realizado em uma cidade da Índia em 2023, avaliou-se a eficácia de um Programa de Resiliência e Recuperação no combate à fadiga por compaixão entre profissionais de enfermagem que atuavam em hospitais. O objetivo do Programa foi desenvolver cinco habilidades de resiliência, incluindo autorregulação, maturação perceptual, intencionalidade, autocuidado e conexão e suporte. Os participantes foram submetidos a um pré-teste, participaram do programa de resiliência e recuperação e, por fim, realizaram um pós-teste. Observou-se que os enfermeiros participantes eram vulneráveis à fadiga por compaixão e que o Programa de Resiliência e Recuperação foi eficaz na redução do esgotamento e do estresse traumático secundário (ZACHARIAS; UPENDRA, 2023).

Assim, seriam as estratégias de intervenção ocupacional o melhor caminho para reduzir o adoecimento desses profissionais? Com essa abordagem, buscamos ampliar a discussão sobre o tema.

O estresse e o *Burnout*: Qual a diferença?

Após um tempo de pesquisa e com base nos princípios da fisiologia, o estresse foi definido como “um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações produzidas num sistema biológico”. Esse fenômeno pode ser dividido em duas etapas principais: a Síndrome da Adaptação Geral (SAG), que engloba respostas não específicas de defesa, e a Adaptação Orgânica ao Causador, que se desdobra em três fases distintas (CAVALCANTI, 2021).

A primeira fase, conhecida como fase de alarme ou alerta, ocorre quando o organismo identifica o agente estressor e mobiliza recursos para enfrentá-lo. A segunda fase é a fase de resistência, na qual, independentemente da permanência do estressor, os sinais da fase de alarme desaparecem. Por fim, na fase de exaustão, o organismo não consegue mais eliminar o agente estressor ou se adaptar a ele, e os sinais da fase de alarme retornam de forma acentuada, tornando o indivíduo mais suscetível a doenças graves (GARZIN *et al*, 2024).

Essa definição delimita o uso do termo estresse, associando-o à liberação de catecolaminas, glicocorticoides e mineralocorticoides. No entanto, é importante reconhecer que a avaliação subjetiva do estressor pelo indivíduo desempenha um papel crucial na cascata de eventos que culminam no estresse (ZAVALLIS *et al*, 2015).

É amplamente reconhecido que altos níveis de estresse podem levar a um profundo esgotamento emocional, manifestado por sentimentos negativos. O estresse ocupacional representa um risco significativo para a saúde dos trabalhadores e pode resultar em desempenho insatisfatório, baixa moral, alta rotatividade, absenteísmo e até mesmo violência no local de trabalho (MEDEIROS *et al*, 2023).

Os sintomas físicos e emocionais do estresse são bem documentados e incluem desde sudorese e taquicardia até ansiedade e insônia. Além disso, pode levar a atitudes de retração, irritabilidade e perda de controle emocional, afetando não apenas o ambiente de trabalho, mas também os relacionamentos pessoais (NASCIMENTO *et al*, 2022).

As mudanças tecnológicas no ambiente de trabalho têm contribuído para o aumento do estresse ocupacional, com impactos tanto físicos quanto psíquicos dos trabalhadores. O desgaste provocado pelo estresse pode culminar na Síndrome de *Burnout*, uma resposta emocional a situações de estresse crônico no trabalho, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e profissional (VILLAGRAN *et al*, 2023).

Segundo a OMS, a Síndrome de *Burnout*, também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, é um distúrbio emocional que provoca exaustão, estresse e esgotamento físico, sempre relacionado a questões do trabalho. Para ser diagnosticado como tal, uma condição é bem clara: ou é ocupacional ou não é *Burnout*. Antes de chegar a conclusão que aquele trabalhador apresenta diagnóstico de Síndrome de *Burnout*, é

necessário excluir transtornos mentais como ansiedade, de humor, de adaptação, de ajustamento; o diagnóstico não deveria ser feito como primeira opção. Algumas das causas mais comuns são excesso de trabalho, competitividade, responsabilidades constantes e trabalhar sob pressão, que ocorre frequentemente com os enfermeiros.

Observa-se que profissionais que lidam diretamente com o público, como os da área de saúde, estão particularmente vulneráveis ao Burnout devido à intensidade das relações interpessoais envolvidas em seus trabalhos.

Em resumo, embora o estresse e o Burnout sejam fenômenos relacionados, eles se distinguem em sua natureza e impacto. Enquanto o estresse pode afetar diversos aspectos da vida de uma pessoa, o Burnout está mais intimamente ligado ao trabalho e pode resultar em atitudes negativas e desgaste profundo. Portanto, é crucial implementar medidas de prevenção e intervenção para reduzir os efeitos prejudiciais do estresse ocupacional e do Burnout nos trabalhadores.

Estresse e fatores estressores na atividade do enfermeiro

Atualmente, há um aumento significativo de estudos científicos sobre o estresse na enfermagem. Ao conectar estresse e trabalho, se torna claro que os enfermeiros enfrentam situações e trabalham em um ambiente no qual frequentemente são demandados além de suas capacidades. A crescente demanda física e psicológica tem gerado situações de adoecimentos e dificuldades de trabalho (ZAVALLIS *et al*, 2015). Além disso, eles também enfrentam desafios adicionais relacionados à necessidade de se adaptarem continuamente às mudanças e inovações, o que pode aumentar os níveis de sobrecarga.

Desde os anos 60, quando a enfermagem foi identificada como uma profissão estressante (BATISTA, BIANCHI, 2006), essa temática tem sido objeto de discussão. Autores como Medeiros *et al*. (2023) destacam a estreita ligação entre enfermeiros e seu trabalho, envolvendo experiências frequentes com desgastes físicos e emocionais decorrentes da prestação de cuidados em ambientes de saúde.

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios adicionais, como o aumento do risco de Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva e em outras unidades de saúde (BARROS *et al*, 2023). Sendo evidenciado uma associação com a violência no local de trabalho no qual também se observa aumento no número de casos nos dias atuais (FABRI *et al*, 2022).

Na revisão integrativa, realizada por Barros *et al* (2023), uma das conclusões foi que durante a pandemia o crescimento dos casos de ansiedade, depressão, distúrbios do sono, esgotamento e burnout entre os enfermeiros levou a um impacto negativo em suas vidas pessoais e em seu desempenho no trabalho.

Fabril *et al* (2023) realizou um estudo com 101 enfermeiros de Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliar a violência ocupacional e qualidade de vida profissional, no

qual concluíram que este tipo de violência foi correlacionada com a qualidade de vida profissional, pois a falta de satisfação por compaixão foi associada ao assédio moral, enquanto a ausência de incentivo para denunciar a violência e o estresse pós-traumático secundário foram ligados à violência física e à falta de procedimentos padronizados diante dos atos violentos.

Desse modo, é essencial que as instituições de saúde se comprometam em desenvolver ações efetivas para minimizar os fatores que impactam o bem-estar (NASCIMENTO *et al*, 2022). A promoção do autocuidado e o desenvolvimento de estratégias para lidar com o estresse são fundamentais (NUNES *et al*, 2022).

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Baseado na análise e discussão dos artigos, percebe-se que o “estresse” pode simbolizar um desequilíbrio entre as exigências no cumprimento das tarefas e atividades e os recursos internos disponíveis, em qualquer âmbito, para realizá-las. O sujeito sente cansaço, impotência, dificuldades na execução do trabalho, frustração e desmotivação, podendo acumular essas sensações e sentimentos paulatinamente, tomando uma proporção em que o resultado é o franco adoecimento. Autores como Hirschle e Goldim (2020) destacam que o estresse surge quando indivíduos percebem uma desarmonia entre as demandas do ambiente e seus recursos para lidar com essas situações, sendo o equilíbrio fundamental.

Medeiros, Aquino e Arruda (2023) situam a enfermagem como uma profissão historicamente associada ao estresse, corroborando com Silva *et al* (2023), que também ressaltaram a natureza estressante do trabalho. Os enfermeiros enfrentam condições de trabalho que frequentemente são consideradas insalubres, tanto em termos tangíveis quanto subjetivos. Devido às condições precárias inerentes ao trabalho, esses profissionais se encontram constantemente em situações que comprometem sua saúde e bem-estar (VILLAGRAN, *et al* 2023) .

O estresse parece estar bem presente na rotina desses profissionais, especialmente pela necessidade de lidar com situações de sofrimento alheio e das exigências excessivas vinculadas à profissão. Fabri *et al* (2022) apontaram que características pessoais, profissionais e laborais, como a idade superior a 40 anos podem ser fatores determinantes no estresse ocupacional.

Fatos e situações como, a falta de funcionários e/ou recursos, a comunicação ineficiente com a equipe multiprofissional e a supervisão, a complexidade das tarefas, a insatisfação com o trabalho e a tecnologia dos equipamentos podem potencializar o surgimento do estresse. Autores como Nunes (2022) relacionam também que a falta de recompensa no trabalho contribui para tal.

A necessidade de adaptação e improvisação de materiais e equipamentos para garantir a prestação de cuidados, embora gratificante, também torna a rotina de trabalho sofrida (OLIVEIRA *et al*, 2017).

Além disso, o turno de trabalho, especialmente noturno, é um importante fator estressor, como discutido por Cattani *et al* (2022). Autores como Brum *et al.* (2020) associam o trabalho noturno a distúrbios do sono e problemas de saúde mental.

A necessidade de realizar múltiplas tarefas também torna a rotina de trabalho sofrida (FERREIRA *et al*, 2016). Ferreira *et al* (2015) apontam a falta de recursos, principalmente nos serviços públicos, e a complexidade das tarefas como aliados no desenvolvimento destes agravantes na saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Para minimizar esses estressores, é crucial dinamizar o relacionamento com a equipe multiprofissional, promover uma comunicação efetiva, garantir um número adequado de profissionais e implementar programas de saúde do trabalhador, conforme sugerido por diversos autores. Barbosa *et al.* (2022) destacam a importância do apoio organizacional, junto aos serviços da instituição, na atenuação deste adoecimento, assim como Muller (2021) que propõe a intervenção organizacional como uma forma de reduzir o estresse ocupacional e promover um ambiente de trabalho saudável.

Alves (2023) em uma pesquisa realizada em um hospital do exército brasileiro, no qual foram realizadas entrevistas com enfermeiros da unidade, perceberam que a maioria dos relatos traziam como forma de enfrentamento às dificuldades vivenciadas as seguintes ações: realização de atividades físicas, momentos de lazer e vínculos com familiares e amigos, saber separar as situações enfrentadas no local de trabalho das experiências vividas fora dele. Sendo considerado maneiras eficazes de reduzir o estresse decorrente do trabalho e de diminuir a ansiedade.

Em outro estudo, foi realizado um teste piloto para avaliar a viabilidade de um programa de redução de estresse baseado em *mindfulness* através de um aplicativo móvel, envolvendo um grupo de enfermeiros nas Forças Armadas. Descobriu-se que 75% dos participantes apresentaram melhorias nos níveis de esgotamento e estresse, enquanto todos os participantes demonstraram uma melhora de 100% na atenção plena. O treinamento em atenção plena pode ser uma estratégia eficaz para atenuar os efeitos do estresse entre os enfermeiros militares, uma vez que foi observada uma associação entre as práticas de *mindfulness* e a redução dos sintomas de esgotamento e estresse. (BEST, 2020). Barbosa *et al.* (2022) destacam a importância do apoio organizacional, junto aos serviços da instituição, na atenuação deste adoecimento.

Em suma, a complexidade e as demandas do trabalho de enfermagem exigem uma abordagem abrangente para lidar com os fatores estressores e promover a saúde e o bem-estar dos profissionais. É necessário um esforço conjunto das instituições de saúde e dos próprios enfermeiros para criar ambientes de trabalho mais saudáveis, e proporcionar qualidade de vida individual e coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser enfermeiro é estar imerso em uma profissão intrinsecamente estressante. Após observarmos de perto colegas e no desenvolvimento desta pesquisa, torna-se evidente que o estresse é uma presença constante no dia a dia, muitas vezes prejudicando a qualidade de vida e satisfação profissional.

Diante dos diversos fatores estressores enfrentados, é crucial identificar estratégias para minimizar esse impacto e promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.

Uma abordagem fundamental seria a promoção de uma educação mais realista desde a formação acadêmica. Os enfermeiros precisam estar preparados para lidar com os desafios reais da profissão, tanto em termos de conhecimento técnico quanto de habilidades emocionais. Isso pode incluir programas de treinamento que abordem questões de gerenciamento de estresse, comunicação eficaz e resolução de conflitos.

Além disso, as instituições hospitalares devem facilitar discussões abertas e transparentes sobre o estresse e os conflitos no ambiente de trabalho. Isso pode ajudar a identificar problemas subjacentes e colaborar na busca por soluções coletivas. Incentivar um ambiente de apoio mútuo entre os colegas também pode ser benéfico para reduzir o estresse e promover o bem-estar emocional.

Investir em políticas institucionais voltadas para a saúde e o bem-estar dos enfermeiros é essencial. Isso pode incluir programas de saúde ocupacional, acesso a recursos de apoio psicológico e medidas para promover um equilíbrio saudável entre vida pessoal e profissional. Além disso, garantir condições de trabalho adequadas, incluindo uma carga horária justa e acesso a recursos materiais necessários, pode ajudar a reduzir o estresse relacionado ao trabalho.

Reconhecer e valorizar o papel dos enfermeiros na equipe de saúde também é importante. Isso pode incluir oferecer oportunidades de avanço na carreira, reconhecimento pelo trabalho realizado e remuneração justa pela responsabilidade assumida.

Em suma, abordar o estresse entre os enfermeiros requer uma abordagem multifacetada que envolva educação, suporte institucional e mudanças estruturais. Ao implementar medidas para promover um ambiente de trabalho mais saudável e apoiar o bem-estar dos enfermeiros, podemos melhorar significativamente sua qualidade de vida e satisfação profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; LIMA, J. R. P. DE A. Estresse ocupacional e enfrentamento em enfermeiros de um Hospital do Exército Brasileiro: abordagem qualitativa. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 1–14, 30 set. 2023.

ALVES, B.N. et al. Risk factors for burnout syndrome in nurses at a public hospital in Mossoró/RN, Brazil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 25–32, 20 jun. 2023.

BARROS, F. R. B. DE et al. Stress, quality of working life and coping in intensive nursing in the pandemic context: integrative review / Estresse, qualidade de vida laboral e coping da enfermagem intensiva no contexto pandêmico: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 15, p. e–12210, 21 set. 2023.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, jul/ago 2006.

BEST, N. I. et al. Combating Compassion Fatigue With Mindfulness Practice in Military Nurse Practitioners. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 16, n. 5, abr. 2020.

BARBOSA, K. et al. **Desgastes físicos e emocionais do enfermeiro decorrentes do atendimento pré-hospitalar móvel**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1415862/4.pdf>.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2007. 160 p.

Brum, Maria Carlota Borba; Dantas Filho, Fábio Fernandes ; Schnorr, Cláudia Carolina ; Bertoletti, Otávio Azevedo ; Bottega, Gustavo Borchardt ; Da Costa Rodrigues, Ticiania . Night shift work, short sleep and obesity. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 12, p. 01-09, 2020.

Cavalcanti, A. L. S. R; Bagarollo, M. F; Lipp, M. E. N; Constantini, A. C. Treino de controle do stress de Lipp: uma revisão integrativa de literatura. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 41, n. 100, p. 37–47, 1 jun. 2021.

Cattani, Ariane Naidon ; da Silva, Rosângela Marion; Colomé Beck, Carmem Lúcia; D’Almeida Miranda, Fernanda Moura; Dalmolin, Grazielle de Lima; Camponogara, Silviamar. REPERCUSSÕES DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DO SONO E SAÚDE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. e20210346, 11 maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XyXXHJs4ZpVZHQgCPJhVYPR/?lang=pt#>. Acesso em: 20/01/2024.

FABRI, N. V. et al. Workplace violence and professional quality of life among primary care nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 6 jun. 2022.

FERREIRA, N. DO N.; LUCCA, S. R. DE. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 68–79, mar. 2015.

FERREIRA, I. et al. ESTRESSE NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA STRESS AT WORK EVERYDAY OF NURSES OF URGENCY AND EMERGENCY Anklma do Nascimento Andrade Feitosa 5. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 2358–7490, 2016.

GARZIN, A. C. A. et al. Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. **O Mundo da Saúde**, v. 48, 10 jan. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2721–2736, jul. 2020.

MATOS, J. J. DE; MENEZES, T. D.; NUNES, A. L. DE P. F. Uma Abordagem sobre a Síndrome de Burnout e seus Reflexos na Rotina das Empresas. ID on line. **Revista de psicologia**, p. 338–358, 30 dez. 2023.

MEDEIROS, S. E. G. DE et al. Stress and suffering in hospital nurses: relationship with personal and work variables and life habits. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20220290, 17 jul. 2023.

MEIRELLES, T. V. DA S.; TEIXEIRA, M. B. Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, n. spe2, p. 156–170, dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síndrome de Burnout. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>.

MULLER, J. M.; SILVA, N.; PESCA, A. D. Estratégias de Coping no Contexto Laboral: uma Revisão Integrativa da Produção Científica Brasileira e Internacional. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 3, 2021.

Nascimento JF do, Santos AMD, Alves KYA, Oliveira LV e, Rodrigues CCFM. Signs and symptoms of stress in nursing professionals who worked in the fight against covid-19 / Sinais e sintomas do estresse em profissionais da enfermagem que atuaram no combate a covid-19. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]**. 30º de setembro de 2022 [citado 7º de março de 2024];14:e-11638. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11638>

NUNES, N. H. Q.; RIBEIRO, V. R. N.; CARDOSO, Â. M. R. Driblando o estresse para melhor qualidade de vida na enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 13, n. set, 2022.

OLIVEIRA, A. M. N. DE; ARAÚJO, T. M. DE. SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/yWmKZ8vbFnTFySk9L9wpyYp/?lang=pt>. Acesso em: 07/02/224

Perniciotti, P., Serrano Júnior, C. V., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **Revista da SBPH**, v. 23, n. 1, p. 35–52, 1 jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005. Acesso em: 06/01/2024.

TRETTENE, A. DOS S. et al. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 91, p. 243–261, 1 jul. 2016.

Schultz, C. C., Colet, C. F., Benetti, E. R. R., Tavares, J. P., Stumm, E. M. F., & Treviso, P. A resiliência e a redução do estresse ocupacional na Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7rhP4hgWgcspPms5BxRVjfs/>. Acesso em: 10/01/2024.

SILVA, M. V. B. DA et al. Profile of notified cases of work-related mental disorders in nurses in Brazil / Perfil dos casos notificados de transtornos mentais relacionados ao trabalho em enfermeiros no Brasil: an ecological study. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 15, p. e–12722, 27 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANISATION. ICD-11. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.

VILLAGRAN, C. A. et al. Association between Moral Distress and Burnout Syndrome in university-hospital nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, dez. 2023.

ZACHARIAS, S. Z; UPENDRA, S. Effectiveness of Resiliency and Recovery Program on Compassion Fatigue among Nursing Officers working in selected Hospitals in India. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 41, n. 3, 3 nov. 2023.

ZAVALLIS, A. et al. A influência dos fatores estressores sobre os níveis de atenção de profissionais de enfermagem. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 3375–3387, 2015.

RECONHECIMENTO SOCIAL E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA VISÃO DE RECÉM- INGRESSOS DA GRADUAÇÃO

Data de submissão: 16/04/2024

Data de aceite: 02/05/2024

Marcia de Souza Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1302-6747>

Luana Ramos Garcia

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0538-7104>

Isabela de Freitas Bahia Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0009-0002-0458-5627>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem
Médico Cirúrgica
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-9389-1161>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0365-7580>

Samira Silva Santos Soares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-9133-7044>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6216-484X>

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1099-370X>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2936-3468>

RESUMO: Objetivo: analisar a percepção dos recém-ingressos do curso de graduação em enfermagem sobre o reconhecimento social e profissional do enfermeiro. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição de ensino superior do município do Rio de Janeiro. Os participantes foram 20 estudantes do primeiro e segundo períodos do curso de graduação em enfermagem. A coleta de dados ocorreu de forma virtual, nos meses de abril e maio de 2022, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para processamento dos dados, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes ET de Questionnaires*. **Resultados:** A percepção dos participantes acerca do reconhecimento social da profissão ainda é frágil devido a situações como: comparação equivocada entre enfermagem e medicina; desconhecimento da população sobre a complexidade da atuação dos enfermeiros; e o pouco investimento na formação do enfermeiro. Porém, destacaram que o reconhecimento da enfermagem se fortaleceu durante a pandemia da Covid-19, quando a população verificou a relevante atuação da profissão no combate à doença. **Conclusão:** Evidenciou-se situações do exercício da enfermagem que geram uma dicotomia: ora o reconhecimento social e profissional da categoria é positivo e ora é negativo. Ademais, o estudo reforçou a necessidade de as instituições de ensino superior por meio da formação qualificada da profissão contribuírem para fortalecer positivamente a imagem da enfermagem para a sociedade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Percepção social; Reconhecimento social; Ensino; Curso de enfermagem

SOCIAL AND PROFESSIONAL RECOGNITION OF NURSING FROM THE PERSPECTIVE OF RECENT GRADUATE STUDENTS

ABSTRACT: Objective: to analyze the perception of newly enrolled undergraduate nursing students regarding the social and professional recognition of nurses. **Method:** Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out in a higher education institution in the city of Rio de Janeiro. The participants were 20 students from the first and second periods of the undergraduate nursing course. Data collection took place virtually, in April and May 2022, through a semi-structured interview. To process the data, the software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes ET de Questionnaires* was used. **Results:** The participants' perception of the social recognition of the profession is still fragile due to situations such as: mistaken comparison between nursing and medicine; the population's lack of knowledge about the complexity of nurses' work; and little investment in nurse training. However, they highlighted that the recognition of nursing strengthened during the Covid-19 pandemic, when the population saw the profession's relevant role in combating the disease. **Conclusion:** There were situations in nursing practice that generate a dichotomy: sometimes the social and professional recognition of the category is positive and sometimes it is negative. Furthermore, the study reinforced the need for higher education institutions, through qualified training for the profession, to contribute to positively strengthening the image of nursing for Brazilian society.

KEYWORDS: Nursing; Social perception; Social recognition; Teaching; Nursing course

INTRODUÇÃO

Este estudo trata da percepção de recém-ingressos do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública sobre o reconhecimento profissional e social da enfermagem.

A enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado, ofertando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação durante os processos de saúde e doença do indivíduo, família e comunidade. Para tal, tem sua prática pautada em conhecimento técnico e científico, de modo a prestar um atendimento de qualidade. Portanto, entende-se que é uma profissão de relevante importância para a sociedade (Dias et., 2019).

No entanto, ao se investigar acerca do reconhecimento da profissão, verifica-se o baixo reconhecimento da enfermagem, que ainda na contemporaneidade encontra-se atrelada à imagem de subalternidade à medicina. Além disso, o advento do neoliberalismo fundamentando as organizações laborais em saúde contribui para a manutenção de condições insatisfatórias de trabalho, com salários diminutos; extensas jornadas laborais; ambientes inadequados para descanso; escassez de recursos humanos e materiais, que fortalecem a imagem de uma profissão pouco reconhecida socialmente (Amorim et al., 2017).

Ao tratar de reconhecimento, deve-se considerar a existência de dois tipos diferenciados, mas que estão interligados e relevantes para a valorização do trabalhador: imaterial e material. O imaterial pode ser representado por elogios ou congratulações em decorrência de um trabalho bem realizado, enquanto o reconhecimento material caracteriza-se por ganhos salariais, progressões na carreira e condições de trabalho adequadas. O recebimento de ambos os tipos faz com que o trabalhador se sinta motivado e se mantenha na profissão, produzindo mais e melhor (Amorim et al., 2017; Souza et al., 2017).

Ademais, é importante considerar o reconhecimento social, que se caracteriza pelo modo como a população compreende determinada profissão e a ela atribui um valor, tendo potencial tanto de configurar poder e *status*, como também de desqualificar, constituindo-se um importante fator que gera impacto na dimensão psicofísica do profissional. Nesta perspectiva, a visão social é imprescindível para o reconhecimento do trabalho, uma vez que a imagem formada de uma categoria pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento da profissão e a satisfação dos trabalhadores com o seu labor (Souza et al., 2017).

Considerando a contextualização inicial sobre o objeto, elencou-se como objetivo: analisar a percepção dos recém-ingressos do curso de graduação em enfermagem sobre o reconhecimento social e profissional do enfermeiro.

Este estudo é relevante, pois serve como fonte de pesquisa para estudiosos da área da saúde do trabalhador, como base para discussão em níveis de formação da enfermagem, além de contribuir com a melhora na qualidade de vida dos trabalhadores, ampliando o conhecimento sobre a temática e fortalecendo a busca por reconhecimento e valorização social da profissão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do município do Rio de Janeiro, de caráter estadual, que oferece Curso de Graduação em Enfermagem.

Foram incluídos 20 estudantes do primeiro e segundo períodos do curso de graduação em enfermagem, os quais foram contatados por telefone, endereço eletrônico e/ou por aplicativo de mensagens caracterizado como *WhatsApp*. Considerou-se como critérios de exclusão: estudante que já atuou ou atuava como auxiliar ou técnico de enfermagem; discente afastado da instituição por doença ou trancamento durante a coleta.

A justificativa por excluir estudantes que atuavam ou já tinham experiência na enfermagem fundamenta-se no fato de desejar apreender a percepção dos discentes sobre o reconhecimento da profissão advindos das vivências decorrentes dos contextos sociais em que estavam inseridos e menos da formação e ou das experiências no mundo do trabalho.

A coleta de dados ocorreu de forma virtual em plataforma caracterizada por *Google Meet*, nos meses de abril e maio de 2022, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada individual. O conteúdo das entrevistas foi gravado, após consentimento dos participantes, através de aplicativo de aparelho celular.

A parte inicial do roteiro foi composta por perguntas fechadas a fim de traçar um breve perfil dos participantes e a outra parte continha perguntas abertas envolvendo a captação do objeto de estudo. Também foi necessário utilizar o formulário digital (*Google Form*) para encaminhamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a parte do instrumento contendo as perguntas fechadas.

As perguntas contidas no instrumento de coleta que visavam traçar uma breve caracterização dos participantes foram: idade; sexo biológico; período em que estavam matriculados no curso de graduação; e se a instituição de ensino referente ao ensino médio era pública ou privada. Com relação às perguntas abertas do roteiro de entrevista, estas se caracterizaram como: 1) Discorra sobre sua percepção acerca do trabalho da enfermagem; 2) Fale sobre ponto de vista acerca do reconhecimento social da enfermagem; 3) Discorra sobre as situações que podem potencializar o reconhecimento social da enfermagem; e 4) Fale acerca das situações que podem fragilizar o reconhecimento social da enfermagem.

As entrevistas, após finalizadas, foram transcritas no editor de texto *Word 2010* e devidamente codificada para garantir o anonimato dos participantes, constando a letra P referente à palavra participante e um número cardinal relacionado à ordem cronológica de realização.

Salienta-se que o quantitativo de estudantes no primeiro e segundo períodos era de 75 discentes, e o critério utilizado para o término da coleta de entrevistas com 20 discentes foi a reincidência de informação, ou seja, quando o conteúdo das entrevistas começou a se

repetir, o que aconteceu a partir da 15ª entrevista. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos, e a transcrição resultou em 30 laudas, com fonte número 12, do tipo Times New Roman, espaço simples.

Para processamento dos dados coletados, foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes ET de Questionnaires* (IRAMUTEQ), e por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) o *corpus* foi repartido em classes, sendo possível compreendê-las explorando os segmentos de texto (ST) que a compõe e as palavras de maior repetição e significado naquela classe. Estas palavras podem ser visualizadas a partir do dendrograma, o qual exprime a organização, separação e relação entre as classes, dispostas em cores diferenciadas. Posteriormente, os dados foram analisados à luz da Psicodinâmica do Trabalho, além de outras bases teóricas sobre o mundo do trabalho em saúde e enfermagem (Sousa et al., 2020).

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável e recebeu aprovação mediante parecer nº 4.681.711 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 44705621.9.0000.5282.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 estudantes recém-ingressos na IES, de caráter público, matriculados no primeiro e segundo período da graduação. Deste quantitativo, 6 (30%) possuíam matrícula ativa no primeiro período, enquanto 14 (70%) estavam cursando o segundo período. Quanto ao sexo, 17 (85%) eram do sexo feminino e 3 (15%) do sexo masculino. Em relação à idade dos participantes, 8 (45%) graduandos tinham 19 anos; 9 (40%) registraram idade entre 20 e 22 anos; 2 (10%) declararam possuir 18 anos; e apenas 1 (5%) tinha 24 anos.

A partir da CHD, o *corpus* foi dividido em cinco classes, dispostas em cores diferenciadas. Observou-se que na primeira partição houve a divisão do *corpus* em dois *subcorpus*, os quais foram considerados como dois blocos temáticos. O bloco temático 1 foi composto pelas classes 4, 5 e 1, enquanto o bloco temático 2 agregou as classes 2 e 3. A segunda partição separou a classe 1 das demais classes. Posteriormente, ocorreu a terceira partição, separando as classes 4 e 5 e, na sequência, houve uma quarta partição, segregando as classes 2 e 3.

Assim, a CHD permitiu minuciosa análise dos segmentos de texto (ST) e a compreensão das suas conexões, bem como a relação entre as classes apontadas graficamente pelo dendrograma (figura 1). A seguir apresenta-se o dendrograma para melhor visualização da disposição das referidas classes.

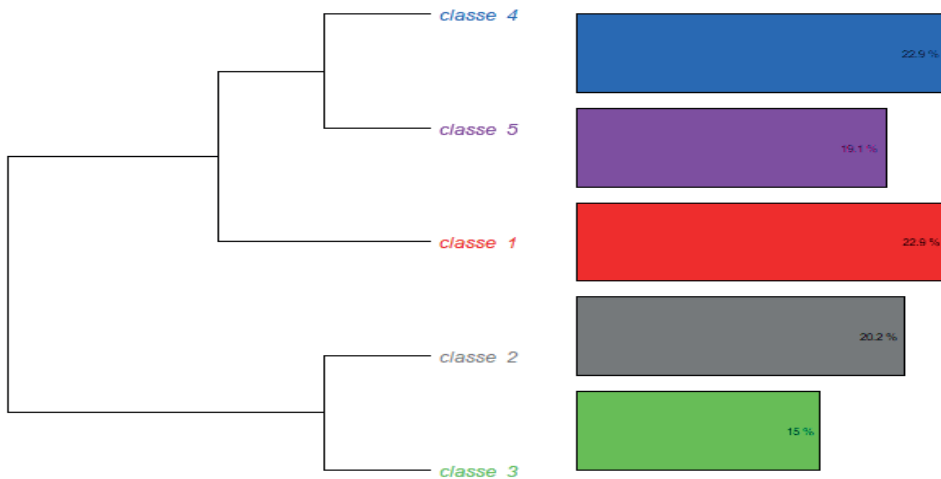


Figura 1. Dendrograma 1

Fonte: Autores, 2023

Nessa perspectiva, os blocos temáticos e suas respectivas classes foram nomeados, a fim de atender ao objetivo do estudo. O bloco temático 1 foi denominado “Reconhecimento social e profissional da enfermagem” e o bloco temático 2 foi designado como “Formação do enfermeiro para o mundo do trabalho”.

Bloco 1: Reconhecimento social e profissional da enfermagem

O bloco temático 1 foi composto pelas classes 1, 4 e 5, que representam 64,9% dos segmentos de texto. Essas classes relacionam-se com as situações e/ou acontecimentos no exercício da enfermagem que podem potencializar ou fragilizar o seu reconhecimento social e profissional, bem como o ponto de vista dos participantes sobre a visibilidade dos enfermeiros na sociedade.

A **classe 1** evidenciou situações do exercício da enfermagem que geram um impacto positivo no seu reconhecimento social, bem como outros meios que podem provocar essa repercussão. Assim, foi apontado pelos estudantes que a internação hospitalar é um meio de compreender melhor o papel da enfermagem na assistência. Ainda, foi destacado que o contexto pandêmico contribuiu para que a profissão tivesse uma melhor visibilidade social.

[...] eu acho que quando a pessoa fica internada, ela reconhece mais, porque ela vai ver que aquele profissional está ali o dia inteiro com ela, tendo um acompanhamento da saúde dela no dia a dia. (P15)

Uma coisa que potencializou muito essa questão do reconhecimento da enfermagem foi durante a pandemia de COVID-19, porque as pessoas começaram a procurar mais os serviços de saúde e ver que ali, com o paciente, estava mais presente o enfermeiro. (P9)

A **classe 4** apresentou situações do exercício da enfermagem que geram um impacto negativo e dificultam o fortalecimento do reconhecimento social da profissão, bem como outros meios que podem provocar esse efeito. Assim, os ST desta classe indicaram que as constantes comparações realizadas entre a enfermagem e a medicina, nas quais a enfermagem é colocada em uma posição de assistente do médico e a remuneração diminuta da categoria, somada às condições insatisfatórias de trabalho, prejudicam o reconhecimento social e profissional da enfermagem.

Existe o desrespeito com essa categoria de trabalho, existe a falta de remuneração adequada e as condições indignas de trabalho. (P9)

[...] a medicina é uma profissão de muito status, então as pessoas já têm essa idealização de que o médico é o mais importante [...] isso prejudica a visibilidade do enfermeiro, porque a gente é negligenciada e excluída socialmente de uma assistência que é feito em conjunto. (P3)

A **classe 5** abordou como a enfermagem é reconhecida social e profissionalmente a partir do ponto de vista dos recém-ingressos. Os participantes apontaram que a sociedade pouco reconhece a importância da enfermagem para os sistemas de saúde e que, mesmo sendo uma profissão que comporta diversas áreas de atuação, ainda é resumida a procedimentos como aplicação de vacinas. Além disso, foi assinalado que o estudante de graduação tem um papel ímpar na contribuição do reconhecimento, de modo a disseminar informações a respeito do exercício da profissão.

As pessoas pensam no enfermeiro só como um profissional que vai fazer procedimento e aplicar vacina, elas não têm uma visão do que o enfermeiro pode fazer, as áreas que ele pode atuar, o que ele pode fazer dentro da saúde. (P8)

Agora que eu estou fazendo faculdade, tento ao máximo que passar para as pessoas o que é a enfermagem [...] estou conseguindo passar esse conhecimento e as pessoas estão vendo de verdade o que é a enfermagem. (P12)

Bloco 2: Formação do enfermeiro para o mundo do trabalho

Esse bloco temático foi composto pelas classes 2 e 3, que representam 35,2% dos ST. Essas classes retratam a importância da formação superior e seu impacto no reconhecimento da profissão, assim como a configuração da enfermagem no mundo do trabalho em saúde.

A **classe 2** destacou como a enfermagem se encontra no mundo do trabalho, evidenciando que a prática da enfermagem é voltada para o cuidado holístico e que o acolhimento e a humanização são características singulares da enfermagem. Outra questão sinalizada, foi a atuação do enfermeiro centrada no ambiente hospitalar, pois ainda se têm a visão deste profissional atuando somente no hospital.

Eu tenho a visão de que o enfermeiro cuida muito do ser humano em si, tem todo aquele cuidado de se preocupar além da doença. Ele é empático no seu cuidado. Vejo a enfermagem muito como acolhimento, tanto na saúde física quanto na saúde mental. (P3)

Para mim é a parte mais importante no hospital porque ela rege tudo praticamente, os tratamentos. E a população tem este entendimento centrado na assistência hospitalocêntrica (P18)

A **classe 3** referiu-se à formação do enfermeiro e seu impacto no alcance do reconhecimento social e profissional. Relatam a importância da formação na instituição de ensino a qual estão inseridos, pois apresenta não somente as vertentes técnicas e científicas do cuidado, mas reforça o olhar holístico como indispensável para o exercício da profissão. Ainda, afirmam que desde o início do curso de graduação, concepções pré-construídas começam a ser rompidas e a importância da visão social para o cuidado de enfermagem vai sendo internalizada.

Eu não fazia ideia desse olhar a mais da doença, e a graduação constrói isso na gente. Nós não somos simplesmente um enfermeiro, a gente é o enfermeiro para cuidar da dimensão biopsicossocial. (P10)

A gente tem muito na grade curricular a questão de sociologia, antropologia no primeiro período, que até para uns pode ser bem chato, mas a questão da importância não fica longe. Acho que a gente tem que aprender primeiro sobre o Homem e as questões sociais, para sermos bons profissionais. (P9)

DISCUSSÃO

A enfermagem, por ser uma profissão que lida com o indivíduo, família e comunidade, sente a necessidade do reconhecimento desses agentes os quais são os protagonistas de suas ações. Esse reconhecimento contribui para o fortalecimento da identidade profissional e da autorrealização (Paixão et al., 2021).

Nesse contexto, destaca-se o trabalho da enfermagem no combate a COVID-19, como foi apontado nesse estudo, em que os profissionais tiveram que enfrentar um cenário de trabalho atípico e adverso, elaborando estratégias de cuidado para o tratamento de uma doença provocada por um vírus cujo comportamento no corpo humano ainda era desconhecido (Paixão et al., 2021; Silva et al., 2021).

Assim, a enfermagem, embora parte de uma equipe multiprofissional, assumiu em muitos momentos a liderança no contexto pandêmico, organizando e prestando as ações de saúde, evidenciando seu protagonismo na pandemia que, com sua atuação eficaz, efetiva e segura, foi primordial para o combate à doença, reforçando sua relevância profissional e social da profissão (Silva et al., 2021).

Dentre os impactos que dificultam a conquista do reconhecimento social e profissional da categoria, os participantes citaram as constantes comparações entre a profissão de

enfermagem e a medicina, assim, ocupando um lugar inferior em uma hierarquia no setor saúde, criada historicamente, mas que persiste na visão social e, por vezes, em algumas instituições de saúde. Essa lógica insólita, na qual a medicina assume o protagonismo da assistência, fortalece e aumenta sua visibilidade diante da sociedade bem como no ambiente de trabalho em saúde (Raimundo; Silva, 2020).

A hierarquia, além de verticalizar as ações de saúde e afetar as relações de trabalho, também culmina na desvalorização da cientificidade e habilidades das demais categorias profissionais, inclusive a enfermagem, a qual tem sua prática muitas vezes comparada às da medicina. Neste sentido, tal profissão é vista socialmente como coadjuvante e nunca como em posição de compartilhamento e complementaridade com a medicina, dificultando o reconhecimento da enfermagem que, frequentemente, é tido como incipiente (Wanderbroocke et al., 2018; Silva et al., 2019).

Outro aspecto referido foram as condições laborais às quais a enfermagem é submetida, com destaque para a questão salarial. Apesar da sua relevância, ainda é submetida a condições laborais inadequadas que a desvaloriza, com cargas horárias muito extensas; esforço físico excessivo; dimensionamento de pessoal inadequado; salários baixos e insuficientes. Como consequência da baixa remuneração, tem-se a necessidade de acumular vínculos laborais na tentativa de se obter uma renda maior. Tal fato favorece o sofrimento psicofísico e a insatisfação e, ainda, pode levar ao adoecimento e ao abandono da profissão (Fernandez et al., 2021; Bardaquim et al., 2019; Santos et al., 2020).

Por outro lado, uma remuneração justa gera impacto não somente na dimensão profissional, mas também na subjetividade do trabalhador, que se sente mais motivado para exercer sua profissão (Cofen, 2023).

Salienta-se que a formação superior tem influência no reconhecimento da profissão, assim como a configuração da enfermagem no mundo do trabalho, além de ter o potencial de modificar a concepção limitada sobre as áreas de atuação da profissão que, muitas vezes, está impregnada nos recém-ingressos (Facione; Crossetti; Riegel, 2017).

Por este ângulo, ressalta-se que para ofertar uma assistência qualificada e integral, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades que possibilitem a fuga da lógica tecnicista e a tomada de decisão pautada no empirismo, mas que envolva uma gama de habilidades e conhecimentos que possibilitem atender as necessidades do indivíduo como um todo. Esse olhar diferenciado sobre o cuidar permite ao profissional enfrentar diferentes adversidades e adaptar a assistência ao perfil da população que deve cuidar, e é por meio da formação que se atingirá este cuidado de excelência, por conseguinte, um maior reconhecimento social (Facione; Crossetti; Riegel, 2017).

Salienta-se que a busca por reconhecimento e valorização da profissão perpassa por lutas políticas e sociais, mas também se estende à prática dos profissionais e sua formação. Para tal, investir no aperfeiçoamento e espaços de aprendizado conferem ao profissional maior conhecimento e, conseqüentemente, maior autonomia, possibilitando um cuidado qualificado e maior visibilidade às ações de enfermagem (Bonfada et al., 2018).

Entende-se como limitação do estudo a realização da coleta de dados em uma única IES, o que reduz a amostra. Portanto, os resultados não podem ser generalizados, devendo-se considerar as suas especificidades e a indicação para novas pesquisas em outras IES.

Destarte, o estudo permitiu refletir sobre a enfermagem e sua importância profissional e social, bem como para a IES, de modo que possa analisar a forma como está desenvolvendo essas questões e como pode contribuir para fortalecer positivamente a imagem da enfermagem para a sociedade.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a percepção dos participantes acerca do reconhecimento social e profissional da enfermagem ainda é frágil devido a algumas situações: comparação equivocada entre enfermagem e medicina; desconhecimento da população sobre a complexidade da atuação dos enfermeiros; e o pouco investimento na formação do enfermeiro no sentido de capacitá-lo para o cuidado integral.

Por outro lado, destaca-se que em uma pandemia a enfermagem pode ser reconhecida como força de resposta fundamental na linha de frente no combate à doença, permitindo que a população possa verificar o relevante e fundamental papel deste profissional nos cenários de saúde, como aconteceu no caso da Pandemia da Covid 19.

A limitação do estudo refere-se à coleta de dados em apenas um cenário. Além disso, entende-se que o número de participante foi pouco abrangente, isso pode restringir a generalização dos resultados, já que as conclusões se baseiam em uma amostra limitada e podem não refletir a diversidade ou variações presentes em diferentes locais ou contextos. Para mitigar essa limitação, futuras pesquisas podem considerar a inclusão de múltiplos locais para obter uma visão mais abrangente e representativa do fenômeno em estudo.

REFERÊNCIAS

Amorim, L. K. A.; Sousa, N. V. D.O.; Pires, A. S.; Ferreira, E. S.; Souza, M. B.; Pereira, A. C. R. **Vonk The nurse's role: recognition and professional appreciation in the user's view**. Rev Enferm UFPE on line, v. 11, n. 5, p. 1918-1925. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31383>. Acesso em: 15 mar. 2024

Bardaquim, V. A.; Dias, E. G.; Dalri, R. C. M. B.; Robazzi, M. L. C. C. **Reflexão sobre as condições de trabalho da enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho**. Rev Enf Contemp, v. 8, n. 2, p. 172-81. 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2466>. Acesso em: 10 fev. 2024

Bonfada, M. S. B.; Moura, L. N.; Soares, S. G. A.; Pinno, C.; Camponogara, S. **Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar**. Enfermagem Brasil, v. 17, n. 5, p. 537-534. 2018. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1503>. Acesso em: 19 jan. 2024.

COFEN. **Governo sanciona Piso Salarial da Enfermagem**. 2023. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/governo-sanciona-piso-salarial-daenfermagem_101332.html. Acesso em: 19 fev. 2024.

Dias, M. O.; Souza, N. V. D. O.; Penna, L. H. G.; Gallasch, C. H. **Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, e03492. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492>. Acesso em: 15 mar. 2024

Facione, P. A.; Crossetti, M. G. O.; Riegel, F. **Holistic Critical Thinking in the Nursing Diagnostic Process**. Rev Gaúcha Enferm, v. 38, n. 3, e75576. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/S83McdKc8kqWRxqhzr4yzDt/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 jan. 2024

Fernandez, M., Lotta G, Passos H, Cavalcanti P, Corrêa MG. **Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil**. Saúde soc, v. 30, n. 4, e201011. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201011>. Acesso em: 10 fev. 2024

Moreira, M. R. S.; Xavier, S. P. L.; Machado, L. D. S.; Silva MRF, Machado MFAS. **Enfermagem na pandemia da covid-19: análise de reportagens à luz da teoria do reconhecimento**. Enferm. Foco, v. 11, n. 1, p. 116-123. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3581>. Acesso em: 15 jan. 2024

Paixão, G. L. S.; Freitas, M. I.; Cardoso, L. C. C.; Carvalho, A. R.; Fonseca, G. G.; Andrade, A. F. S. M.; Passos, T. S. **Estratégias e desafios do cuidado de enfermagem diante da pandemia da covid-19**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 19125-19139. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-521>. Acesso em: 18 jan. 2024

Raimundo, J. S.; Silva, R. B. **Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil**. Revista Mosaico, v. 11, n. 2, p. 109 - 116. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>. Acesso em: 18 jan. 2024

Santos, T. A.; Suto, C. S. S.; Santos, J. S.; Souza, E. A.; Góes, M. M. C. S. R.; Melo, C. M. M. **Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos**. Rev. Min. Enferm., v. 24, e1339. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1149514>. Acesso em: 10 fev. 2024

Silva, B. N.; Silva, C. R. D. V.; Silva, A. F.; Sarmiento, W. M.; Vêras, G. C. B. **Reflexos das relações de saber-poder no contexto da estratégia de Saúde da Família**. Arch Health Invest, v. 8, n. 5, p. 229-236. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v8i5.3248>. Acesso em: 10 fev. 2024

Silva, V. G. F.; Silva, B. N.; Pinto, É. S. G.; Menezes, R. M. P. **The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic**. Rev Bras Enferm., v. 74, e20200594. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>. Acesso em: 18 jan. 2024

Sousa, Y. S. O.; Gondim, S. M. G.; Carias, I. A.; Batista, J. S.; Machado, D. C. M. **O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas**. Pesquisas e Práticas psicossociais, v. 15, n. 2. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015. Acesso em: 15 jan. 2024

Souza, N.V.D.O.; Pires, A. S.; Gonçalves, F. G. A.; Tavares, K. F. A.; Batista, A. T. P.; Bastos, T. M. G. **Formação em enfermagem e mundo do trabalho: percepções de egressos de enfermagem**. Aquichan, v. 17, n. 2. P. 204-216. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/741/74153575009/html/>. Acesso em: 15 mar. 2024

Wanderbroocke, A. C. N. S.; Baasch, C.; Antunes, M. C.; Menezes, M. **The meaning of community in a multiprofessional hospital team: hierarchy, individualism, conflict**. Trab educ saúde, v. 16, n. 3, p. 1157-1176. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>. Acesso em: 18 jan. 2024

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE VARFARINA NO BRASIL

Data de aceite: 02/05/2024

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: Busca-se aqui trazer um panorama geral das principais notificações de eventos adversos relacionados ao uso da varfarina/varfarina sódica segundo dados disponíveis no sistema VigMed no Brasil. Tais dados estão disponíveis no site: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>. Desde o ano de 2018 até a abril de 2023 foram realizadas 943 notificações de eventos adversos relacionados ao uso desse medicamento. Destaca-se que é fundamental se conhecer tais dados para que os gestores de saúde, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas possam tomar as medidas necessárias para a diminuição de tais eventos e maior segurança as pacientes e indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamentos, Farmacovigilância, Varfarina, VigMed.

ABSTRACT: The aim here is to provide an overview of the main reports of adverse events related to the use of warfarin/warfarin sodium according to data available in the VigMed system in Brazil. Such data are available on the website: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>. From 2018 to April 2023, 943 reports of adverse events related to the use of this medication were made. It is important to highlight that it is essential to know such data so that health managers, health professionals and public policy makers can take the necessary measures to reduce such events and provide greater safety for patients and individuals.

KEYWORDS: Medicines, Pharmacovigilance, Warfarin, VigMed.

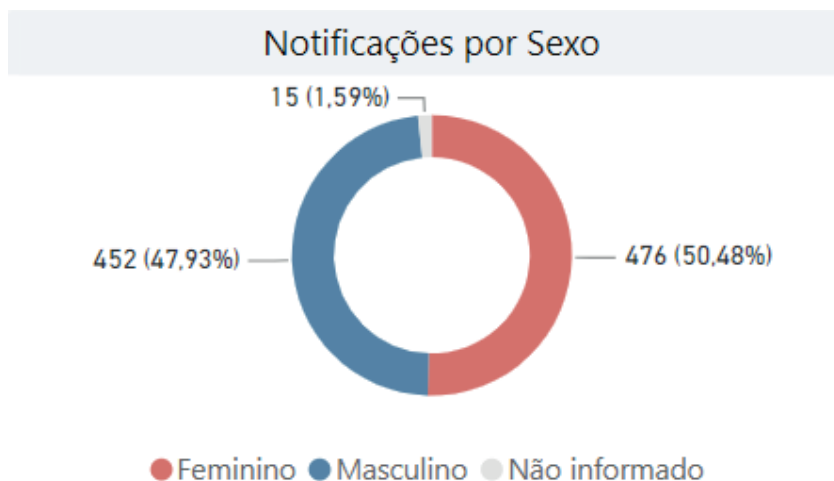
INTRODUÇÃO

A terapia anticoagulante é recomendada para trombopprofilaxia primária e secundária, podendo ser realizada com anticoagulantes orais (ACO). Inibidores da vitamina K, como a varfarina, e ACO diretos, incluindo inibidores diretos do Fator Xa e inibidores do Fator IIa, estão

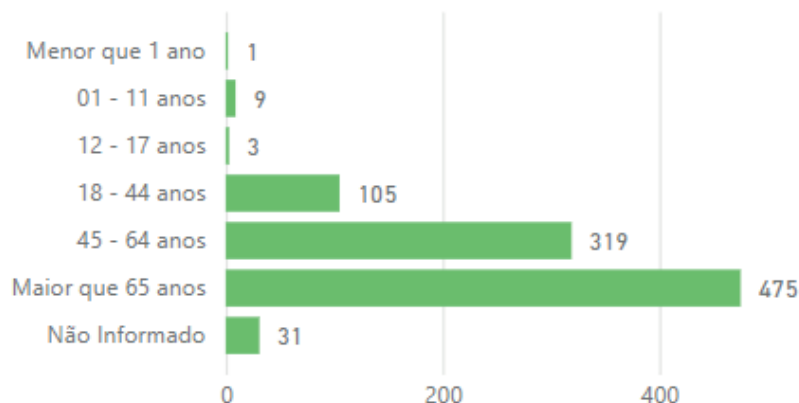
atualmente disponíveis na prática clínica. Os ACO diretos têm melhor previsibilidade de resposta à dose e não requerem monitoramento laboratorial constante. Entretanto, seu uso seguro ainda não foi definido para pacientes com válvulas cardíacas mecânicas, fibrilação atrial (FA) com cardiopatia reumática e estenose mitral, insuficiência renal, gravidez e amamentação. A varfarina, portanto, ainda é amplamente prescrita em todo o mundo, sendo o ACO preferido em países de baixa e média renda¹⁻³.

Apesar dos benefícios da varfarina na prática clínica, apresenta índice terapêutico estreito, grande variabilidade na dose-resposta, influência de polimorfismos genéticos e interações com inúmeras drogas, alimentos e álcool^{2,4,5}. Assim, a varfarina está entre os principais medicamentos associados a eventos adversos, incluindo mortes acidentais. Nesse sentido, avaliar os principais eventos adversos é um dos primeiros passos no planejamento de intervenções para melhorar a qualidade da anticoagulação oral e segurança do paciente

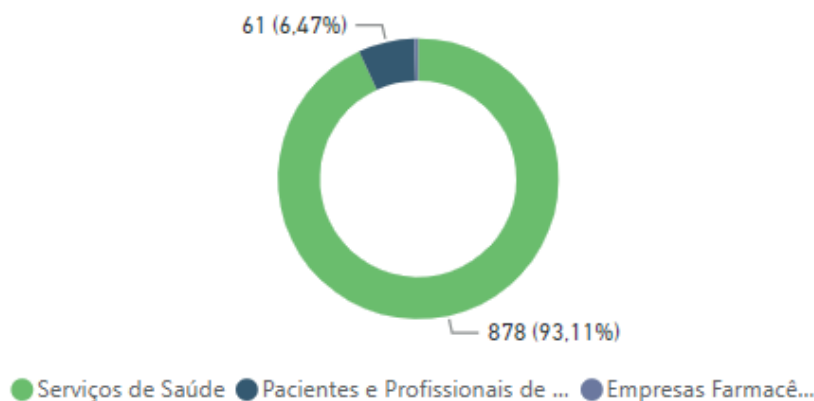
Abaixo são exibidos os gráficos com as principais informações disponibilizadas pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, através de dados reunidos pelo sistema VigMed⁶. Tais dados são disponibilizados de forma pública e servem de base de dados para pesquisas científicas e informações para a população brasileira em geral.



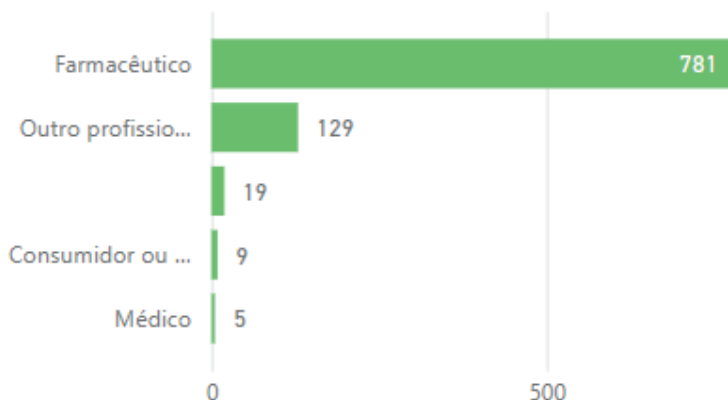
Notificações por Faixa etária



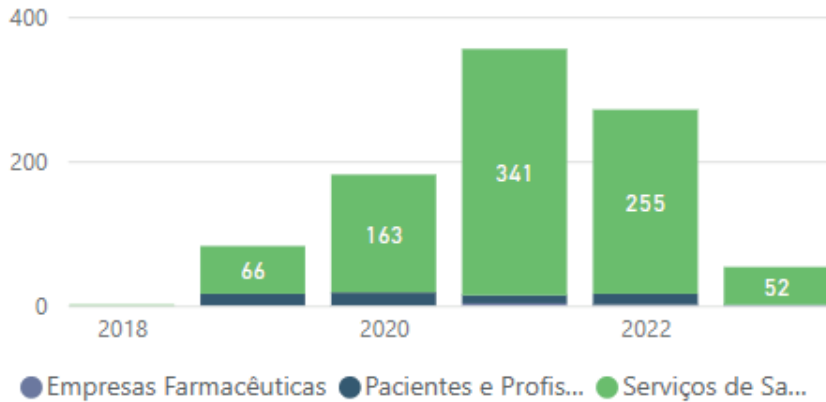
Notificação por Tipo de Entrada no VigiMed



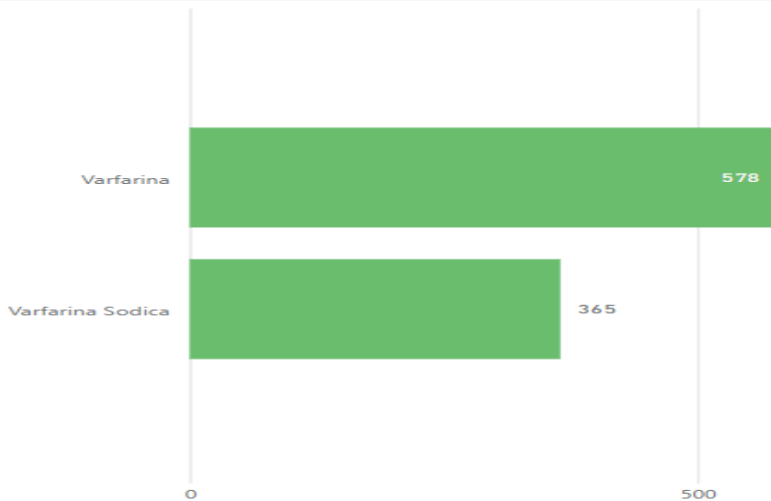
Notificação por Tipo de Notificador



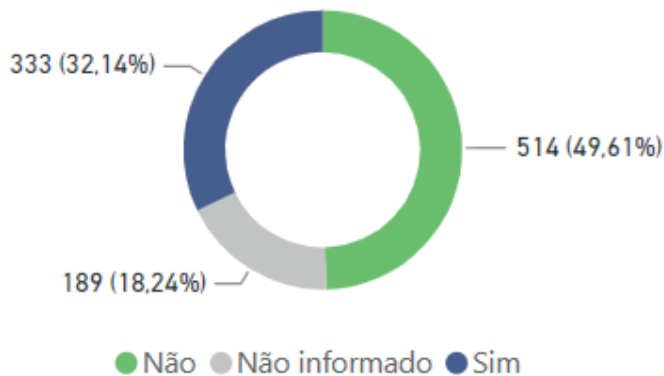
Total de Notificação por Ano



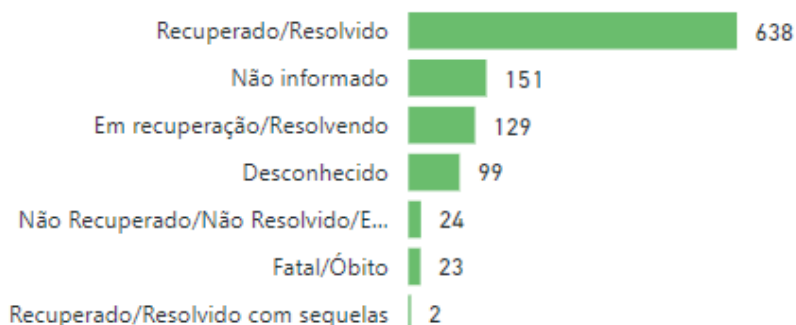
Notificação por Medicamento Suspeito



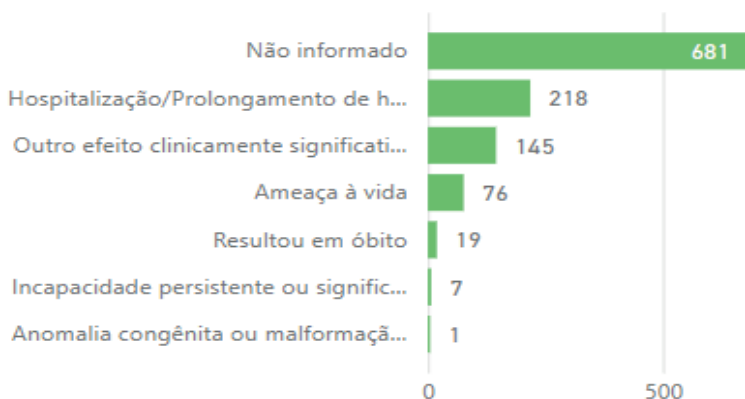
Eventos adversos por Gravidade



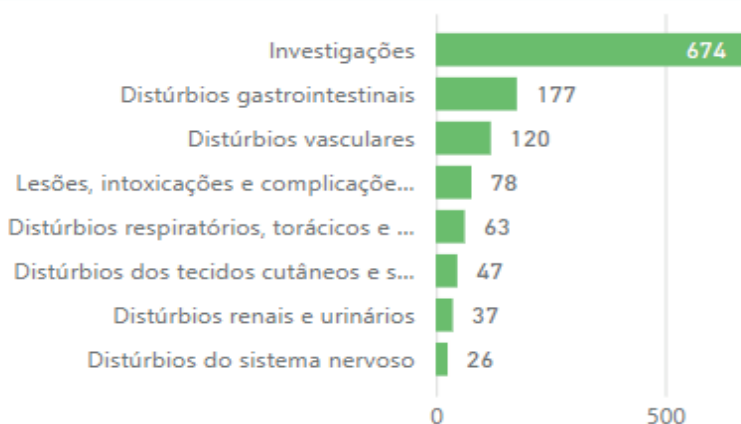
Evento adverso por desfecho INFORMADO PELO NOTIFICADOR, ANTES DA ANÁLISE PELA ANVISA



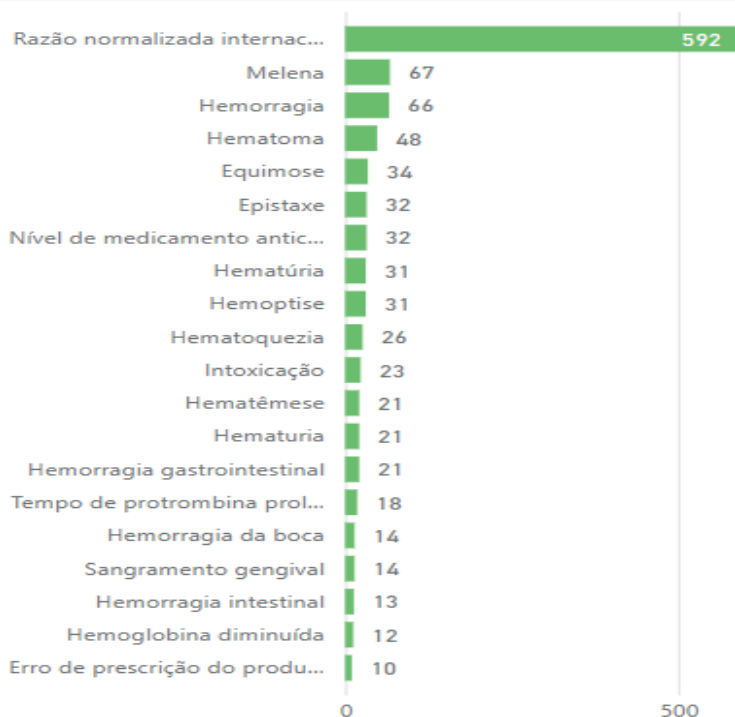
Eventos Adversos por critério de gravidade



Evento Adverso por SOC (MedDRA)



Evento Adverso por PT (MedDRA)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o ano de 2018 até a abril de 2023 foram realizadas 943 notificações de eventos adversos relacionados ao uso da varfarina, em que 23 pacientes evoluíram para óbito. Foram notificadas situações graves envolvendo eventos hemorrágicos importantes e necessidade ou prolongamento de hospitalização. Os dados reunidos pela ANVISA através do sistema VigMed são extremamente importantes e fundamentais para que os gestores de saúde, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas possam tomar as medidas necessárias para a diminuição de tais eventos e maior segurança as pacientes e indivíduos que fazem uso deste medicamento.

REFERÊNCIAS

1. De Caterina R, Ageno W, Agnelli G, Chan NC, Diener HC, Hylek E, et al. The Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Heart Disease: Section V-Special Situations. *Thrombosis and haemostasis*. 2019;119(1):14–38.
2. Praxedes MFS, Martins MAP, Mourão AOM, Gomes KB, Reis EA, Souza RP, et al. Non-genetic factors and polymorphisms in genes CYP2C9 and VKORC1: predictive algorithms for TTR in Brazilian patients on warfarin. *European journal of clinical pharmacology*. 2020;76(2):199–209.

3. Vianna MS, da Silva Praxedes MF, de Araújo VE, Ferreira CB, de Sousa WJFN, Viana CC, et al. Self-report instruments for assessing adherence to warfarin therapy: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2021;77(12):1765–81.
4. Park YK, Lee MJ, Kim JH, Lee JS, Park RW, Kim GM, et al. Genetic and Non-Genetic Factors Affecting the Quality of Anticoagulation Control and Vascular Events in Atrial Fibrillation. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*. 2017;26(6):1383–90.
5. Roth JA, Bradley K, Thummel KE, Veenstra DL, Boudreau D. Alcohol misuse, genetics, and major bleeding among warfarin therapy patients in a community setting. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2015;24(6):619–27.
6. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/notificacoes-de-farmacovigilancia>

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA EM CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS

Data de aceite: 02/05/2024

Jamile Alves do Sacramento Pereira

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

Roberta Messias Marques

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

RESUMO: Os cuidados com pessoas doentes fazem parte da essência da enfermagem desde os primórdios, no entanto sua atuação em cuidados paliativos não é amplamente difundida. **Objetivo:** descrever a importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar especializada em cuidados paliativos em idosos. **Materiais e Métodos:** tratou-se de uma revisão bibliográfica de literatura, de caráter qualitativo. A pesquisa discutiu acerca de 12 publicações que responderam à questão norteadora. **Resultados e Discussão:** o enfermeiro desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados paliativos, no entanto nem sempre ele reconhece sua atuação. Contudo, demonstrou-se que enfermeiros que reconhecem sua importância, têm apresentado melhora na prestação de

cuidados. **Conclusão:** evidenciou-se então a precisão da educação contínua entre enfermeiros, para que, ao se depararem com a atuação paliativa saibam identificar as principais necessidades, possibilitando um melhor direcionamento dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Cuidados Paliativos. Enfermagem. Idosos.

THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN THE MULTIDISCIPLINARY TEAM SPECIALIZED IN PALLIATIVE CARE IN THE ELDERLY

ABSTRACT: Caring for sick people has been part of the essence of nursing since the beginning, however its work in palliative care is not widely disseminated. **Objective:** to describe the importance and need to better understand chronic illness in the elderly and palliative care in the active phase of death. **Materials and Methods:** the study is a bibliographical literature review, of a qualitative nature. **Results:** the research discussed 12 publications that answered the guiding question. **Discussion:** nurses play a fundamental role in providing palliative care, however they do not always recognize their role. However, it is demonstrated that nurses who recognize its importance have

shown improvements in the provision of care. **Conclusion:** it is noted that nurses need continued training so that they can identify palliative needs.

KEYWORDS: Assistance. Palliative care. Nursing. Elderly.

INTRODUÇÃO

O presente artigo teve como objeto geral de estudo, descrever a importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar especializada em cuidados paliativos em idosos.

Entende-se que os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade terapêutica, +que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo é tradicionalmente objeto de ação na área oncológica, embora possa ser utilizado em qualquer situação de Terminalidade.

Markus et. al. (2017) apresenta o cuidado como atividade fundamental em todas as fases da doença de uma pessoa, deve-se ainda salientar que na fase terminal, isso exige habilidades específicas do profissional da saúde, especialmente do enfermeiro. Ao enfrentar o tema cuidados paliativos, reitera-se que o profissional da enfermagem seja atuante frente a pacientes, percebe-se por vezes, o desespero em lidar com a terminalidade diante de uma situação de impotência ao trabalhar sob os aspectos relacionados com a vida e a morte a realizar atividades de cuidados com esses pacientes.

A OMS (2010) estende os cuidados paliativos, não apenas para o doente, mas também para seus familiares, pois esses irão vivenciar o sofrimento desse ente querido. Os familiares estarem cientes do quadro paliativo é de grande importância pelo motivo de que possa passar segurança para o paciente e ao mesmo tempo a tranquilidade de que ele não sentirá dor, desconforto e terá todos os cuidados possíveis para seu processo de morrer.

Outro ponto muito importante do acolhimento familiar é deixar preparados para o processo de luto pós-morte do paciente diagnosticado como paliativo, deixando-o mais consolado o possível, aliviados por ter realmente feito tudo o possível e deixá-los cientes dos direitos estabelecidos em lei desses cuidados (OMS, 2010). O cuidado paliativo propõe, ao profissional de saúde, mas em específico ao enfermeiro que precisa saber sobre educação em saúde, controle de sintomas, comunicação de maneira clara e objetiva e trabalho em equipe primando pelo bem-estar dos pacientes e sua família. Este, por sua vez, também deve estar atento em priorizar o conforto para aquele que está em fim de vida com todo auxílio e empatia que lhe forem capazes.

Cabe ao profissional da enfermagem planejar e implementar ações que serão desenvolvidas para o paciente que requer cuidados paliativos, visando suporte humanizado e promover uma melhor qualidade de vida aos indivíduos fora de possibilidade de cura. Esta capacitação tem um dever ético, tendo em visto que o Código de Ética determina que estes profissionais possuem seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação à sua prática profissional.

O desafio de cuidar com competência científica sem, no entanto, esquecer-se da valorização do ser humano (Faresin, 2019). Para que essas necessidades sejam atendidas, e o cuidado seja integral, é primordial que a equipe de saúde resgate a relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades dos pacientes, mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar. Estes pacientes esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, respeito e empatia, de modo a auxiliá-los no processo de morte, valorizando a sua experiência.

Diante disso, qual a importância do enfermeiro em cuidados paliativos em idosos? O estudo teve como objetivo geral, descrever a importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar especializada em cuidados paliativos em idosos. E como objetivos específicos: Relacionar o processo do envelhecimento e cuidados paliativos em idosos; Conhecer os cuidados paliativos prestados aos idosos; Abordar o papel do enfermeiro nos cuidados paliativos em idosos.

Diante do exposto e avaliando a relevância do tema, o presente trabalho, justificou-se em especial, pela relevância da temática que está em ascensão, tornando-se necessária uma reflexão sobre todo contexto referente aos cuidados paliativos em idosos com doenças crônicas, possibilitando aos leitores um conhecimento amplo no que difere das estratégias utilizadas para o conforto e bem estar desses.

REFERENCIAL TEÓRICO

Relação do envelhecimento e cuidados paliativos

Destaca-se que a população idosa vem tendo um aumento considerável e que se prevê maior número de pessoas mais idosas no nosso contexto social. Também se associa ao avanço da idade as doenças degenerativas onde o que se prima é pela qualidade de vida e bem-estar no processo de envelhecer. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020):

Os censos populacionais entre 2010 e 2020, mostram um índice de crescimento da população brasileira de 12,3%, aproximadamente 21 milhões de pessoas, no total contabilizado em 2010 de aproximadamente 191 milhões de habitantes. A proporção de idosos na população neste mesmo período passou de 5,9% para 7,4%, aproximadamente 20 milhões de pessoas (IBGE, 2020).

Este aumento da população idosa fez uma mudança no perfil da população brasileira, sendo necessário que os órgãos governamentais criem políticas públicas de saúde, educação, cultura, lazer, inclusão digital para que as necessidades desses idosos sejam atendidas e para que eles não se sintam isolados da sociedade. A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) em seu Artigo 1º determina que: é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. A mesma Lei de nº 10.741/2003 em seu Artigo 3º estabelece que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento (Brasil, 2013).

No que se refere a assistência em saúde ao idoso deve ser prestada com primazia pela atenção primária postergando assim as hospitalizações e institucionalizações. Nesse contexto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o desenvolvimento de sistemas de saúde orientados para os indivíduos, que contemplem a integração e a continuidade dos cuidados e possuam uma porta de entrada no sistema que permita construir uma relação de confiança entre as pessoas e seus prestadores de serviço (Brasil, 2012).

MENDES (2022) enfatizou em sua pesquisa que a rede de atenção à saúde da população idosa se caracteriza como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculada entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

Na assistência ao idoso a atenção se volta a preservação da capacidade funcional, pois engloba uma população frágil e que requer monitoração em todos os níveis da saúde. A avaliação de forma funcional possibilita a avaliação quanto ao nível de assistência (BRASIL, 2012). Dessa forma as ações de saúde à população idosa vislumbram uma estratégia de identificação precoce e monitoramento dos agravos para que se possa intervir. Também destaca o cuidado a Nível ambulatorial e domiciliar com ou sem o apoio hospitalar (Andrade, 2013).

As doenças degenerativas se caracterizam como doenças que têm gradual lesão tecidual com caráter irreversível e evolutivo, que leva a limitações das funções vitais, atingem às funções neurológicas e osteomusculares, provocam degeneração da estrutura da célula envolvendo todo o organismo.

A população mais acometida é a de idosos, dentre as principais doenças degenerativas estão: doença de Parkinson; esclerose lateral amiotrófica, osteoporose, diabetes, hipertensão, arteriosclerose, reumatismo, câncer alguns tipos, doença de Alzheimer, entre outras. As doenças degenerativas acometem, portanto, a diminuição da qualidade de vida que leva o idoso a dependência de outrem (Andrade et al., 2013).

Nesse sentido o foco dos cuidados paliativos não está relacionado à cura da doença, mas sim ao doente que deve ser visto como um indivíduo biográfico, em atividade e com direito à informação e autonomia em sua plenitude no que se refere às decisões quanto ao seu tratamento, portanto, a prática dos cuidados paliativos (Brasil, 2012).

Para Santos (2011) a Terminalidade diante de algumas patologias se torna inevitável, nesse momento, a assistência deve ser humanizada tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Deve ser enfatizado amenizar o sofrimento e devem ser implementados os cuidados paliativos em sua toda sua dimensão que envolvem os fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais. O que enfatiza os cuidados paliativos nessa população como estratégia de intervenção em saúde.

Os cuidados paliativos surgiram em resposta à tendência desumanizante na medicina moderna, por meio do movimento dos cuidados paliativos surgiu em 1967, iniciado por mulheres como Cicely Saunders na Inglaterra e posteriormente Elizabeth Kulber-Ross nos Estados Unidos (Oliveira et al., 2010). Quanto à institucionalização dos cuidados paliativos, teve início no Reino Unido na década de 1960 com o objetivo muito explícito de amenizar o sofrimento no processo de morte, pois os pacientes em final de vida não precisam mais de cuidados médicos, mas de cuidados paliativos, cujo objetivo principal é aliviar a dor e promover o conforto aos pacientes em estado terminal.

Tratando o paciente de maneira integral, como um todo, pois seu sofrimento envolve-o como um todo (Arcanjet al., 2018). Na atualidade, os cuidados paliativos são comuns, embora o acesso à prática desses cuidados seja bastante assimétrico em todo o mundo, mesmo a nível europeu é baseado no respeito pela pessoa humana e sua dignidade, e seu lema é sempre a pessoa primeiro, colocando-o assim acima da ciência e da tecnologia (Bayer, 2017).

O conceito de cuidados paliativos evoluiu ao longo do tempo, conforme a filosofia de saúde se desenvolveu em diferentes regiões do mundo. Os cuidados paliativos foram definidos não em relação ao órgão, idade, tipo de doença ou patologia, mas principalmente para avaliar o provável diagnóstico e possíveis necessidades do paciente e sua família (Sousa, 2020).

Os cuidados paliativos se aplicam quando ocorre o fato de que mesmo quando não há nada a ser feito, quando o tratamento não é mais possível, o cuidado torna-se ainda mais importante. Quando a recuperação não é mais esperada, ainda há espaço para ação: aliviar a dor, tratar os sintomas e abordar as questões e aspirações morais e espirituais dos pacientes e seus familiares (Araújo; Silva, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2000), Cuidados Paliativos de acordo com Arcanj et al. (2018) é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que lutam contra doenças potencialmente fatais, prevenindo e aliviando o sofrimento, que requer a identificação, avaliação e tratamento precoce da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A OMS (2021) considera que os cuidados paliativos se caracterizam como uma abordagem que vislumbra a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença sem prognóstico e que certamente vai levar a óbito.

Nesse contexto para que se tenha a garantia de conforto e bem-estar no que se refere a uma morte digna os cuidados devem ser prestados por equipe multidisciplinar em âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2013). Os cuidados paliativos surgiram como uma possível alternativa à filosofia do pensamento sobre a morte isolada. Sendo que os cuidados paliativos se voltam à assistência a pacientes que não possuem possibilidade de cura e tais cuidados são oferecidos de modo interdisciplinar voltado aos cuidados totais, ativos e integrais (Fonseca; Geovanini, 2013).

Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Faresin; Portella, 2019) tais cuidados seguem os seguintes princípios norteadores: promoção do alívio da dor e de todos os sintomas desagradáveis; considerar a morte como um processo natural e afirmar a vida; não realizar a aceleração ou adiar a morte; realizar a integração aos cuidados do paciente os aspectos psicológicos e espirituais; oferecer suporte ao paciente para que este possa ter atividade de vida até a sua morte; oferecer suporte aos familiares e auxílio para enfrentar o luto; a equipe multiprofissional deve atender as necessidades dos pacientes e de sua família e acompanhar o luto; influenciar o curso da doença, assim como focar na melhora da qualidade de vida do paciente; investigar as medidas que possam vir prolongar a vida assim como realizar o controle de situações clínicas que ofereçam estresse.

Segundo Xavier et al. (2019), cuidados paliativos significam; proteger, apoiar, cobrir, abrigar, ou seja, uma perspectiva de cuidado, não só de cura, mas também trazendo a essência do cuidado em todas as dimensões psicológicas, sociais e espirituais do paciente e de sua família. Os cuidados paliativos baseiam-se em saberes específicos a várias especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica em várias áreas do conhecimento das ciências médicas e conhecimentos específicos (Gonçalves, 2016).

De acordo com a literatura o conceito de cuidados paliativos que os mesmos seguem à filosofia de afirmação da morte dentro de um contexto natural da vida, não objetiva apressar nem adiar a morte, mas sim trazer melhoria da qualidade de vida, alívio e conforto da dor e sintomas que se aplicam a fatores psicossociais, biológicos e espirituais; apoiar, acolher e cuidar de pacientes e suas famílias no processo de luto e finitude. Os cuidados paliativos, portanto, são empregados às patologias que ameaçam a vida.

CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS

Quando se fala em cuidados paliativos em idosos, consideram-se as doenças crônicas e degenerativas que afetam esta população, seus sintomas e comprometimento que podem vir a provocar sofrimento ao idoso.

Considera-se a Terminalidade da patologia que exige foco paliativo como intervenção com vistas à promover conforto, alívio e respeito a autonomia do paciente e seus familiares (Fonseca; Geovanini, 2013). Conforme descrito pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia a Terminalidade se apresenta com período (SBGG, 2019, p. 12):

Da doença muitas vezes a família e o paciente vivenciam antecipadamente o processo do luto, necessitando de atenção e de atitudes paliativas. Essas ações se caracterizam como necessidade variável de Cuidados Paliativos, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica.

Os cuidados paliativos não diferenciam de paciente, seus princípios se voltam à doença sem prognóstico e para aliviar o sofrimento e primar por uma boa morte. Enfatiza-se que a população de idosos se apresenta com maior vulnerabilidade em decorrência do declínio de suas funções orgânicas e por maior fragilidade às condições crônicas de saúde que o leva a terminalidade da vida e com exigência de cuidados paliativos. (Fernandes, M et al., 2013).

Os idosos em cuidados paliativos permanecem um longo período internados, muitas vezes sem estimativa de uma provável alta hospitalar, esse fato proporciona a formação de um vínculo entre o idoso, familiares e a equipe multidisciplinar (Queiroz, 2018). Na construção desse vínculo torna-se fundamental manter o idoso e família informados de todas as fases desse processo e prepará-los para o prognóstico, orientando quanto aos cuidados e procedimentos que serão realizados, sendo assim, proporcionando amparo à família durante a doença, morte e luto de seu familiar (Junior, 2019).

Para o cuidado ser baseado em conhecimento científico e práticas seguras, torna-se imprescindível a descrição e utilização de protocolos assistenciais em cuidados paliativos com o objetivo de sistematizar e direcionar as ações, além de oferecer uma importante contribuição nos âmbitos de ensino, pesquisa e assistência, principalmente aqui no Brasil onde há poucos estudos encontrados (Vivat, 2019).

Além disso, avaliar e monitorizar níveis de dor e saturação de oxigênio e quando necessário implementar oxigenoterapia (Junior, 2019). É importante que a equipe se sensibilize e favoreça um ambiente acolhedor para esse paciente, permitindo a presença de objetos pessoais, livros, revistas, fotos entre outros, que realmente importam para esse paciente, até mesmo vontades/desejos que o façam se sentir feliz e possa esquecer mesmo que por momentos a situação vivenciada (Cardoso, 2013).

O PAPEL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES IDOSOS

Para um adequado atendimento às necessidades do idoso, os órgãos de saúde devem fornecer um acolhimento com profissionais capacitados e treinados para atender as necessidades desse público considerado vulneráveis. Dentro desse contexto de normatização vale salientar que de acordo como código de ética profissional de enfermagem,

A Resolução de nº 311/2007 determina que: A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. E ainda, o Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. (Res. 311/2007).

O que requer, portanto, do profissional no que se relaciona aos cuidados paliativos, seguir as normas vigentes e desenvolver habilidades de comunicação, trabalho em equipe, bem como a competência em casos de doenças em estágio de terminalidade, no manejo de fármacos e técnicas de suporte para auxiliar os familiares de como enfrentar a morte (Fonseca; Geovanini, 2013).

O Enfermeiro acolhe e assiste aos pacientes e familiares de maneira humanizada, amenizando a dor e o sofrimento. Visa a qualidade de vida e a manutenção do conforto, além do apoio à família para diminuir a angústia e enfrentar o luto (Fernandes et al., 2013). O enfermeiro é o profissional da equipe de saúde que está sempre mais próximo do paciente, tem sua profissão pautada no cuidado ao ser humano. Fernandes et. al. (2013) define que o cuidado paliativo se direciona ao “ato de cuidar que é uma atividade eminentemente humana que visa promover o bem-estar do ser fragilizado”, aplicado, portanto ao paciente idoso.

O enfermeiro exerce um trabalho que visa promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. Algumas doenças são incuráveis, cabe considerar cuidadosamente o prognóstico individual no processo de tomada de decisão clínica e priorizar a qualidade de vida no gerenciamento dos cuidados paliativos (Vivat, 2019). O enfermeiro tem suma importância nesse processo, pois sua função será voltada para o planejamento e gerenciamento dos cuidados, com foco em satisfazer as necessidades dos pacientes acometidos por doenças que ameaçam a vida (Cardoso, 2013).

A enfermagem para realizar uma assistência humanizada aos pacientes idosos, deve realizar uma coleta de dados de maneira criteriosa, com anamnese e um exame físico completo e detalhado para a identificação de possíveis problemas, levando em consideração os fatores de risco para as lesões, delírio, bem como a comunicação e a orientação desse paciente e familiares (Queiroz, 2018).

Os profissionais são norteados por princípios éticos, devem ter a capacidade de ouvir, ter uma comunicação com mecanismo de validação dos direitos, com familiares. A decisão deve ser tomada junto ao paciente no que se refere ao seu tratamento. O CP não representa omissão de tratamento, mas, sim tratamento com conforto e alívio necessário, respeito e autonomia (Abreu; Fortes, 2014). Portanto, a enfermagem oferece alívio em todas as esferas do cuidado, minimizando as intervenções clínicas no período noturno, reduzindo o ruído, reduzindo o som dos telefones, alarmes e monitores, diminuir as luzes a

fim de facilitar um ambiente confortável e relaxante; avaliar os clientes quanto a ocorrência de comportamentos incomuns, alterações do estado mental, fadiga excessiva, bem como o uso de sedativos, quando prescritos pelo médico visando o conforto desse idoso (Queiroz, 2018).

A consciência do paciente é importante para que o mesmo se aproprie da situação. Nesse contexto deve-se respeitar a autonomia do paciente o que se enquadra com pressuposto ético. Respeitar suas crenças, valores e experiências, bem como condições de julgamento se houver sua opinião, assistência restrita como uma vigilância, prioriza a autonomia do paciente, participação familiar nos casos de não haver condições de discernir e decidir que representa os valores e decisões do paciente (Abreu; Fortes, 2014).

Nos CP o cuidado deve ser humanizado o que diminui o sofrimento e prima pela qualidade de vida do paciente e sua família. Que também relatam que o cuidado deve ser direcionado ao paciente e sua família com empatia e compaixão (Alves et. al., 2013). Assim, podemos indagar que ainda a formação do enfermeiro ocorre sob um modelo de saúde curativa que impõe dificuldade do profissional para agir diante do processo de morte, o que torna o profissional vulnerável, se fazendo necessária, portanto, treinamento e sensibilização (Santana et. al., 2013).

Desta maneira se faz necessário que o profissional compreenda seus próprios sentimentos para realizar o cuidado no contexto social do paciente o auxiliando no preparo para a morte. Importante valorizar cada membro da equipe e sua atuação, assim como o paciente e seus familiares (Kappaun ; Gomez, 2013).

Os profissionais de enfermagem devem sempre informar ao cuidador familiar de forma clara e simples sobre a progressão da doença e o controle dos sintomas, criando uma relação de confiança, além de diminuir inúmeras incertezas vivenciadas por esses familiares (Vivat, 2019).

Quando o familiar se depara com enfermeiros capacitados para executar seus serviços e tem uma orientação adequada que assegura e dá confiança, o vínculo é criado facilitando a execução dos cuidados e permitindo conceder um tratamento efetivo (Cardoso, 2013).

Os profissionais ficam ansiosos e se sentem limitados para atuar, sendo necessário que os mesmos tenham apoio psicológico. Assim a grande carga emocional e o desgaste que acometem os enfermeiros trazem impactos físicos e mentais à atividade profissional. Necessário suporte aos profissionais da enfermagem (Hermes; Lamarca, 2013).

Santana et. al. (2013) colocou que a falta instrumentalização para o enfermeiro lidar com o processo de morte, presente no que diz respeito aos cuidados paliativos. A comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, quanto aos esclarecimentos sobre a doença acaba facilitando e preparando pacientes e familiares tanto para aceitação da doença quanto ao desfecho final.

No processo de terminalidade humana a atuação dos profissionais de enfermagem possibilita conforto ao paciente e seus familiares, para que o paciente tenha dignidade no processo de morte, tornando-se, portanto, a assistência da enfermagem indispensável para que a família e o paciente possam compartilhar do tempo que lhes resta (Alves, 2013).

Em conclusão o cuidado da enfermagem no cuidado paliativo engloba uma assistência capaz de oferecer amparo, planejamento e orientação, auxiliando esse idoso, de forma humanizada, a enfrentar esse processo, além de oferecer suporte aos seus familiares informando sobre o prognóstico da doença e a importância do seu papel como acompanhante/cuidador familiar (Junior, 2019).

METODOLOGIA

O presente trabalho de conclusão de curso consistiu em uma revisão bibliográfica de literatura, de caráter qualitativo. O uso desse tipo de pesquisa como fonte de evidência contém objetivos e materiais e métodos claramente explicitados, além de reunir grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas, discutindo diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto.

Essa modalidade de pesquisa integraliza opiniões, conceitos de produções científicas distintas como artigos, teses, manuais, dissertações, monografias, livros. Os métodos de procedimentos foram realizados através de pesquisa bibliográficas. A população escolhida para esse estudo foi de textos, artigos, publicações, por reunir as características e objetivos da investigação, com população alvo em idosos com doenças crônicas.

A busca pelos artigos científicos realizou-se no período de fevereiro a março de 2024, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com a utilização dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Idosos”; “Cuidados paliativos”; “Processo ativo de morte”; “Doença Crônica”.

Para tanto foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, escritos em língua portuguesa, disponíveis entre os anos de 2010 e 2023, e que estivessem disponíveis online gratuitamente no formato completo. Na pré-seleção, baseada nas leituras de títulos e dos resumos foi eleitos 25 estudos.

Após a pré-seleção, excluíram-se as teses, dissertações, monografias, livros, resumos de congressos ou anais, produções duplicadas, os que não respondiam a questão norteadora ou que tivessem qualidade metodológica insatisfatória, restando 12 artigos para a análise detalhada, a qual ocorreu mediante leitura criteriosa do texto, verificando a aderência e pertinência ao estudo, a amostra final foi composta por nove artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os artigos estudados na tabela 1 a seguir podem ser observados todos os artigos selecionados para este trabalho.

AUTOR	ANO	TÍTULO	OBJETIVO	BASE
AZEVEDO et al.	2017	Qualidade de vida, apoio social e depressão de pacientes elegíveis para cuidados paliativos	Ressaltar os principais aspectos relacionados ao papel da Enfermagem frente aos cuidados paliativos em idosos.	SCIELO
AKARD; HENDRICKS- FERGUSON; GILMER	2019	Enfermagem em Cuidados Paliativos	Aumentar a conscientização de enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre iniciativas de pesquisa recentes selecionadas e destinadas a melhorar a vida.	LILACS
BARROS et al.	2020	Envelhecer e adoecer com estratégias de enfrentamento resilientes	Identificar na literatura formas de atuação do profissional da enfermagem em cuidados paliativos para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	LILACS
CHONG; ABDULLAH,	2016	Enfermeiros de Cuidados Paliativos Comunitários Desafios e Estratégias de Enfrentamento Entregando cuidados Paliativos Domiciliares: Um Estudo Qualitativo	Explorar a experiência de enfermeiros de cuidados paliativos comunitários que prestam cuidados domiciliares a crianças.	SCIELO
DAHLIN; COYNE	2019	O líder paliativo APRN (enfermeiros registrados de prática avançada)	Fornecer uma descrição da liderança em cuidados paliativos da APRN.	PUBMED
FAY; OBOYLE	2019	Como enfermeiros especialistas em cuidados paliativos identificam pacientes com sofrimento existencial e gerenciam suas necessidades	Explorar como enfermeiros de cuidados paliativos identificam pacientes com sofrimento existencial e gerenciam suas necessidades.	SCIELO
HAGAN	2018	O papel da enfermagem na liderança dos cuidados paliativos: um chamado à ação	Descrever o estado atual do papel da enfermagem nos cuidados paliativos.	SCIELO
HEY et al.	2017	Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares	Descrever os cuidados paliativos domiciliares realizados por enfermeiros.	SCIELO
HUISMAN et al.	2020	Atuação do enfermeiro no gerenciamento de medicamentos no final da vida: um estudo qualitativo com entrevista	Conhecer as perspectivas dos doentes, cuidadores informais, enfermeiros e médicos sobre o papel do enfermeiro na gestão da medicação em fim de vida.	LILACS

JOHANSEN; HELGESEN,	2021	Cuidados paliativos na comunidade – o papel do enfermeiro , um estudo qualitativo	Explorar experiências relacionadas ao papel do enfermeiro de recurso em cuidados paliativos no cenário de lares de idosos na Noruega.	PUBMED
LIU et al.	2020	Atitudes dos Enfermeiros da Linha de Frente Cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19	Compreender as atitudes dos enfermeiros clínicos da linha de frente em relação aos cuidados paliativos no combate à pandemia de COVID-19.	LILACS
PRICE et al.	2018	Especialistas em Enfermagem Clínica Fomentando Paliativos	Explorar os principais aspectos do papel de suporte do SNC na avaliação das necessidades de competência da equipe de enfermagem e orientá-los a prestar cuidados paliativos e EOL de qualidade aos pacientes e familiares na UTIN.	PUBMED

Tabela 1 - Descrição dos artigos selecionados e organizados, 2024.

Fonte: Elaborada pela autora do presente estudo,(2024)

De acordo com os artigos analisados e estudados abordados nesse estudo e com seus respectivos autores: Akard; Hendricks-Ferguson; Gilmer, (2019), Chong; Abdullah (2016), Dahlin; Coyne, (2019), Fay; Oboyle, (2019), Hagan (2018), Hey, et al., (2017), Huisman et al., (2020), Johansen; Helgesen, (2020), Liu et al., (2020), Price et al., (2018), pode-se afirmar que a atuação do enfermeiro em cuidados paliativos tem um papel essencial nesse processo, um papel de comunicador, gerenciador destes cuidados, responsável por realizar as avaliações necessárias para aplicar as práticas indicadas, além de fornecer suporte e vínculo com a família para transição do luto.

De acordo com o estudo de Liu et al., (2020), a responsabilidade de enfermeiros na prestação de cuidados paliativos, são fundamentadas na essência da prática de enfermagem, eles estão inseridos nos aspectos primários de cuidados, o que proporciona a viabilidade de realizar os cuidados paliativos, além de que podem gerenciar os sintomas.

Mas segundo o estudo de Hagan (2018), a visão holística e multidimensional é descrita como característica da profissão de enfermagem, tanto nos cuidados paliativos, como nos cuidados de enfermagem de forma geral, enfatizando o cuidado abrangente de pacientes e seus cuidadores incluindo a avaliação e o tratamento da saúde física, emocional e espiritual.

Do mesmo modo, para Akard, Hendricks-Ferguson e Gilmer (2019) os cuidados paliativos são aqueles centrados no paciente e na família, o que melhoram a qualidade de vida ao longo da trajetória da doença, podendo aliviar sintomas, desconforto e estresse para crianças que vivem com condições de risco de vida e familiares. Incluído como principais

componentes de cuidados paliativos pediátricos, as dimensões físicas, psicossociais e espirituais, bem como orientação a pacientes e familiares para tomada de decisão.

Em seus estudos, os autores Dahlin; Coyne, (2019); Hermann et al., (2017), afirmam que os cuidados paliativos podem coexistir com o tratamento e são importantes desde o diagnóstico, durante toda trajetória da doença e além, prestando apoio aos familiares após a morte do paciente. Salienta-se que enfermeiros estão em papéis ideais para prestar cuidados paliativos pediátricos à beira leito, pois passam a maior parte do tempo com a criança e seus familiares. Sendo assim, cuidados paliativos primários são os cuidados prestados aos pacientes no nível básico, utilizando informações comuns.

Entretanto, os cuidados paliativos especializados fazem parte de uma abordagem mais abrangente de pacientes com doenças graves, com base na prática especializada, conhecimento do profissional e comunicação efetiva. Sendo estas necessidades identificadas de pacientes e familiares em cuidados paliativos com origem biológicas, psicológicas e espirituais.

No estudo Price et al., (2018), ele afirma que a morte é muito mais do que um processo biológico, é uma construção social, podendo ser vivida de diferentes maneiras conforme os significados atribuídos a ela, os quais são influenciados pelo contexto sociocultural. Assim, entender a morte como um processo natural da vida não é uma tarefa fácil. A crença espiritual nesse momento é difícil, e talvez seja a única ferramenta de alívio ao sofrimento do desligamento definitivo da vida.

Já no estudo de Johansen; Helgesen, (2020), o enfermeiro possui o dever ético sobre sua competência, sendo ele responsável pela prática de enfermagem, possuindo assim, o dever de manter sua competência através da aprendizagem contínua. Contudo, muitos enfermeiros não reconhecem os elementos dos cuidados paliativos em sua prática especializada, como em cuidados intensivos para adultos e crianças, clínicas especializadas ou ambientes alternativos, onde doenças graves são comuns e estes cuidados se fazem necessários.

Nesse sentido, sendo percebida a falta de envolvimento de enfermeiros no plano de cuidados, desacordo entre profissionais de saúde, alívio impróprio da dor, falta de comunicação com a família e falta de experiência e educação em enfermagem.

Hey et al., (2017), em seu estudo observou a relutância de enfermeiros em se envolver ou liderar conversas referentes a cuidados paliativos, podendo ser resultado da falta de clareza em relação a quais aspectos do paliativismo fazem parte, e sobre o domínio da enfermagem nesta atuação. Assim, enfermeiros que não reconhecem o domínio de sua atuação em cuidados paliativos, podem acabar abdicando suas responsabilidades de atender às necessidades dos pacientes, pensando que outros membros da equipe atenderão a estas necessidades de palição.

Além disso, Akard, Hendricks-Ferguson e Gilmer (2019) relatam que enfermeiros, muitas vezes, relutam em discutir prognóstico e opções de cuidados paliativos com as

famílias, pois nem sempre tem o conhecimento do que já foi discutido pelo médico e estão preocupados em deixarem as famílias desmotivadas com o tratamento paliativo.

Contudo, devido ao desconhecimento dos cuidados paliativos, os enfermeiros não sabem comunicar e transmitir emoções de forma eficaz ao cuidar de doentes terminais, pois possuem medo de informar familiares sobre a morte dos pacientes, deixando claro não possuírem confiança em atender as necessidades e identificar ou gerenciar o sofrimento. No entanto, o enfermeiro precisa encarar os fatos e explicar a família o que está acontecendo para poder passar segurança e credibilidade.

Os autores Chong; Abdullah (2016), Dahlin; Coyne, (2019), Fay; Oboyle, (2019), Hagan (2018) em seus estudos, acrescentam ainda que o conhecimento de enfermeiros em cuidados paliativos pode melhorar para que sua atuação seja satisfatória, tendo em vista que eles possuem mais capacidade de compreender a morte de uma perspectiva científica e humana, estabelecendo assim uma visão mais saudável da vida e da morte, demonstrando-se mais ativos nos cuidados, além de ajudar os pacientes a aceitar a lei natural da vida, facilitando também o manejo dos cuidados paliativos.

O autor Huisman et al., (2020), em seu estudo discorre que quanto maior a auto eficácia de enfermeiros, mais positivas serão suas atitudes para realizar os cuidados paliativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências encontradas na literatura sobre o cuidado paliativo, é possível observar que a implementação da assistência encontra-se por vezes de forma pouco padronizada, diante da sua abrangência. No entanto, ainda é necessário que mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas, sendo a prática desses cuidados uma necessidade humanitária.

A amostra dos artigos leva a refletir sobre a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas voltadas para a temática junto ao paciente paliativo. Desse modo, é necessário que as decisões sobre a paliatividade do cuidado sejam tomadas por uma junta de profissionais habilitados em conjunto com familiares e o paciente, a depender do caso.

Sendo assim, a demanda de cuidados paliativos não acompanha a disponibilidade de equipes especializadas, devendo haver um melhor entendimento em cuidados paliativos mínimos, por parte do profissional enfermeiro. Evidencia-se então a precisão da educação contínua entre enfermeiros, para que, ao se depararem com a atuação paliativa saibam identificar as principais necessidades, possibilitando assim um melhor direcionamento do cuidado.

Além de haver a necessidade de mais estudos sobre a atuação do enfermeiro nessa temática, pois assim poderá incentivar esta prática na atuação diária do profissional. Diante disso, os cuidados paliativos são uma modalidade de assistência que está centrada em

fornecer qualidade de vida durante o período que antecede seu término, além de visar também promover melhores condições na hora da morte.

Concluindo a análise dos estudos, é válido inferir que é preciso reforçar aos profissionais da saúde que os cuidados paliativos não são incompatíveis com a Unidade de Terapia Intensiva. Ao contrário, sua relevância evidencia-se na maneira com que as suas ações auxiliam no direcionamento do conforto.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.; FORTES, P. **Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos**. São Paulo. Rev. Bioética. Vol. 22, nº2, pp. 299-308. 2014.

ALVES, E. **A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 34, n. 1, p. 55-62. 2013

AKARD, T.; HENDRICKS-FERGUSON, V.; GILMER, M. **Enfermagem em Cuidados Paliativos Pediátricos**. Annals Of Palliative Medicine, v. 8, n. 1, p. 39- 48, fev. 2019.

ANDRADE, C.; COSTA, S. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal**. Ciência e Saúde Coletiva, vol.18, nº9. 2013.

ARAÚJO, M.; SILVA, M. **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos**. Rev. esc. enferm. USP, v. 46, n. 3, Jun 2012.

ARCANJO, S. et al. **Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados**. Einstein (São Paulo), v. 16, 2018.

ARIAS-ROJAS, M; CARREÑO-MORENO, S. **Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados**. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2019.

AZEVEDO, A. et al. **Qualidade de vida, apoio social e depressão de pacientes elegíveis para cuidados paliativos**. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017.

AZEVEDO, A.; SILVA, R.; TOMASI, E. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 29, nº 9, p.1774-1782, set, 2013.

BARROS, G. et al. **Envelhecer e adoecer com estratégias de enfrentamento resilientes**. Rev Pesquisa (Univ. Fed. Estado Rio J.) 12:744-50. 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9452/pdf_1>. Acesso em: 18 Mar. 2024.

BAYER, R. **Cuidados paliativos no setor de emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2017. Disponível em: <<https://m.univates.br/bdu/handle/10737/1192>>. Acesso em: 12 Mar. 2024.

BENARROZ, M.; FAILLACE, G.; BARBOSA, L. **Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos**. Cad Saúde Pública. Set; 25(9):1875-82. 2009.

BORGES, F.; BOHRER, C.; BUGS, T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem de pessoal na UTI adulto de hospital Universitário público.** Artigo Original. Revista Cogitare Enferm. (22)2: e50306, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013, dispõe sobre Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Publicado no Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Protocolo de Atenção à Saúde - Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI.** Governo Do Distrito Federal, Secretaria De Estado De Saúde, Subsecretaria De Atenção Integral À Saúde, Comissão Permanente De Protocolos De Atenção À Saúde, 2018.

CARVALHO, J.; CHAGAS, T.; GALVÃO, P. **Atuação do enfermeiro frente ao processo morte/morrer em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa.** REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde. Vol. 10 (4), 1796-1801. 2018.

CASTRO, J.; FRANGELLA, V.; HAMADA, M. **Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.** ABCS Health Sci; 42(1):55-59. 2017.

CARDOSO, D., et al. **Cuidados Paliativos na Assistência Hospitalar: a Vivência de uma Equipe Multiprofissional.** Texto Contexto Enferm, 2013.

CHONG, L.; ABDULLAH, A. **Enfermeiros de Cuidados Paliativos Comunitários Desafios e Estratégias de Enfrentamento Entregando cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliares: Um Estudo Qualitativo.** American Journal Of Hospice And Palliative Medicine, v. 34, n. 2, p. 125-131, 10 jul. 2016.

CIOSAK, S.; BRAZ, E.; COSTA, M.; GONÇALVES, N.; NAKANO, R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. **Senescência e senilidade: novo paradigma naAtenção Básica de Saúde.** Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 45, edição especial nº 2, p. 1763-1768, 2011.

DAHLIN, C.; COYNE, P. **O líder paliativo APRN (enfermeiros registrados de prática avançada).** Annals Of Palliative Medicine, [S. L.], v. 8, p. 30-38, 2019.

FARESIN,C.; PORTELLA,M. **Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento?** Estud Interdiscipl Envelhec. 2019 Jun; 14(2):249-64.

FAY, Z.; OBOYLE, C. **Como enfermeiros especialistas em cuidados paliativos identificam pacientes com sofrimento existencial e gerenciam suas necessidades.** International Journal Of Palliative Nursing, v. 25, n. 5, p. 233-243, 2 maio 2019.

FERNANDES, M. et al. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.** Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n.9, Set 2013

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. **Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 37, nº1, p. 120 – 125. 2013.

JUNIOR., S., et al. **Cuidados paliativos à pessoa idosa hospitalizada: discursos de enfermeiros assistenciais.** Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. 8º de abril de 2019.

GONÇALVES, A. **Monitorização de utentes em cuidados paliativos: análise dos registos clínicos.** 2016. Tese de Doutorado. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3057>>. Acesso em: 24 Mar. 2024.

HAGAN, T. et al **O papel da enfermagem na liderança dos cuidados paliativos: um chamado à ação.** Nurse Education Today, v. 61, p. 216-219, fev. 2018.

HERMES, H. LAMARCA, I. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. Vol 18, nº9. 2013.

HEY, A. et al. **Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem, [S.L.], v. 21, p. 1-7, 2017.

HIGGINSON, J.;EVANS, J. **What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families.** Cancer J. 2010 Sep-Oct; 16(5):423-35.

HUISMAN, B. et al. **Atuação do enfermeiro no gerenciamento de medicamentos no final da vida: um estudo qualitativo com entrevista.** Bmc Palliative Care, [S.L.], v. 19, 2020.

IBGE. **Idoso no mundo.** Recuperado em 20 setembro, 2020. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/datas/idoso/idoso_no_mundo.html>. Acesso em: 05 Mar. 2024.

KAPPAUN, N.; GOMEZ, C. **O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer.**Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.18, nº9. 2013.

JOHANSEN, H.; HELGESEN, A. **Cuidados paliativos na comunidade - o papel do enfermeiro recurso, um estudo qualitativo.** Bmc Palliative Care, v. 20, n. 1, p. 2-9. 2021.

LIU, Q. et al. **Atitudes dos Enfermeiros da Linha de Frente Cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19.** American Journal Of Hospice And Palliative Medicine, v. 38, n. 2, p. 204-210, 22 out. 2020.

MARKUS, L.; BETIOLLI, S.; SOUZA, S. **A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo.**Revista Gestão & Saúde. ISSN 1984 – 8153. 2017.

NETO, A.; PATRÍCIO, A.; FERREIRA, M.; RODRIGUES, B.;ROSENDO, R. **Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, nº 4, p. 752-758, 2017.

OLIVEIRA,A.;SILVA, A. **Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde.** Acta paul enferm. 2010 Abr; 23(2):212-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Paliativos a Pacientes hospitalizados.**2021, Disponível em:< <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2021-who-takes-steps-to-address-of-quality-palliative-care-services>>.Acesso em: 05 Mar. 2024.

PICOLLO, D.; FACHINI, M. **A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo.** Rev. Ciênc. Méd. 18º de Setembro de 2023.

PRICE, D.; KOCAN, M. **Especialistas em Enfermagem Clínica Fomentando Paliativos**. Aacn Advanced Critical Care, v. 29, n. 1, p. 84-90, 15 mar. 2018.

QUEIROZ, T.; RIBEIRO, A.; GUEDES, M. **Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem**. Texto Contexto Enferm. São Paulo: 2018.

REIS, K.; JESUS, C. **Corte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 23, nº 5, p. 1130- 1138, 2015.

SANTANA, J. et.al. **Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas**. Minas Gerais. Rev. Bioética; vol. 21, nº 2. 2013.

SANTOS, D. **Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura**. Revista Científica das Liberta, v 1, nº1, p 72 – 84. 2011.

MENDES DP, FACHINI M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Rev. Ciênc. Méd. 18º de Setembro de 2010**.

SBGG SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Desafios impactam a vida de idosos**. 2019. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/oms-divulgametapara-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>>. Acesso em: 05 Mar. 2024.

SCHMIDT, M.; DUNCAN, B.; SILVA, G.; MENEZES, A. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Caderno de Saúde Pública, nº 4, 2011.

SCHNEIDER, R.; IRIGARAY, T. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estudos de Psicologia I Campinas, p. 585-593, 2010.

SILVESTRE, J.; NETO, M. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. Caderno de Saúde Pública, vl.19, nº. 3, p.839-847, 2003.

SIMONI, M.; SANTOS, M. **Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem**. Psicologia USP. 2003; 14(2):169-94.

SOUSA, D. **Depressão e risco de suicídio em idosos**. Rev. Saberes, v.13, n. 1, jun, 2020.

VIVAT, B., et al. **Especialistas em cuidados paliativos em equipes de cuidados paliativos e hospitais/comunidades usam predominantemente baixas doses de medicação sedativa no final da vida para conforto do paciente em vez da sedação**. Resultado de grupos focais e registros de pacientes para I-CANCARE. Palliat Med. [Internet]. 2019.

XAVIER, E. et al. **Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional**. Enferm. em Foco, v. 10, n. 3, 2019.

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES: Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

Adesão 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 73, 83

Assistência ambulatorial 63

Autogestão 42, 43, 44, 45, 54

C

Cateterismo periférico 76

Cateterismo venoso central 76

Consulta de enfermagem 10, 11, 12, 13, 14, 15, 51, 53, 59, 73

Cuidados críticos 17

Cuidados de enfermagem 11, 15, 17, 23, 27, 31, 42, 54, 60, 76, 98, 142

Cuidados intensivos 61, 88, 143

Curso de enfermagem 114

D

Doença renal crônica 63, 65, 73, 74

E

Enfarte agudo do miocárdio 36, 41, 42, 60, 61

Enfermagem 1, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 73, 74, 76, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 92, 98, 99, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 131, 132, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149

Enfermeiro 10, 11, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 35, 36, 38, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 60, 73, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 101, 102, 106, 109, 110, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 131, 132, 133, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149

Ensino 10, 12, 14, 32, 52, 76, 79, 83, 114, 116, 120, 131, 137, 138

Estado terminal 88, 135

Estresse 84, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 136, 142

F

Farmacovigilância 124, 149

Fatores de risco cardiometabólico 63

Fatores estressores 101, 102, 104, 106, 108, 109, 111, 112

G

Gestão em saúde 99

I

Intuição 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

M

Medicamentos 7, 44, 49, 50, 60, 77, 83, 124, 125, 141, 147, 149

P

Percepção social 114

Pessoa em situação exceção 31

Prática clínica baseada em evidências 2

Profissionais de saúde 1, 2, 3, 4, 6, 7, 25, 32, 35, 37, 50, 51, 58, 100, 111, 124, 129, 139, 141, 143, 145, 147

Promoção da saúde 11, 44, 99, 100, 115

R

Reconhecimento social 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122

Relato de experiência 10, 12, 15, 76, 79, 99

S

Segurança 2, 7, 8, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 44, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 104, 110, 124, 125, 129, 132, 144, 149

Segurança do doente 16, 17, 25, 32, 35, 38

Segurança do paciente 76, 78, 82, 83, 110, 125, 149

Serviço de urgência sobrelotado 31

Sistemas de informações em saúde 2

T

Tecnologia digital 2

Tema 19, 38, 48, 99, 101, 103, 104, 132, 133

Teorias de enfermagem 10, 11

Translação conhecimento 2

U

Ultrassonografia 76, 78, 79, 80, 84, 86

Unidade de Terapia Intensiva 79, 85, 87, 88, 89, 91, 92, 98, 141, 145, 146

V

Varfarina 124, 125, 129

Vigilância 18, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 139

VigMed 124, 129

ENFERMAGEM

da teoria à prática clínica

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM

da teoria à prática clínica

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br