

# PESQUISAS EM ENFERMAGEM

CONTRIBUIÇÕES EM  
DIFERENTES CONTEXTOS

## ORGANIZADORES

Cláudia Zamberlan

Silomar Ilha

Regina Gema Santini Costenaro





**Organizadores**

Cláudia Zamberlan

Silomar Ilha

Regina Gema Santini Costenaro

**PESQUISAS EM  
ENFERMAGEM**  
CONTRIBUIÇÕES EM  
DIFERENTES CONTEXTOS

UNIVERSIDADE FRANCISCANA

Santa Maria | 2019

## Comissão Editorial

Camila Biazus Dalcin  
Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo  
Saul Ferraz de Paula

## Coordenação Editorial

Salette Mafalda Marchi

## Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Lucio Pozzobon de Moraes

## Imagens

Adobe Stock Photo

## Revisão

Janette Mariano Godois  
Sônia Argollo

## Secretaria

Cinara de Cássia Paze Valente

P474    Pesquisas em enfermagem : contribuições em diferentes contextos / Organizadores Cláudia Zamberlan, Silomar Ilha, Regina Gema Santini Costenaro - Santa Maria : Universidade Franciscana, 2019.  
280 p. : il. ; 15x21 cm

ISBN: 978-85-7909-106-3 (on-line)

1. Enfermagem I. Zamberlan, Cláudia II. Ilha, Silomar  
III. Costenaro, Regina Gema Santini

CDU 616-083

Ficha elaborada por Eunice de Olivera, CRB 10-1491

---

**Nota:** Muito zelo e técnica foram empregados na edição desta obra. No entanto, podem ocorrer erros de digitação, impressão ou dúvida conceitual. Em qualquer das hipóteses, solicitamos a comunicação pelo e-mail [editora@ufn.edu.br](mailto:editora@ufn.edu.br).

Nem a editora nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventuais danos ou perdas a pessoas ou bens, originados do uso desta publicação.

---

# SUMÁRIO

## 9 ORGANIZADORES

## 12 APRESENTAÇÃO

### CONTEXTO MATERNO-INFANTIL

#### 15 *ÍNDICE DE VIOLÊNCIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL*

Etiele Difante Velasquez, Adriana Dall'Asta Pereira,  
Carla Lizandra de Lima Ferreira, Michelle Hillig Schmidt

#### 35 *IMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL*

Mariana Quintana Soares Lopes, Karine de Freitas Cáceres Machado,  
Claudia Maria Gabert Diaz, Keity Laís Siepmann Soccol,  
Betina Lagomarsino

#### 49 *CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO ATERMO NO PÓS-ALTA DA MATERNIDADE: ORIENTAÇÕES À MÃE/FAMÍLIA*

Daiana Ramiro dos Santos, Regina Gema Santini Costenaro,  
Hilda Maria Barbosa de Freitas, Rosiane Filipin Rangel

### CONTEXTO DA GERIATRIA E GERONTOLOGIA

#### 61 *INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DOMICILIAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER*

Rodrigo Rodrigues Rizzi, Mara Glarete Rodrigues Marinho,  
Cláudia Zamberlan, Elenice Spagnolo Martins

**75** *GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA*  
Andressa de Godoy Cassol, Dirce Stein Backes, Maria Helena Gehlen,  
Jeferson Ventura, Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

**91** *CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O IDOSO FRAGILIZADO:  
REVISÃO INTEGRATIVA*  
Clarissa de Sousa Rios, Naiana Oliveira dos Santos,  
Maria Helena Gehlen, Adriana Dall'Asta Pereira

### **CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**109** *O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM INFARTO AGUDO  
DO MIOCÁRDIO: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS*  
Tainara Foggiato, Silomar Ilha, Cláudia Zamberlan, Mara Glarete  
Rodrigues Marinho, Camila Biazus Dalcin, Paloma Horbach da Rosa

**125** *PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE À UTILIZAÇÃO DA  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO*  
Camila da Silva Trindade, Grassele Denardini Facin Diefenbach,  
Vagner Costa Pereira, Camila Biazus Dalcin, Daniela Buriol,  
Silomar Ilha

**148** *EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA PELA METODOLOGIA DE SIMULAÇÃO*  
Amanda Schneider Weissheimer, Camila Biazus Dalcin, Leonardo  
Londero Orsolin, Giovane Souza da Silva, Dirce Stein Backes

**160** *PRIMEIROS SOCORROS EM RECÉM-NASCIDOS NA PERSPECTIVA DE  
INTEGRANTES DO GRUPO GESTAR*  
Raquel Machado, Amanda Schneider Weissheimer, Lenise Dutra  
da Silva, Larissa Spies, Dirce Stein Backes

## **CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E CUIDADOS PALIATIVOS**

- 173** *TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA O CONTEXTO DOMICILIAR DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS*  
Francielle Alessandra Menegaes Fuzer, Adriana Dall'Asta Pereira, Silomar Ilha, Cláudia Zamberlan
- 187** *ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO*  
Matielle Beltrame dos Santos, Patrine Paz Soares, Silomar Ilha, Adriana Dall'Asta Pereira, Dirce Stein Backes, Rosiane Filipin Rangel
- 203** *ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS*  
Isabella dos Santos Salla, Adriana Dall'Asta Pereira, Cláudia Zamberlan, Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

## **CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

- 225** *HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: REVISÃO NARRATIVA*  
Angelise Penteado da Silva, Maria Helena Gehlen, Jeferson Ventura, Karine de Freitas Cáceres Machado, Dirce Stein Backes

## **CONTEXTO DA SAÚDE AMBIENTAL**

- 239** *ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE AMBIENTAL*  
Francielle da Costa Vieira, Mara Regina Caino Teixeira Marchiori, Dirce Stein Backes, Cláudia Zamberlan

- 256** *CUIDADO SISTÊMICO-COMPLEXO: IMPERATIVO PARA A CONVIVÊNCIA HUMANA SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL*  
Dirce Stein Backes, Silomar Ilha, Cláudia Zamberlan, Carla Lizandra de Lima Ferreira, Adriana Dall’Asta Pereira, Alacoque Lorenzini Erdmann

### **CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

- 267** *SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM*  
Douglas Jamiê Nunes Barcellos, Mara Glarete Rodrigues Marinho, Dirce Stein Backes, Silomar Ilha

### **281 AVALIADORES EXTERNOS**



## **ORGANIZADORES**



### **Cláudia Zamberlan**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia - Faculdades Franciscanas (1998); Graduada em Licenciatura em Enfermagem - Faculdades Franciscanas (1998); Especialista em Terapia Intensiva - Faculdades Franciscanas (2001); Mestra em Enfermagem (2005) e Doutora em Enfermagem (2013) pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Atualmente, é enfermeira Assistencial na Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) do Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM/UFSM); docente da Universidade Franciscana (UFN); docente e orientadora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN); Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/FURG) e do Grupo de Estudo e Pesquisa em Empreendedorismo Social na Enfermagem/Saúde (GPESES/UFN); Coordenadora da Comissão de Residências Multiprofissional em Área da Saúde (COREMU) e do Programa de Residência Multiprofissional em Clínica Especializada: Ênfase em Infectologia e Neurologia (UFN).

Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Terapia Intensiva. Atua principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Cuidado, Qualidade de vida, Ecossistema, Educação e Cardiologia.



### **Silomar Ilha**

Graduado em Enfermagem - Centro Universitário Franciscano (2011); Especialista em Urgência, Emergência e Trauma (2012); Especialista em Gerontologia e Saúde Mental (2015); Mestre (2013) e Doutor (2016) em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG). Professor adjunto da Universidade Franciscana (UFN). Atualmente, é coordenador do Programa de Residência Profissional em Enfermagem em Urgência/Trauma; coordenador adjunto da Comissão de Residência Multiprofissional em área da Saúde (COREMU) e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, núcleo Santa Maria (ABEn-SM). Pesquisador do Grupo de Estudo e Pesquisas em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES) da UFN e do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG). Atua especialmente nas seguintes áreas: Gerontologia; Urgência e Emergência e Terapia Intensiva.



### **Regina Gema Santini Costenaro**

Graduada em Enfermagem - Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1992); Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1994); Mestre em Educação - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (1996); Doutora em Filosofia da Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (2000). Atualmente, é professora adjunta dos cursos de graduação em Enfermagem e Psicologia, do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN); Presidente da Associação Brasileira de

Enfermagem, núcleo Santa Maria (ABEn-SM); Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde (GIPES). Foi Enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Tem experiência na área de Enfermagem neonatológica e UTI. Também tem conhecimento nos seguintes temas: Cuidado, Enfermagem, Interdisciplinaridade em saúde, Educação para e na saúde, Fisiologia humana, Farmacologia, Sexualidade, Criança, Adolescente e Família.

*A todos os docentes e discentes do curso de Enfermagem da Universidade Franciscana envolvidos no ensino-pesquisa e extensão, atividades que possibilitaram as experiências contidas nesta obra!*

# APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto do trabalho conjunto de um grupo de docentes e discentes do curso de Enfermagem da Universidade Franciscana. Resulta das pesquisas de Trabalhos Finais de Graduação (TFGs), os quais foram realizados com diferentes temáticas e em diferentes contextos, haja vista a variedade de cenários em que o enfermeiro se insere de forma empreendedora e proativa. Essas características deram origem ao título da obra: **Pesquisas em enfermagem: contribuições em diferentes contextos.**

Esta obra é composta por 17 artigos, os quais foram organizados cuidadosamente da seguinte forma: Contexto materno-infantil; Contexto da geriatria e gerontologia; Contexto da urgência e emergência; Contexto das doenças crônicas e cuidados paliativos; Contexto da saúde mental; Contexto da saúde ambiental; Contexto da segurança do paciente.

No *Contexto materno-infantil*, são apresentados três artigos, que abordam os índices de violência com crianças e adolescentes no estado do Rio Grande do Sul; as implicações da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil; o cuidado ao recém-nascido atermo no pós alta da maternidade. No *Contexto da geriatria e gerontologia*, apresentam-se três artigos que exploram as intervenções do enfermeiro no contexto domiciliar de idosos com doença de Alzheimer; a gestão do cuidado de enfermagem à pessoa idosa; o cuidado de enfermagem com o idoso fragilizado.

No *Contexto da urgência e emergência*, constam quatro artigos que versam sobre as potencialidades, os desafios e as estratégias vivenciados por enfermeiros no atendimento a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio; as percepções de enfermeiros frente à utilização da classificação de risco em unidade de pronto atendimento; a educação permanente em uma unidade de urgência e emergência pela metodologia de simulação; a perspectiva de integrantes de um grupo de estudos sobre os primeiros socorros prestados a recém-nascidos.

O *Contexto das doenças crônicas e cuidados paliativos* é estruturado por três artigos, que introduzem as tecnologias de cuidado para o contexto domiciliar de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis;

a perspectiva de enfermeiros sobre a espiritualidade no contexto da doença renal crônica; a atuação do enfermeiro na assistência a pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

No *Contexto da saúde mental*, apresenta-se um artigo em que se abordam questões relativas à humanização na enfermagem psiquiátrica. O *Contexto da saúde ambiental* é representado por dois artigos: o primeiro versa sobre a atuação de enfermagem em saúde ambiental e o segundo, sobre o cuidado sistêmico-complexo como imperativo para a convivência humana saudável e sustentável. No *Contexto da segurança do paciente*, apresenta-se um artigo em que se descreve a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre a segurança do paciente.

Assim, neste livro, apresentam-se temáticas variadas, conduzidas por diferentes tipos de estudos e abordagens metodológicas, o que possibilita uma infinidade de experiências de enfermeiros nos diferentes cenários de atuação, permitindo extrapolar fronteiras e limites do conhecimento, bem como instigar reflexões sobre o saber clínico para a prática profissional do enfermeiro, embora não se restrinja a esse grupo.

A presente obra é um convite aos enfermeiros e demais profissionais interessados pelas temáticas apresentadas. Assim, desejamos que a leitura seja fonte de inspiração e que estimule o leitor a realizar novos estudos focados no conhecimento e no cuidado em saúde.

Prof. Dr. Silomar Ilha  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Zamberlan  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Gema Santini Costenaro  
Organizadores

# contexto

## materno-infantil

materno-infantil



# **ÍNDICE DE VIOLÊNCIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Etiele Difante Velasquez

Adriana Dall'Asta Pereira

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Michelle Hillig Schmidt

## **RESUMO**

As marcas físicas, emocionais e psicológicas da violência podem ter sérias implicações para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, na sua saúde, capacidade de aprendizado e no seu envolvimento social e afetivo. Estudos epidemiológicos e sociológicos demonstraram que as vítimas, frequentemente, sofrem violência desde o nascimento. Objetivou-se verificar o padrão epidemiológico da violência contra a criança e o adolescente no Rio Grande do Sul (RS), no período de oito anos. Trata-se de pesquisa documental, com abordagem quantitativa a partir de dados obtidos no TABWIN. Com pesquisa documental, buscou-se identificar os dados dos tipos de notificações de violências registradas no RS por município de residência, com faixa etária entre 0 e 19 anos, no período de janeiro de 2009 a setembro de 2016. Percebeu-se que, no estado, o aumento nos casos notificados de violência contra crianças é maior em relação aos adolescentes. Constatou-se que Santa Maria é a quinta cidade com o maior número de notificações de violência no RS; Porto Alegre está em 1º lugar, com o maior número de notificações; Caxias do Sul em segundo; Uruguaiana em terceiro e Passo Fundo em quarto lugar.

**Palavras-chave:** Violência. Crianças. Adolescentes. Notificações.



## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade. É uma ação que causa ou tem grande possibilidade de causar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A violência pode ser caracterizada conforme a natureza em violência psicológica, violência sexual, violência física, negligência e abandono. No que se refere a crianças, incluem-se o trabalho infantil e o tráfico de crianças e adolescentes (BRASIL, 2008; UNICEF, 2012; BRASIL, 2010).

Assim, a violência psicológica pode ser identificada quando há relação de poder com abuso da autoridade ou da ascendência sobre o outro, de forma inadequada e com excesso ou descaso (BRASIL, 2008; UNICEF, 2012; BRASIL, 2010). A violência sexual ocorre quando há situações de abuso ou de exploração sexual de crianças e adolescentes. Implica a utilização de crianças e adolescentes para fins sexuais, mediada ou não por força ou vantagem financeira. A violência física é o ato de agressão física que se traduz em marcas visíveis ou não (BRASIL, 2008; UNICEF, 2012; BRASIL, 2010).

A negligência e o abandono, por sua vez, ocorrem quando há descuido, desamparo, desresponsabilização e descompromisso do cuidado. Ato que não está necessariamente relacionado às dificuldades socioeconômicas dos responsáveis pela criança ou adolescente (BRASIL, 2008; UNICEF, 2012; BRASIL, 2010).

O trabalho infantil também é considerado um tipo de violência, e é todo o trabalho realizado por pessoas que tenham menos da idade mínima permitida para trabalhar. No Brasil, o trabalho não é permitido sob qualquer condição para crianças e adolescentes até 14 anos. Adolescentes entre 14 e 16 podem trabalhar, mas na condição de aprendizes. Dos 16 aos 18 anos, as atividades laborais são permitidas, desde que não aconteçam das 22h às 5h e não sejam insalubres ou perigosas (TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, 2013).



A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2002, cerca de 53.000 crianças entre 0 e 17 anos de idade foram vítimas de homicídio. Segundo as últimas estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 5.7 milhões de crianças realizavam trabalhos forçados ou em regime de servidão, 1.8 milhões estavam envolvidas na prostituição e pornografia e 1.2 milhões foram vítimas de tráfico no ano 2000 (UNICEF, 2012b).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, em 16 países em desenvolvimento analisados no âmbito de um Inquérito Mundial sobre Saúde realizado nas escolas, a percentagem de crianças e adolescentes em idade escolar que afirmaram ter sido vítimas de *bullying* (intimidação verbal ou física) na escola nos 30 dias anteriores à entrevista variava entre 20% em alguns países e 65% em outros. Além disso, no Brasil, crianças e adolescentes que se encontram em centros de detenção são, frequentemente, vítimas de atos de violência por parte dos trabalhadores da instituição, como forma de controle ou castigo, na maior parte dos casos por infrações menores (UNICEF, 2012b).

As marcas físicas, emocionais e psicológicas da violência contra crianças e adolescentes podem ter sérias implicações no desenvolvimento, na saúde, na capacidade de aprendizagem e no envolvimento social e afetivo. Nessa ótica, o fato de ter sofrido atos de violência na infância e adolescência está relacionado com comportamentos de risco no futuro, como consumo de tabaco, abuso de álcool e drogas, inatividade física e reprodução da violência que sofreram enquanto eram jovens. Por outro lado, esses comportamentos contribuem para algumas das principais causas de doença, morte, depressão, suicídio, tráfico de drogas e usuários de drogas ilícitas (MINAYO, 2010).

Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que, frequentemente, as crianças são vítimas da violência desde o nascimento, mas é principalmente na fase da adolescência que essa questão desponta como crucial. Nessa etapa da vida, os jovens aparecem como agentes agressores, mas, sobretudo, como vítimas (BRASIL, 2006).

Logo, com o intuito de proteger crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado para que diminuíssem

os casos de violência, mortalidade infantil, trabalho infantil, gravidez na adolescência, entre outros. O ECA ampara a denúncia e estabelece princípios para o enfrentamento da violência intrafamiliar, bem como para a atenção psicossocial da família. A lei preconiza que nenhuma criança ou adolescente deverá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Define-se por criança aquele com idade inferior a 12 anos e o adolescente entre 12 e 18 anos, e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (BRASIL, 1990).

O ECA dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. A criança e o adolescente usufruem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes ofertar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Como crianças e adolescentes são as vítimas mais frequentes nesse contexto de violência intrafamiliar, as pessoas com quem eles têm um grande vínculo afetivo são os próprios agressores, o que torna esse problema grave e ainda mais difícil de ser revelado (BRASIL, 2006).

Sabe-se que no Rio Grande do Sul há 59.470 casos de notificações de violências doméstica, sexual e/ou outras violências registradas contra crianças e adolescentes, no período de 2009 até o mês de setembro de 2016, a partir de dados coletados no TABNET (BRASIL, 2016).

O aplicativo TABWIN é um tabulador de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde (DATASUS/MS) para permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS. O TABNET é uma versão do TABWIN que opera na internet. É uma tecnologia de informação aberta ao público, ou seja, qualquer pessoa pode ter acesso a essas informações (BRASIL, 2016).

Diante disso, neste estudo, tem-se como objetivos: Verificar o perfil epidemiológico da violência contra a criança e o adolescente no Rio Grande do Sul (RS), no período de oito anos, visando contribuir para novas estratégias em saúde de prevenção e controle da violência; Identificar quais regiões do RS têm maior índice de violência contra crianças e adolescentes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa documental, com abordagem quantitativa a partir de dados obtidos no TABWIN, caracterizado como um tabulador de dados desenvolvido pelo DATASUS/MS para permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). O TABNET é uma versão do TABWIN que opera na internet. É uma tecnologia de informação de acesso livre a qualquer pessoa e é encontrada no site do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) (BRASIL, 2016).

A coleta e a análise dos dados para o desenvolvimento da pesquisa foram orientadas por procedimentos que remetem ao objetivo da pesquisa. Primeiramente, foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre a temática. A pesquisa bibliográfica é essencial para a composição do referencial teórico da pesquisa e elaboração da ferramenta da pesquisa. Após, foi realizada a pesquisa documental, que tem duas categorias de estratégias de coleta de dados: a primeira refere-se ao local onde os dados são coletados (estratégia-local) e, nesse item, há duas possibilidades: campo ou laboratório. A segunda estratégia refere-se à fonte dos dados: documental ou campo. Sempre que uma em pesquisa se utiliza apenas de fontes documentais (livros, revistas, documentos legais, arquivos em mídia eletrônica), diz-se que ela tem estratégia documental. Quando não se restringe à utilização de documentos, mas também se utiliza de sujeitos (humanos ou não), diz-se que a pesquisa tem estratégia de campo (APPOLINÁRIO, 2009).

Na terceira etapa, definiu-se a amostra. Ao verificar que o tema violência contra criança e adolescente era uma realidade mundial, optou-se

por definir como amostra todos os dados do Rio Grande do Sul notificados, no período de 2009 a 2016. A escolha por esse período se justifica pela atualidade da temática nos últimos oito anos, e também por ser obrigatória a notificação compulsória dos casos de violência, conforme a Portaria nº 104, do Ministério da Saúde, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência (BRASIL, 2006).

Seguiu-se a etapa de coleta de dados, que envolveu a organização e utilização do Sistema e informações, TABNET, no qual foi selecionado: do ano de 2009 até 2016, nos meses de janeiro a dezembro de 2015 e de janeiro a setembro de 2016, faixa etária de 0 a 19 anos, sexo da vítima, agente agressor para alguns dados coletados e todos os tipos de violência e notificações por município de residência. Optou-se por município de residência, pois alguns casos aconteceram em pequenos municípios, mas foram notificados em outros municípios maiores, o que dificulta identificar onde ocorreu o caso de violência. O desenvolvimento dessa etapa deu-se no período de agosto a setembro de 2016.

As etapas da descrição e análise dos dados ocorreram no período de outubro a novembro de 2016. Apresentada a metodologia utilizada na pesquisa, são descritos e analisados os dados coletados no TABNET, em que se tem acesso a casos de violência no estado do Rio Grande do Sul.

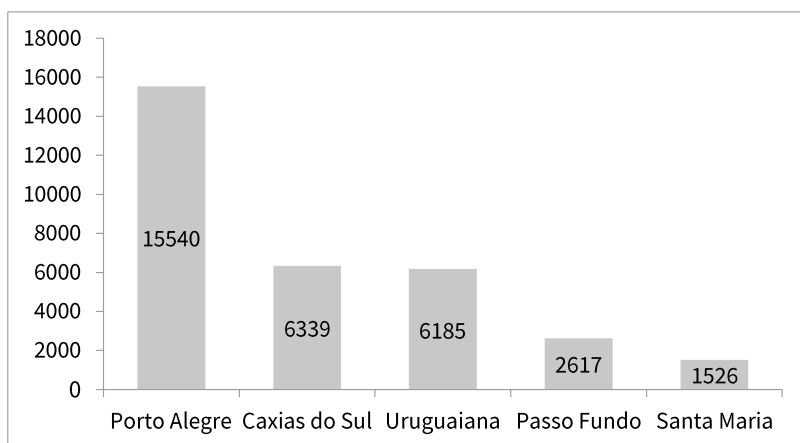
## **RESULTADOS**

Com a pesquisa documental, buscou-se identificar todos os dados dos tipos de notificações de violência registradas no RS por município de residência, com vítimas na faixa etária entre 0 e 19 anos, no período de janeiro de 2009 até setembro de 2016. A seguir, consta a sumarização dos resultados das etapas da busca realizada.

Santa Maria é a quinta cidade com o maior número de notificações de violência do estado do Rio Grande do Sul, com 1.526 casos, e o tipo de

violência com maior incidência é a violência física; Porto Alegre está em primeiro lugar, com um total de 15.540, e o tipo de violência com maior número de registros é a violência sexual; Caxias do Sul, em segundo lugar, com 6.339 casos, tem mais casos de violência por negligência e abandono; Uruguaiana está em terceiro lugar, com 6.185 notificações, tendo mais casos de violência por negligência e abandono; Passo Fundo, onde foram registrados 2.617 casos, aparece em quarto lugar, sendo violência física o índice de maior incidência (BRASIL, 2016).

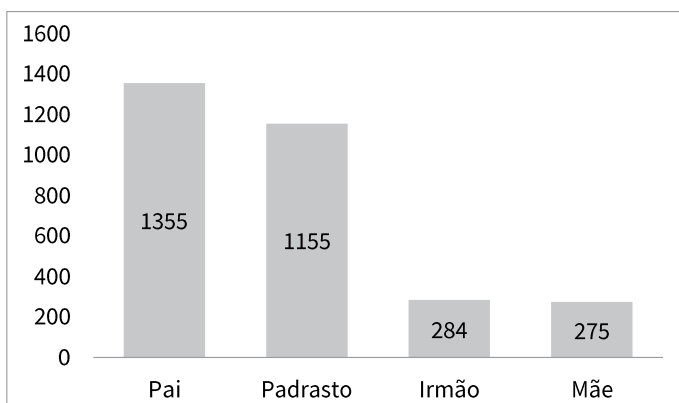
**Figura 1** - Casos de violências 2009-2016



Fonte: DATASUS

No Rio Grande do Sul, o sexo feminino é o que mais sofre qualquer tipo de violência, e o que mais chama a atenção é que o maior número de casos de violência sexual é praticado pelo padrasto e pai, sendo 1.355 casos de violência realizada pelo pai e 1.155 pelo padrasto, 284 pelo irmão, 275 pela mãe e 946 casos praticados por desconhecidos. Por meio desses números, pode-se perceber que os maiores agressores são pessoas do convívio familiar (BRASIL, 2016).

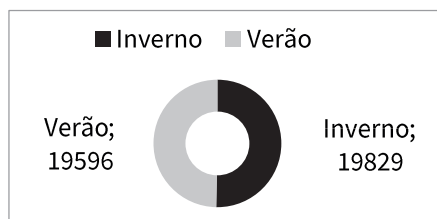
**Figura 2** - Responsáveis pelas agressões



Fonte: DATASUS

Mediante análise dos dados, foi possível verificar que, durante o inverno, ocorreu um total de 19.829 casos de violências no Rio Grande do Sul e 19.596 casos no verão em oito anos, de 2009 a 2016. Vale salientar que, quando analisadas as taxas de incidência, nota-se que ambas apresentaram o mesmo desenvolvimento oscilante durante o período. Entretanto, nos primeiros anos, quando foi implementada a notificação de violência como sendo notificação compulsória, ocorre uma redução de notificações de violência, pois até os profissionais se adequarem e perceberem a importância da notificação, levou-se algum tempo. Além disso, porque a violência vem aumentando nos últimos anos no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2016).

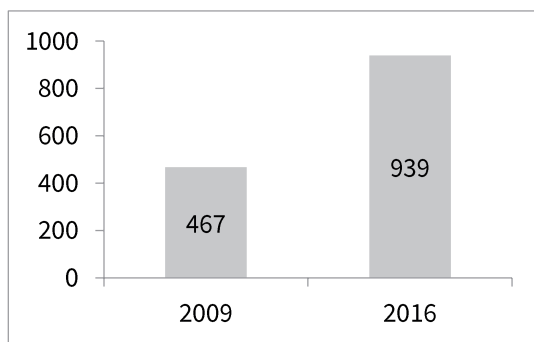
**Figura 3** - Números de casos de violências



Fonte: DATASUS

Nota-se, por meio dos dados, que, do ano de 2009 a 2012, ocorreram 22.204 casos de violências notificadas e 37.234 casos no período de 2013 até setembro de 2016, ou seja, ocorreu um aumento de 63% na taxa de incidência de violência no estado do Rio Grande do Sul. Quanto à violência sexual, no ano de 2009, houve 467 casos e, em 2016, 939 casos até o mês de setembro, ou seja, ocorreu um aumento de 101% em sete anos. Vale salientar que os dados do ano de 2009 são de janeiro até dezembro, um período de 12 meses. Em 2016, os dados são de apenas nove meses, ou seja, aumentaram mais que o dobro os casos de violência sexual com crianças e adolescentes no RS (BRASIL, 2016).

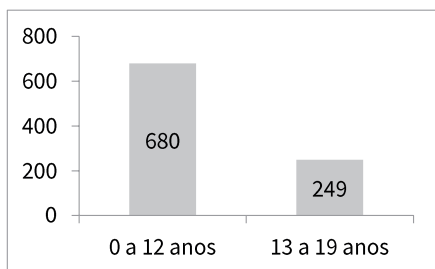
**Figura 4 -** Números da violência sexual



Fonte: DATASUS

Pode-se perceber, por meio dos dados coletados no TABNET, que os casos de violências notificadas foi aumentando gradativamente. Também foi possível perceber a ocorrência de mais violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças em comparação com adolescentes no estado, em que houve 680 casos com crianças de 0 a 12 anos e 249 dos 13 aos 19 anos de idade (BRASIL, 2016).

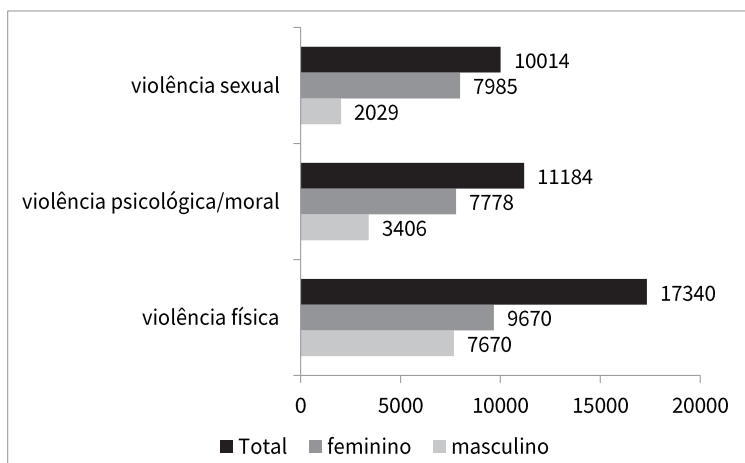
**Figura 5** - Casos de violência doméstica, sexual e/ou outras



Fonte: DATASUS

De 59.470 casos de todos os tipos de violências notificadas no estado, do ano de 2009 até o ano de 2016, 17.340 são por violência física sofrida em ambos os sexos, 7.670 no sexo masculino e 9.670 no sexo feminino. Quanto à violência psicológica/moral, existem 11.184 casos notificados no estado, sofrida por ambos os sexos, sendo 3.406 pelo sexo masculino e 7.778 pelo sexo feminino. A violência sexual tem 10.014 casos notificados em ambos os sexos, sendo 2.029 sofridos pelo sexo masculino e 7.985 pelo sexo feminino. Os dados demonstram que o sexo feminino sofre mais violência que o masculino, o que leva a crer que é uma questão de gênero (BRASIL, 2016).

**Figura 6** - Casos de violências notificadas no RS de 2009 a 2016

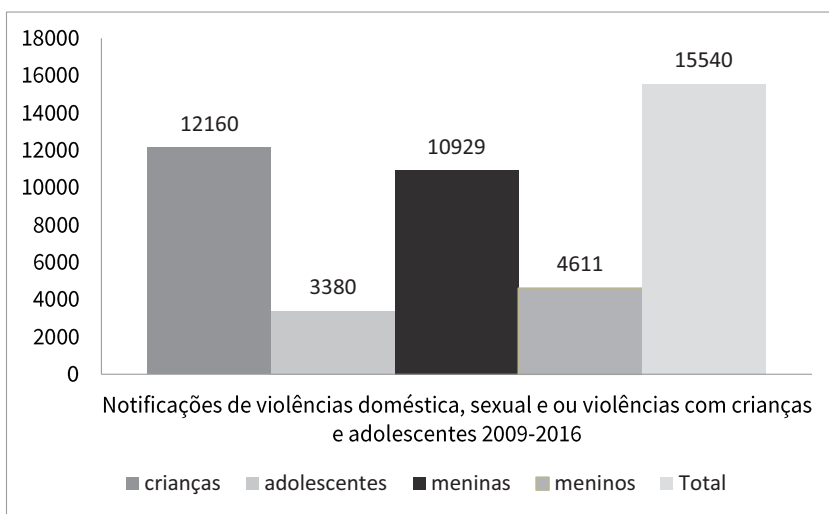


Fonte: DATASUS



A capital do estado, cidade de Porto Alegre, é onde há o maior índice de violência notificada, com 15.540 notificações de violências doméstica, sexual e/ou outras violências com crianças e adolescentes de 2009 até setembro de 2016. Sendo 12.160 casos com crianças e 3.380 com adolescentes. Destes, 10.929 casos foram com meninas e 4.611, com meninos. O maior número de notificações em Porto Alegre é de violência sexual, o que soma 5.779 casos. Esses dados mostram que crianças são mais vitimadas do que adolescentes, e as meninas são as que mais sofrem por diferentes tipos de violência (BRASIL, 2016).

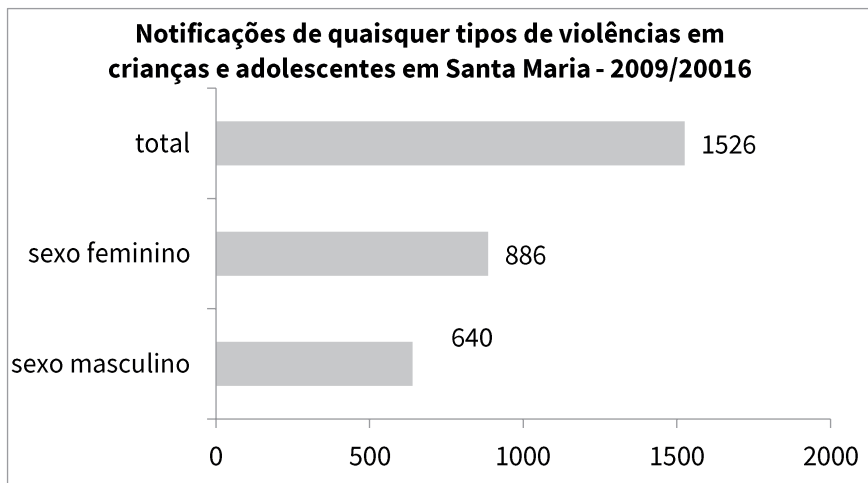
**Figura 7 - Dados da violência em Porto Alegre**



Fonte: DATASUS

Foram encontrados 1.526 casos de notificações de quaisquer tipos de violências com crianças e adolescentes em Santa Maria, sofridos por ambos os sexos, no período de 2009 a 2016. Sendo assim, 640 são vítimas do sexo masculino e 886 são do sexo feminino. Pode-se perceber que os casos de violência contra o sexo feminino foram 58,06% a mais do que contra o sexo masculino (BRASIL, 2016).

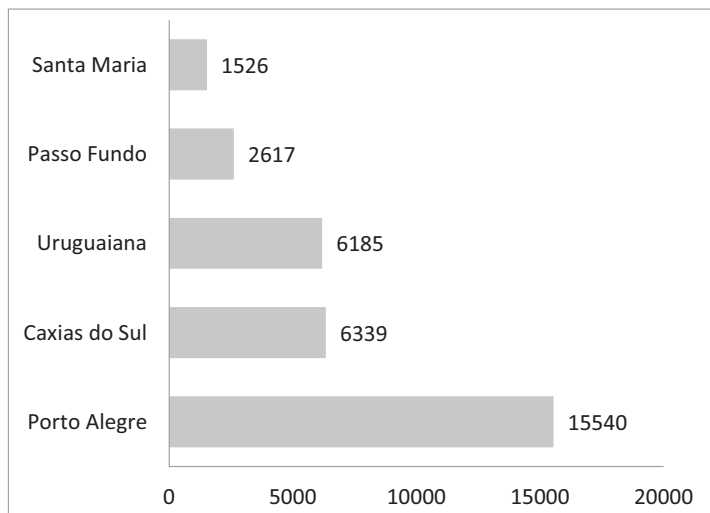
**Figura 8 -** Notificações de qualquer tipo em crianças e adolescentes



Fonte: DATASUS

Santa Maria é a quinta cidade com o maior número de notificações de violências do estado do Rio Grande do Sul, com 1.526 casos, e a violência física é a que tem maior incidência. Porto Alegre está em primeiro lugar, com o maior número de notificações, sendo um total de 15.540, e o que mais ocorre é a violência sexual. Caxias do Sul aparece em segundo lugar, com 6.339 casos, com mais casos de violência por negligência e abandono. Uruguaiana está em terceiro lugar, com 6.185 notificações, tendo mais casos de violências por negligência e abandono. Passo Fundo está classificada em quarto lugar, com 2.617 casos, sendo a violência física a que tem maior incidência (BRASIL, 2016).

**Figura 9** - Casos de violências 2009-2016



Fonte: DATASUS

## DISCUSSÃO

A violência geralmente é subnotificada, pois nem sempre é identificada, o que leva a crer que o índice de maus tratos pode ser maior do que se imagina. Segundo dados do UNICEF, as crianças e os adolescentes são especialmente afetados pela violência. Mesmo com os esforços do governo brasileiro e da sociedade em geral para enfrentar o problema, as estatísticas ainda mostram um cenário preocupante em relação à violência contra esses indivíduos. A cada dia, 129 casos de violência psicológica e física, incluindo a sexual, e negligência contra crianças e adolescentes ocorrem em média, estes que são denunciados para o Disque Denúncia (100). Isso significa que, a cada hora, cinco casos de violência contra meninas e meninos são registrados no país. Essa situação pode ser ainda mais grave, considerando que muitos desses crimes nunca chegam a ser denunciados (ROCHA *et al.*, 2010).

Um fator preocupante é o sujeito agressor dos casos de violência, uma vez que, na maioria dos casos de notificações de violências,

os pais/padrastos e as mães são os agressores dos próprios filhos, o que acaba dificultando todo o processo de avaliação, planejamento e execução de ações que possam, de alguma forma, minimizar situações de violências, que vêm aumentando cada vez mais no Brasil. Nesse contexto, fica o questionamento sobre os motivos que levam os pais ou os adultos responsáveis por cuidado, educação e bem-estar de suas crianças e adolescentes a não cumprirem o seu papel e, além disso, a serem eles próprios os agentes da violência contra os filhos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Logo, os pais, que deveriam proteger, educar e cuidar das crianças e adolescentes, são os autores da violência. Consequentemente, eles já vivem em um ambiente vulnerável todos os dias, pois sua própria casa é o local em que sofrem violências (BITTAR; NAKANO, 2011). Além disso, quando ocorre violência, a criança e o adolescente hesitam entre denunciar o agressor e calar-se, pois este deveria cuidá-los e protegê-los. Mais especificamente, quando ocorre violência sexual, é possível observar a lei do silêncio. Assim, o segredo familiar, com frequência, prolonga-se por muitas gerações, devido ao vínculo afetivo com os agressores, o que torna esse problema grave e ainda mais difícil de ser revelado (BRASIL, 2006; BITTAR; NAKANO, 2011).

Nesse contexto, há o agravante da compulsão do agressor, que tende a repetir o ato violento em decorrência de sua dependência psicológica e baixa tolerância à frustração. Destaca-se a necessidade da intervenção de terceiros para que a violência seja interrompida (VELOSO *et al.*, 2013).

Com este estudo, pôde-se perceber o predomínio da violência sexual e física, da negligência e do abandono. A agressão física foi a mais denunciada por produzir lesões corporais passíveis de serem observadas mais facilmente (BRITO *et al.*, 2005). Saliencia-se que o grau das consequências decorrentes de violência depende, entre outros fatores, da idade da criança quando se iniciou o abuso, do tempo de abuso sofrido, do grau de relacionamento entre vítima e agressor, do grau de ameaça sofrida e da ausência de estrutura familiar (PEREIRA, 2014). Nesse aspecto, é preciso destacar a importância de profissionais e comunidades estarem atentos para a identificação não apenas do abuso físico, mas de outras formas de agressão contra a criança e o adolescente, muitas

vezes não observadas no dia a dia por não serem evidentes como a violência física (MARTINS; JORGE, 2009).

A negligência familiar e o abandono foram verificados tanto em crianças como em adolescentes. Segundo a OMS, a negligência familiar acontece quando os pais ou responsáveis falham na provisão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social adequados (COSTA *et al.*, 2007).

A negligência pode se manifestar pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, devido à condição socioeconômica desfavorável da família; pelos atos omissivos infligidos pelos agressores, assim como pelo abandono da criança. O abandono é considerado o tipo mais grave de negligência familiar; conseqüentemente, constitui um importante problema social (COSTA *et al.*, 2007).

Com base nessas considerações, salienta-se que crianças e adolescentes são vulneráveis para enfrentar sozinhos as exigências do ambiente, tendo em vista a imaturidade inerente ao desenvolvimento biopsicossocial, apesar de toda a resiliência de que são capazes, em diferentes e frequentes circunstâncias (PEREIRA, 2014).

É interessante observar a baixa frequência da violência psicológica quando analisados somente os tipos de violência que geraram a denúncia. Entretanto, quando acompanhada de outras formas de violência, sua frequência aumenta expressivamente (MARTINS; JORGE, 2009). A violência psicológica permeia praticamente todas as situações de agressão contra a criança, porém dificilmente constitui-se o motivo principal de notificação. Frente à constante presença nos diversos tipos de violência praticados contra a criança e o adolescente, a violência psicológica exerce um profundo conflito negativo sobre o desenvolvimento psicológico e social desses indivíduos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Um agravante para a violência psicológica está relacionado à dificuldade de se detectá-la, uma vez que esta não causa lesões visíveis e por ser de difícil confirmação. Diante disso, a identificação e intervenção efetivas, aliadas à maior vigilância nos diferentes espaços sociais, constituem ações importantes na prevenção e no tratamento adequados.

O predomínio do sexo feminino entre as vítimas de violências notificadas pode ter relação com fatores culturais, que, historicamente, impuseram a esse sexo condições de abuso, exploração e discriminação socialmente aceitas. Nessa direção, estudos revelam, ainda, que as questões de gênero e desigualdade impõem maior risco para as meninas (OLIVEIRA, 2006). Vale ressaltar, em relação ao sexo, a questão da maior notificação quando se trata de meninas. Ao mesmo tempo, a maior habilidade de defesa, fundamentada na força física dos meninos, pode explicar a menor prevalência de violência no sexo masculino (COSTA *et al.*, 2007).

Também foi possível evidenciar que as crianças foram mais acometidas do que os adolescentes. A maior incidência de violência contra crianças fundamenta-se na sua maior fragilidade, por serem menores que os adolescentes, e, assim, têm maior dificuldade de escapar ou se defenderem do abuso. Como essas crianças dependem do adulto para sua subsistência e devido a sua fragilidade física e de personalidade, tornam-se alvos fáceis do poder dos adultos (BRITO *et al.*, 2005). Diante disso, os profissionais da saúde precisam conscientizar-se de que, após um atendimento por violência ou suspeita desta, é necessário preencher a ficha de notificações que se encontra em todos os locais de assistência à saúde e realizar a notificação, que, após, é enviada à vigilância em saúde para o gestor responsável por notificações de violências.

Torna-se relevante, mais especificamente na área de enfermagem, a construção de novas maneiras de intervir nas práticas de saúde por meio do conhecimento das políticas de saúde e de sua operacionalização, além do aprimoramento de competências e habilidades do enfermeiro para identificar os casos de violência e intervir, o que pode contribuir na diminuição de novos casos (AMESTOY *et al.*, 2014). Nesse contexto, vislumbra-se o fortalecimento e a integração da Rede de Atendimento com a Rede de Defesa e Responsabilização, com destaque para a divulgação do “Disque Denúncia”, assim como a necessidade de sensibilização e formação continuada de conselheiros e profissionais da Rede, tendo em vista otimizar o atendimento a essa clientela e melhorar a resolutividade dos casos (NISKIER, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se aumento do número de notificações de casos de violências contra crianças e adolescentes no estado do Rio Grande do Sul. A cidade de Porto Alegre aparece em primeiro lugar, com o maior número de violência sexual, seguida por Caxias do Sul e Uruguaiana com mais casos de negligência e abandono.

Sabe-se que muitos casos ainda são subnotificados pela dificuldade que crianças e adolescentes têm em denunciar, devido ao vínculo afetivo com os agressores, pois, como referido anteriormente, os maiores agressores são familiares, pessoas que, muitas vezes, sustentam essas vítimas ou convivem diariamente com elas. Sabe-se, também, que muitas delas são ameaçadas pelo agente agressor e, por isso, calam-se, hesitando em procurar ajuda. Por isso, é preciso, cada vez mais, uma maior capacitação no constructo dessa temática e em identificação de suspeitas de casos de violências. Dessa forma, haverá um menor índice de casos e será possível intervir, para que ações efetivas sejam colocadas em prática e tratamentos necessários passem a ser realizados. Concomitante a isso, espera-se que este estudo possa colaborar para a articulação e integração de redes de atendimento com a rede de defesa e responsabilização, orientando ações complementares e de enfrentamento dessa problemática que apontem o reconhecimento precoce de condições de violência e promovam intervenções de proteção, promoção e prevenção.

A temática aqui abordada torna-se, então, relevante para a área de enfermagem no que se refere à importância das notificações dos casos de violência para que se tenha um controle de quantos casos, quais casos de violência mais ocorrem e porque estão ocorrendo. Assim, será possível implementar ações e diminuir o índice de violência no Rio Grande do Sul e planejar ações capazes de ajudar crianças e adolescentes que sofrem com a violência.

## REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C. *et al.* Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.

BITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 17-24, 2011.

BRASIL. Departamento de informática do SUS (DATASUS). **Dados TABNET**. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/314e8gp>. Acesso em: 15 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O Desafio do enfrentamento da violência**: situação atual, estratégias e propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, A. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005.



COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros dos Conselhos Tutelares: vítimas agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

NISKIER, R. Prevenção da violência contra crianças e adolescentes: do conceito ao atendimento - campanha permanente da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Residência Pediátrica**, v. 2, n. 1, p. 12-16, 2012.

OLIVEIRA, V. L. A. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Curitiba**. 2006. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEREIRA, A. D. **A violência escolar na voz dos adolescentes**: possibilidades para o cuidado. 2014. 170 f. Tese (Pós-graduação Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.

ROCHA, E. N. *et al.* Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entendimento dos agentes comunitários de saúde. **Revista Saúde.com**, v. 6, n. 1, p. 50-64, 2010.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. **50 Perguntas e respostas sobre trabalho infantil, proteção ao trabalho decente do adolescente e aprendizagem**. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho, 2013.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estudo do secretário-geral das Nações Unidas sobre violência contra as crianças**. 2012b. Disponível em: <https://bit.ly/2lFHQ5z>. Acesso em: 25 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Tipos de violência**. 2012a. Disponível em: <https://uni.cf/2MtFRnw>. Acesso em: 25 mar. 2012.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Tradução do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: FAPESP, 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

# **IMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Mariana Quintana Soares Lopes  
Karine de Freitas Cáceres Machado  
Claudia Maria Gabert Diaz  
Keity Laís Siepmann Soccol  
Betina Lagomarsino

## **RESUMO**

Neste estudo, objetiva-se conhecer o que a comunidade científica tem publicado acerca da interação mãe-bebê em situação de depressão pós-parto e suas consequências no desenvolvimento da criança. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa. Após a leitura e análise dos 26 artigos pesquisados, foram selecionados sete artigos que contemplavam a questão norteadora do estudo e atendiam aos critérios de inclusão. Por meio da leitura dos artigos selecionados, emergiram duas categorias: Conceituando a depressão pós-parto; Depressão pós-parto e suas complicações no desenvolvimento da criança. A partir dessas considerações, assinala-se a importância da identificação dos sinais de depressão no início, para que a mãe receba o tratamento adequado e o acompanhamento por uma equipe de saúde e por seus familiares, a fim de conseguir exercer seu papel de mãe, oportunizando, assim, um cuidado adequado para o desenvolvimento saudável do bebê.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto. Desenvolvimento da criança. Interação mãe-bebê.

## INTRODUÇÃO

A média de casos de depressão pós-parto (DPP) em países de baixa renda é de 19,8%. No Brasil, relata-se que, em 2012, o índice de mulheres com sintomas da doença era de 26,3%, incidência maior do que a registrada em países da Europa, além de Estados Unidos e Austrália.

A DPP é caracterizada por sinais e sintomas no puerpério, como desânimo, tristeza, falta de interesse ou prazer no emprego, irritabilidade, choro frequente, pressentimento de ser incapaz de enfrentar novas situações de vida, alterações do sono, ideias suicidas e obsessivas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido e diminuição do nível de funcionamento mental (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009). Devido a eventos depressivos não psicóticos que se instalam nos primeiros meses após o parto, a depressão materna se apresenta como um quadro de grau variável, dispondo, na maioria das vezes, de sintomas mais suaves e ponderados. Por causa da amenidade desses sinais, os sintomas podem não ser reconhecidos e até mesmo desprezados pelos profissionais da saúde. Nesse contexto, é importante que os sintomas sejam identificados, pois existe uma conexão entre depressão pós-parto e problemas posteriores no desenvolvimento da criança, incluindo transtornos de atuação, comprometimento da saúde física e episódios depressivos. Além da relação mãe-bebê, os sintomas de depressão afetam todas as relações interpessoais (HIGUTI; CAPOCCI, 2003).

Tronick e Weinberg (2000), em seu estudo, relatam que, durante a relação social, as mães com DPP, além de poderem apresentar um comportamento de retração na relação com os filhos, expressavam mais afeto negativo e eram menos comprometidas com os bebês do que as mães que não apresentavam o distúrbio. As crianças de mães deprimidas manifestaram dificuldades para se envolver e manter uma relação social, tendo déficits na regulação dos seus momentos afetivos: os bebês enxergavam menos suas mães e demonstravam mais afeto negativo do que positivo.

As crianças de mães com depressão pós-parto são descritas como mais ansiosas, menos felizes, menos responsivas nas relações interpessoais e de atenção menor, quando comparadas com os filhos de mães não

depressivas (RIGHETTI; BOUSQUET; MANZANO, 2003). Essas crianças apresentam, também, menos sorrisos, menor interação social, além de mais problemas relacionados ao sono e à alimentação.

Durante a prática acadêmica do curso de Enfermagem em uma Maternidade, percebeu-se o quanto a depressão pós-parto está presente no cotidiano de inúmeras mulheres. As puérperas demonstravam, além da vulnerabilidade do pós-parto, abalo emocional, que gera, consequentemente, para os bebês, implicações tanto no âmbito emocional como no físico. Assim, averiguou-se o quanto o enfermeiro é importante nesse cenário. Para além do acompanhamento do parto, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação e encaminhamento da parturiente que vivencia um momento delicado e de muitas mudanças na vida.

Diante disso, propõe-se a seguinte questão: O que está sendo produzido na literatura científica sobre depressão pós-parto e sobre sua repercussão no desenvolvimento inicial da criança? Adotou-se como objetivo conhecer o que vem sendo produzido na literatura científica sobre depressão pós-parto e sobre sua repercussão no desenvolvimento inicial da criança.

## **METODOLOGIA**

No presente estudo, utiliza-se o método descritivo exploratório por meio da técnica de revisão narrativa de literatura, com abordagem qualitativa. Para o levantamento bibliográfico, utilizou-se a base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o portal Scientific Electronic Library Online (SCIELO). As palavras-chave utilizadas foram: depressão pós-parto, desenvolvimento da criança, interação mãe-bebê.

Após a leitura e análise dos 26 artigos pesquisados, foram selecionados sete artigos que contemplavam a questão norteadora do estudo e atendiam aos critérios de inclusão, sendo estes: artigos completos na íntegra, produzidos entre 2003 e 2015 e disponíveis gratuitamente na internet nas bases de dados nacionais e no portal em língua portuguesa. O recorte temporal adotado se dá em virtude de haver uma maior produção científica sobre a temática no referido período.

A análise dos artigos selecionados foi feita de acordo com a análise temática de Minayo (2010). Por ser uma pesquisa bibliográfica narrativa baseada em publicações já disponíveis nos meios eletrônicos, não se faz necessária a aprovação do Comitê de Ética. A coleta de dados ocorreu de agosto a setembro de 2017. Os artigos selecionados para a pesquisa estão identificados no texto pela letra A (Artigo) seguida de um numeral.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sete artigos que compuseram o *corpus* da análise de conteúdo, pois abordaram a temática do estudo e corresponderam aos critérios de inclusão propostos na metodologia da pesquisa. A seguir, no quadro sinóptico (Quadro 1), constam os dados organizados de forma descritiva, trazendo as seguintes informações: identificação, título, autor(es), objetivo, metodologia, referência e ano de publicação.

**Quadro 1** - Sinopse dos artigos selecionados sobre depressão pós-parto e sobre sua repercussão no desenvolvimento inicial da criança, na base de dados LILACS e no Portal SCIELO

Ident.	Título	Autor(es)	Objetivo	Método	Referência/Ano
A1	Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil	FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D.	Buscar referências recentes sobre o assunto.	Pesquisa de natureza bibliográfica	Revista Panorâmica On-Line, v. 14, p. 15-34, 2013
A2	Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil	SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A.	Revisão da literatura científica nacional sobre as repercussões da DPP para o desenvolvimento emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê no contexto de depressão puerperal materna, bem como possíveis prejuízos à relação mãe-bebê.	Revisão de literatura	Barbarói, n. 43, p. 5-26, 2015

A3	Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil	SCHMIDT, E. B.;  PICCOLOTO, N. M.;  MULLER, M. C.	Apresentar uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto.	Revisão bibliográfica	Revista Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005
A4	Puérpera com depressão pós-parto: a influência na relação com o bebê	PINA, L. N. de S.;  LOURES, M. C.	Identificar, nas publicações de periódicos nacionais, no período de 2003 a 2013, as principais evidências científicas da depressão pós-parto; analisar as intervenções, o enfrentamento e a prevenção da doença e o envolvimento da enfermagem na relação mãe-bebê.	Revisão integrativa	Revista Eletrônica, v. 41, n. 2, p. 341-357, 2014
A5	Depressão materna e sua repercussão na relação inicial mãe-bebê	TEIXEIRA, G. T.	Revisar a literatura sobre a interação mãe-bebê em situação de depressão materna, buscando examinar suas implicações para o desenvolvimento da criança.	Revisão de literatura	Revista Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade, n. 2, 2007
A6	O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê	SCHWENGBER, D. D. de S.;  PICCININI, C. A.	Contribuir para o estudo da interação mãe-bebê, examinando as investigações que ressaltaram o papel da depressão pós-parto no desenvolvimento inicial da criança.	Revisão de literatura	Estudos de Psicologia, v. 8, p. 403-411, 2003

A7	Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família	SILVA, F. C. S. da <i>et al.</i>	Conhecer a interação de puérperas que apresentam depressão pós-parto com seus filhos e compreender a percepção de familiares sobre a doença e cuidados maternos prestados pelas puérperas.	Estudo qualitativo de caráter exploratório	Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, p. 411-416, 2010
----	--	----------------------------------	--	--	--

Fonte: dados da investigação.

Em geral, os estudos selecionados pelos critérios de inclusão têm referências distintas. Quanto ao ano de publicação, constatou-se que são artigos publicados de 2003 a 2015: um artigo de 2003, um artigo de 2005, um artigo de 2007, um artigo de 2010, um artigo de 2013, um artigo de 2014 e um artigo de 2015. Os artigos fazem parte dos seguintes periódicos: *Revista Panorâmica Online*, *Barbarói*, *Psico*, *Revista eletrônica*, *Revista contemporânea e Transdisciplinar*, *Estudos de Psicologia*, *Acta Paulista de Enfermagem*.

Conforme já referido, a partir da leitura dos artigos selecionados, emergiram duas categorias: Conceituando a depressão pós-parto; Depressão pós-parto e suas complicações no desenvolvimento da criança.

## **CONCEITUANDO A DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

No artigo A1, conceitua-se a depressão pós-parto como um transtorno depressivo que acarreta alterações emocionais que necessitam de tratamento adequado e está relacionada ao nascimento do bebê. Ainda, segundo os autores, o conjunto de sintomas da doença geralmente inicia-se entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres (KLAUS; KENNEL; KLAUS, p. 2000).

A fase do pós-parto é um período de adaptação a uma nova realidade e enfrentamento de novos desafios, não somente fisiológicos, mas



também psicológicos. A mulher começa a ter uma nova rotina, alterando seus hábitos e passando a adquirir novas responsabilidades frente à maternidade. Essa fase de transformação emocional e física, mediada por diversos sentimentos, torna-se muito propícia ao surgimento de problemas emocionais que incluem a depressão pós-parto e a tristeza puerperal. Estudos indicam que problemas relacionados à DPP, além de afetarem a mãe, afetam diretamente o bebê (A1).

Os artigos A3 e A4 apresentam como fatores de risco para a depressão pós-parto o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar, as dificuldades no parto, baixa autoestima e histórico de abuso na infância ou fraco suporte social. Corroborando esses resultados, Borsa, Feil e Paniágua (2007) apresentam como fatores de risco da DPP as complicações obstétricas, a ausência de aleitamento materno, a ausência de suporte da família e dos amigos e o baixo nível socioeconômico. Alguns estudos mostram que as mães deprimidas tendem a ser menos eficientes, menos emotivas e menos afetivas com suas crianças, menos confiantes e menos satisfeitas e mais dependentes e afastadas ao executar o papel materno (A6).

São muito frequentes os sentimentos de culpa e de desvalorização que fazem com que a mulher se sinta incapaz de assumir as responsabilidades maternas, chegando ao ponto de declarar-se inútil ao não conseguir entender o significado do choro do filho e, assim, não poder atendê-lo. Nesse contexto, é possível perceber as dificuldades de se constituir um vínculo afetivo favorável com o bebê, uma vez que a mãe não se acha apta para praticar a maternidade e não se encontra disponível para dedicar-se ao recém-nascido, privando-o do seu cuidado e da sua interação (SILVA *et al.*, 2003).

Em concordância com os resultados do A1, no A7 relata-se que, em relação à depressão pós-parto, o tipo, a condição e o conteúdo do suporte recebido são fatores possíveis de favorecer e colaborar para uma melhor adaptação e consecução do papel materno. Nessa fase, o enfermeiro pode prestar efetiva colaboração, pois, ao analisar a situação vivenciada, contribui e ajuda a puérpera a se readaptar e solucionar melhor as suas dificuldades,

contribuindo, assim, para um exercício saudável da maternidade, com consequências tanto para a relação mãe-filho quanto para a família (A7).

A experiência de gestar, parir e cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova proporção de vida e favorecer seu crescimento emocional e pessoal. Concomitantemente, pode acarretar uma desorganização interna, suspensão de vínculos e de papéis e até ocasionar quadros de depressão puerperal. Contudo é essencial que os enfermeiros compreendam as peculiaridades de cada puérpera, como estresse e fatores culturais que influenciam o bem-estar emocional das mães após o parto. Esse conhecimento não só qualifica o cuidado de enfermagem ofertado como pode contribuir na mediação de aspectos culturais específicos das experiências pós-parto de primíparas e múltíparas (A7).

Nos artigos A3 e A5, observa-se que os aspectos sociais, como a falta de apoio conjugal e familiar, influenciam vigorosamente na etiologia e no manejo da depressão pós-parto. Outro fator importante é o desconhecimento dos familiares sobre a DPP. Seguidamente, os parentes associam os sinais e sintomas da depressão pós-parto ao estresse fisiológico e à dificuldade de adaptação ligada ao puerpério (SILVA *et al.*, 2010).

Ainda conforme Silva *et al.* (2010), o enfermeiro deve dispor de conhecimento sobre a doença, principalmente por compor o serviço de saúde, o qual é uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se refere à terapêutica e prevenção da DPP. O cuidado de enfermagem deve ser de forma integral e começar no pré-natal com a análise do nível de autoestima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães. Além disso, o enfermeiro deve ter habilidades, como perspicácia, observação e empatia, ao conduzir seu cuidado na solução das dificuldades inerentes à depressão pós-parto.

## **DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS COMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

A informações contidas no A2 possibilitam compreender a influência que o comportamento da mãe tem sobre seu bebê durante e após o

período da gravidez e a qualidade dos cuidados ofertados depois do nascimento. O bebê recém-nascido é um ser completamente dependente, e a confiança que conquista no mundo se dá mediante os cuidados da estimulação, instigação e atenção que recebe. A contar com algumas semanas do desenvolvimento intrauterino, os órgãos sensoriais admitem que o bebê constata estímulos externos, como sons e sabores. Essas experiências são relevantes para os primeiros contatos afetivos entre mãe e filho (FERRAZ, 2012).

No artigo A2, abordam-se questões relacionadas às habilidades sociais da criança, as quais são influenciadas diretamente pelos pais, especialmente nos primeiros anos de vida. Bebês recém-nascidos tendem a imitar expressões faciais dos pais como forma de responder a eles. Se a mãe, por exemplo, ri para o bebê, ele responderá rindo para ela. Da mesma forma, uma mãe deprimida que não costuma rir para seu filho, não o ajudará a desenvolver esse comportamento responsivo. Em vez disso, conforme explica Bee (2003), o bebê demonstrará mais expressões faciais tristes e zangadas e menos expressões de interesse. Dessa forma, quando o bebê nasce e se depara com um ambiente completamente desconhecido, é de extrema importância que a mãe esteja bem para mostrar o mundo a ele. No artigo, também se constatou que a depressão pós-parto afeta negativamente a maneira como a mãe cuida do seu bebê, caracterizando o cuidado e a interação como inadequados e não saudáveis, principalmente se a depressão for intensa e se estender-se por muito tempo. Em quase todas as culturas, é esperado que a mãe ame incondicionalmente o filho, que saiba como cuidar dele e que tenha paciência. A própria mãe idealiza a criança e a nova etapa da maternidade que está por iniciar.

Apesar de, culturalmente, a mãe ser a cuidadora principal e a detentora da maioria das responsabilidades, alguns autores apontam que há formas de compensar as vivências negativas que a criança possa ter em decorrência das dificuldades da mãe deprimida. Sendo assim, o bebê necessita de contato com elementos que lhe oportunizem algum tipo de amparo, e que lhe sejam oferecidas mais experiências positivas que negativas. Os autores do A2, relatam que, quando, ao contrário da mãe, o pai é

participativo nas atividades com o filho, sua presença media o contato entre a mãe e o bebê e pode, conseqüentemente, aliviar os efeitos negativos da depressão da mãe, configurando, desse modo, um fator de proteção para ambos.

Em situações de DPP, a interação mãe-bebê geralmente se caracteriza por comportamentos intrusivos ou retraídos por parte da mãe, embora não tenha sido possível concluir qual o impacto real do estilo de interação apático e do intrusivo separadamente. Em concordância, segundo autores, o quadro depressivo da mãe só tem implicações para o recém-nascido quando a interação mãe-bebê é afetada. Em síntese, os sintomas da depressão pós-parto que a genitora venha a apresentar podem não afetar negativamente o desenvolvimento do bebê se ela conseguir interagir minimamente com o seu filho, bem como receber apoio para realizar as tarefas com as quais não consegue lidar.

Conforme referido no A1, a depressão pós-parto pode influenciar negativamente a relação entre mãe e recém-nascido, prejudicando o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança e ocasionando outras complicações. Sabe-se que existe uma ligação entre DPP e problemas posteriores, como transtornos de conduta, complicações na saúde física, atitudes inseguras e episódios depressivos (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Os sintomas da depressão materna podem intervir em todas as relações interpessoais, principalmente na inter-relação mãe-bebê. Até mesmo as formas mais brandas da depressão pós-parto podem afetar o recém-nascido, uma vez que ele sentiria as mínimas deficiências na eventualidade do comportamento materno.

Ainda no artigo A1, na relação entre mãe e recém-nascido, as genitoras deprimidas demonstraram elevado nível de rivalidade na interação com seus filhos, exibindo maior rejeição, negligência e agressividade, quando atendem seus bebês. Mães deprimidas tendem a ficar mais reclusas e quietas, podendo adquirir um estado de desatenção e insensibilidade em relação à saúde, à segurança e às necessidades psicológicas de seus filhos. Quando comparadas, as mulheres com DPP tendem a ser menos afetuosas, menos comunicativas, menos cuidadosas no trato

com o bebê, menos responsivas e mais negativas na relação com os filhos (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014). Em concordância, no A5, é referido que mães deprimidas rompem o contato visual com o bebê e não tentam retomá-lo, tornando-se, assim, menos interativas.

A depressão materna apresenta efeitos, em longo prazo, na infância. Filhos de mulheres deprimidas podem apresentar 29% de chance de desenvolver desordens emocionais e comportamentais. Uma dessas desordens é a dificuldade de se estabelecer um vínculo entre mãe e filho. No A1, consta que a depressão pós-parto pode reduzir a capacidade da criança para o aprendizado da linguagem, prejudicando o seu desenvolvimento.

Filhos de mulheres deprimidas podem manifestar dificuldades em explorar o mundo e em usufruir o seu potencial de entendimento. Além disso, podem apresentar dificuldades para desenvolver o apego à mãe; hiperatividade; dificuldades para comandar as emoções, especialmente a agressividade; transtornos no relacionamento sexual e maior vulnerabilidade a sintomas físicos e comportamentais, como dor de cabeça, dor de barriga, agitação, pesadelos, anorexia, entre outros (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014).

Bowlby (2006) afirma que é essencial para a saúde mental do bebê e da criança vivenciar um relacionamento amoroso, fraterno, afetivo, íntimo e contínuo com sua mãe, ou com o cuidador e responsável, em que ambas as partes encontrem satisfação e prazer. A base do desenvolvimento da personalidade, nos primeiros anos de vida do recém-nascido, está na relação rica e compensadora que é estabelecida entre a genitora e o filho e enriquecida pelas relações com o pai e demais familiares. No A1, aborda-se, ainda, que a criança precisa sentir e perceber que é, para a mãe, um objeto de orgulho e prazer, assim como existe uma necessidade da mãe em sentir, na personalidade do seu filho, um crescimento da sua própria personalidade, ou seja, ambos necessitam sentir-se identificados e bem um com o outro.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do estudo realizado, pode-se afirmar que o conhecimento dos aspectos da depressão pós-parto é de grande importância, considerando as

consequências prejudiciais às mães, bem como ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. Assim, não se pode ignorar os inúmeros prejuízos que a criança, no âmbito da depressão pós-parto, sofre. A relação que a mãe deprimida constitui com seu filho aparenta ser mais crítica para o desenvolvimento da criança do que para ela. Dessa forma, a depressão materna altera o padrão da interação mãe-bebê. A formação do vínculo afetivo é fundamental para o bom desenvolvimento do recém-nascido, pois a criança pequena é totalmente dependente no atendimento das suas necessidades físicas e emocionais.

O grau dos impactos negativos sobre o bebê depende da idade dele, da qualidade dos cuidados maternos oferecidos e da gravidade do transtorno da mãe. Esses fatores podem sofrer influência de outros fatores de risco, como dificuldades socioeconômicas e eventos estressantes durante a gestação e o puerpério, que, por conseguinte, podem agravar o impacto da depressão puerperal. O apoio familiar e social é de extrema importância para sustentar e amparar a mãe em suas fragilidades e no fortalecimento de suas aptidões para lidar com o bebê.

## REFERÊNCIAS

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F.; PANIÁGUA, F. M. A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. **O portal dos psicólogos**, p. 1-12, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2QGZYgD>. Acesso em: 15 set. 2017.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil. **CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2WmAsTK>. Acesso em: 31 ago. 2017.

FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**, v. 14, p. 15-34, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/316G9nC>. Acesso em: 25 set. 2017.

FERRAZ, A. P. **Estímulos intrauterinos proporcionam relação afetiva entre pais e bebê**. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2HT98Uk>. Acesso em: 27 set. 2017.

HIGUTI, P.; CAPOCCI, P. Depressão pós-parto. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 4, p. 46-50, 2003.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PINA, L. N. de S.; LOURES, M. C. Puérpera com depressão pós-parto: a influência na relação com o bebê. **Revista Eletrônica**, v. 41, n. 2, p. 341-357, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Xm7obF>. Acesso em: 16 out. 2017.

RIGHETTI, V. M.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 75-83, 2003.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 516-524, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2HU2Xzv>. Acesso em: 3 out. 2017.

SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, n. 43, p. 5-26, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2HRZHEu>. Acesso em: 15 set. 2017.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico - USF**, v. 10, p. 61-68, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2Z3njvO>. Acesso em: 2 out. 2017.

SCHWENGBER, D. D. de S.; PICCININI, A. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, p. 403-411, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2EPM3A1>. Acesso em: 14 out. 2017.

SILVA, D. G. *et al.* Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2MrDMsk>. Acesso em: 10 out. 2017.

SILVA, F. C. S. *et al.* Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-416, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2Z15f5q>. Acesso em: 11 out. 2017.

TEIXEIRA, G. F. Depressão Materna e sua repercussão na relação inicial mãe-bebê. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade**, n. 2, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2Wdra7M>. Acesso em: 11 out. 2017.

TRONICK, E. Z.; WEINBERG, M. K. Gender differences and their relation to maternal depression. *In*: JOHNSON, S. L. *et al.* (ed.). **Stress, Coping and Depression**. London: Lawrence, 2000. p. 23-34.



# **CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO ATERMO NO PÓS ALTA DA MATERNIDADE: ORIENTAÇÕES À MÃE/FAMÍLIA**

Daiana Ramiro dos Santos  
Regina Gema Santini Costenaro  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Rosiane Filipin Rangel

## **RESUMO**

As orientações referentes aos cuidados ao recém-nascido (RN) fornecidas à mãe/família em virtude da alta hospitalar da maternidade precisam ser repassadas de forma clara e sucinta. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, da qual participaram, por meio de entrevista, 21 puérperas que consultavam na unidade básica Floriano Rocha. A partir dos dados coletados, emergiram três categorias: Cuidado com o RN no pós alta hospitalar: importância das orientações para o empoderamento da puérpera; Conhecimento empírico; Amamentação, higiene e cólicas: principais dúvidas manifestadas pelas mães. Destaca-se que os cuidados com os RNs são de extrema importância para prevenir complicações e até a morbimortalidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidados. Recém-nascido.

## INTRODUÇÃO

As orientações referentes aos cuidados ao recém-nascido (RN) fornecidas à mãe e à família em virtude da alta hospitalar da maternidade precisam ser repassadas de forma clara e sucinta para que sejam sanadas todas as dúvidas, proporcionando segurança e preparo no que se refere aos cuidados com o RN. Porém não há ainda uma rotina estabelecida pela equipe de enfermagem quanto à sequência de cuidados a ser adotada durante a orientação, pois o tema é pouco discutido, apesar de sua importância para o bom desenvolvimento bio-psico-socio-ambiental da criança.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para o fornecimento de informações de forma coerente, simples e precisa para que possa esclarecer as principais dúvidas da mãe/família em virtude da alta hospitalar. Nesse contexto, alguns autores, como Mirna *et al.* (2006) escrevem sobre a importância da estruturação e da organização do cuidado com os recém-nascidos de forma a atender todas as suas necessidades. Para isso, é indispensável que existam recursos materiais e humanos especializados capazes de solucionar todas as dúvidas e questionamentos existentes pela mãe e também familiares.

A mãe/família tem uma ambiguidade de sentimentos: se por um lado existe a alegria pelo nascimento do filho; por outro, também existem sentimentos de sofrimento, frustração e incompetência pela fragilidade do recém-nascido, que levam a significativas mudanças na dinâmica de toda a família (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) acreditam que os profissionais, por pensarem e agirem de forma prática, priorizam os aspectos imediatos da assistência, como higiene, alimentação, controle de sinais vitais, excluindo, dessa forma, as atividades educativas e o preparo da mãe/família em decorrência da alta. Além disso, deixam de alertar sobre possíveis problemas que poderão ocorrer no domicílio e quais as formas de solucioná-los.

Por essa perspectiva, é importante que a equipe de saúde esteja preparada para realizar a promoção da saúde a partir de planos de cuidados da equipe de enfermagem em nível terciário, colocando mãe/família

na responsabilidade do cuidado, mostrando-lhes que os riscos da ocorrência de agravos no período pós-neonatal podem ser evitados se o cuidado ao RN for realizado de maneira segura e correta para que o neonato seja assistido com segurança pela família (MIRNA *et al.*, 2013).

Os esclarecimentos oriundos da alta hospitalar deverão proporcionar à mãe/família conhecimento, segurança e comprometimento com o novo ser pelo qual são responsáveis, mesmo que este não seja o seu primeiro filho, com o intuito de não cometer erros anteriormente cometidos no caso de mães múltíparas, bem como desmistificar lendas, tabus e credences associados ao nascimento do bebê, para que, com isso, possam vivenciar com integralidade a chegada do mais novo membro da família.

Diante disso, a questão norteadora desta pesquisa é a seguinte: Como estão sendo transmitidas, na ocasião da alta hospitalar ou por ocasião da alta da maternidade, as orientações de cuidado que a mãe/família deve ter com seu RN?

Assim, objetivou-se, nesta pesquisa, saber como estão sendo transmitidos os cuidados que a mãe deve ter com seu RN por ocasião da alta da maternidade; saber como a família se envolve nos cuidados com o RN pós alta hospitalar; identificar as lacunas existentes com relação às orientações sobre os cuidados com o RN pós alta da maternidade.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Foi realizada na Unidade Básica de Saúde Floriano Rocha, no Bairro Santa Marta, na cidade de Santa Maria/RS, no período de agosto a setembro de 2015. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com duas perguntas norteadoras, quais sejam: No preparo para a alta da maternidade, você recebeu orientações de algum profissional da saúde sobre o cuidado que devia ter com seu filho RN? Quais as principais dúvidas que você vivenciou com relação aos cuidados com o RN na pós-alta da maternidade?

Participaram da entrevista 23 mães, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter feito o parto na Maternidade do Hospital Casa de

Saúde; ser maior de idade; ter concordado em participar e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser mãe de RN atermo; estar com o filho na consulta de puericultura na Unidade Básica Floriano Rocha. Os termos de exclusão foram: não concordar participar da pesquisa; ser menor de 18 anos. As entrevistas foram realizadas na sala de espera da referida unidade e na sala de vacinação. Cada entrevista durou em média 25 minutos. As participantes foram identificadas por “Ent” (Entrevista), pelo número de sequência de realização da entrevista e pela idade.

A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin (2009), caracteriza-se por ser uma técnica de análise dos depoimentos que pode ser aplicada a discursos diversificados. A análise de conteúdo aconteceu em três momentos: 1) o primeiro momento consistiu em uma análise frequência e quantitativa em que foram identificadas as principais percepções das participantes da pesquisa acerca de suas famílias; 2) o segundo momento foi a análise do conteúdo que implicou identificar as categorias que emergiram a partir dos dados obtidos; 3) o terceiro momento consistiu na interpretação das categorias, visando à compreensão dos elementos relacionados ao objetivo principal desta pesquisa.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram asseguradas as questões éticas, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013). Salienta-se que este estudo é parte de um projeto maior intitulado *Ações de cuidado proporcionado por enfermeiras, residentes em obstetrícia, nos diferentes cenários de atuação*, o qual já foi aprovado pelo Comitê de Ética institucional e registrado no CONEP sob número 758.677.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mulheres participantes antes da entrevista. Neste estudo, comprometeu-se a não causar nenhum constrangimento às respondentes, oportunizando orientações e assistência de enfermagem caso houvesse necessidade. Também foi assinado o Termo de Confidencialidade. Este mantém a equipe diretiva das Instituições de Saúde ciente de que se trata de uma pesquisa científica, assegurando o sigilo e o anonimato dos dados investigados, bem como a não manipulação destes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreender os resultados, inicialmente descrevem-se as características relacionadas à idade das participantes, que variou de 15 a 55 anos. Com relação ao estado civil, 100% referiram ter união estável ou serem casadas.

No processo de análise dos dados obtidos nas entrevistas, emergiram três categorias, quais sejam: Cuidado com o RN no pós alta hospitalar: importância das orientações para o empoderamento da puérpera; Conhecimento empírico; Amamentação, higiene e cólicas: principais dúvidas manifestadas pelas mães. A seguir, consta a descrição dessas categorias.

### CUIDADO COM O RN NO PÓS ALTA HOSPITALAR: IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES PARA O EMPODERAMENTO DA PUÉRPERA

Entende-se por recém-nascidos os bebês de zero a 28 dias de vida e recém-nascido a termo os nascidos no período de 37 a 41 semanas e seis dias de gestação (GAIVA; GOMES, 2003). O período até os 28 dias de vida é permeado por diferentes especificidades, que devem ser encaradas com seriedade, uma vez que o pequeno ser necessita de cuidados especiais. Estes devem ser transmitidos à mãe e à família, prevenindo, assim, complicações para o binômio mãe bebê.

Nesse sentido, de acordo com Javorski *et al.* (2006), os esclarecimentos à mulher e à família devem ser prestados desde o pré-natal até a alta do alojamento conjunto, com o intuito de proporcionar maior segurança à mãe e à família. Para melhor compreender essa preocupação, seguem alguns depoimentos das mães entrevistadas.

*Sim, as informações foram importantes, sobre os cuidados com o bebê, cuidados com o umbigo. (Ent 2 - 31 a)*

*As informações que recebi durante o pré-natal e na saída do hospital, me ajudaram muito. (Ent 4 - 36 a)*

*Sim, recebi, as orientações foram muito importantes porque o nascimento de filho não vem com manual de instrução. (Ent 5 - 50 a)*

*Sim, as informações me ajudaram muito e foram muito importantes. (Ent 9 - 25 a; Ent 11 - 18 a; Ent 14 - 29 a; Ent 15 - 19 a)*

*Sim, foi muito importante porque ela nasceu com uma fissura no rosto, recebeu ajuda e tratamento. (Ent 16 - 21 a)*

*Sim, sobre os cuidados, me ajudaram bastante. (Ent 19 - 40 a)*

Vieira e Mello (2009) referem que o diálogo e a interação do profissional enfermeiro com a família do RN são indiscutivelmente importantes, pois possibilitam conhecer o contexto social, cultural e econômico no qual a família está inserida. Além disso, capacitam e estimulam os familiares no que se refere aos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar.

## CONHECIMENTO EMPÍRICO

A tecnologia ocupa um espaço importante na profissão do enfermeiro, e reconquistar os conhecimentos da experiência cotidiana, seguindo as passagens da vida com sensibilidade e intuição, re-introduzindo a simbologia do cuidado somados aos saberes empíricos com os conhecimentos científicos pode ser percebida como uma necessidade emergente para que a enfermagem possa construir com inteligência o seu futuro (COLIÈRE, 2001).

Assim, quando questionadas sobre a importância das orientações que receberam por ocasião da alta com os filhos RNs da unidade obstétrica, constatou-se que muitas mães que tinham experiência com o cuidado do RN declararam que as informações não são tão significativas, conforme os depoimentos a seguir.

*Sim, recebi orientações... foi e não foi importante, porque eu já tinha experiência que consegui com o nascimento do outro filho. (Ent 7 - 31 a)*

*Sim, as orientações... ajudar ajuda, mas eu já tinha experiência. (Ent 8 - 23 a)*

*Não lembro se recebi orientações. Tinha minha mãe para ajudar. (Ent 5 - 50 a)*

*Não considerei importante, porque tinha ajuda da mãe e sogra. (Ent 21 - 21 a)*

De acordo com Silva (2007), o nascimento pode ser considerado uma celebração à vida que movimenta toda a família em torno do amparo dedicado ao novo ser. Com isso, percebe-se a mulher como presença familiar de primeiros cuidados ao RN, aliando-se a ela outros membros parentais com sentimentos de pertença e vínculos relacionais que ajudam no cuidado do bebê. A constante presença dos membros familiares, que participam com suas experiências, auxiliando durante o banho, nos curativos do coto umbilical, no incentivo ao aleitamento materno, nas medidas para minimizar cólicas, entre outros, ajuda a garantir a dignidade da vida do RN.

O conceito de cuidado familiar ainda está em construção. Ainda não há uma proposta de sistematização conceitual que define o processo apreendido e construído pela família, definido a partir da cultura familiar, das interações sociais intrafamiliares e extrafamiliares ao longo do processo de vida da família e nas diferentes etapas de vida do ser humano (ELSEN, 2004).

Segundo Leandro e Cristoffel (2011), compreender a lógica interna da família, seus modos de viver, conviver e cuidar indica um paradigma emergente na saúde, que convive atualmente como o paradigma dominante, centrado na doença, na cura e no hospital. Esse paradigma emergente aponta para a valorização do saber informal e do cuidado que a família realiza e, ainda, para a família como objeto de cuidado e investigação.

## AMAMENTAÇÃO, HIGIENE E CÓLICAS: PRINCIPAIS DÚVIDAS MANIFESTADAS PELAS MÃES

Segundo Folle e Geib (2004), o cuidado materno integra o conjunto de ações biopsicossocioambientais que permitem à criança desenvolver-se. Mais do que sentir-se rodeada de afeição, a criança precisa de cuidados, e algumas providências precisam ser tomadas, como garantir tranquilidade durante o sono, a alimentação, a higiene, entre outros. Além desses aspectos, é preciso perceber e conseguir interpretar corretamente os sinais que o RN demonstra.

Entre as orientações que devem ser fornecidas, podem-se destacar as seguintes: o cuidado com os utensílios que serão utilizados com o RN; a atenção no que se refere às condições do ambiente da casa, como ventilação, temperatura, luminosidade, ruídos, odor, condições das paredes/fungos, bem como animais domésticos). É preciso, também, orientar sobre as principais mudanças que podem ocorrer dentro da casa em que vivem, assim como seus hábitos de vida nos primeiros três meses, período em que o RN se apresenta mais vulnerável. Igualmente, destaca-se a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deste RN por meio de consultas de enfermagem/médica, além do monitoramento do esquema vacinal. A consulta de enfermagem possibilita o fortalecimento do vínculo com a mãe, momento que potencializa a confiança mútua e também esclarece sobre obstáculos, mitos, crenças, tabus e preconceitos estabelecidos e que envolvem os cuidados com o RN e que ainda são cultuados por muitas famílias (JAVORSKI *et al.*, 2006).

*Minha maior dúvida era sobre a alimentação, que tipo de alimento tem que dar e também sobre cólicas eu tinha muitas dúvidas. (Ent 3 - 55 a)*

*Sim, tinha medo de tudo, era menor de idade, de que ficasse doente, vacinas. (Ent 9 - 25 a)*



*Mais na amamentação, porque ele não pegava o peito.*  
(Ent 14 - 29 a)

*Dúvidas eram muitas, tudo era novidade, porque eu já perdi um recém-nascido e tive problema nas mamadas.* (Ent 10 - 32 a)

Nesse contexto, para Zagonel (2003), é necessário que as informações passadas pelo enfermeiro à puérpera sejam precisas a fim de minimizar os medos e promover um ambiente saudável para a adaptação nessa nova fase de vida. O enfermeiro ocupa um papel importante nesse período.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destaca-se que os cuidados com os RNs são de extrema importância para prevenir complicações e até a morbimortalidade. Nesse sentido, as orientações que devem ser fornecidas às mães por ocasião da alta hospitalar devem ser completas, claras e transparentes.

É imprescindível que as unidades de internação-maternidade tenham um protocolo de orientação às mães com relação ao cuidado de si e do RN. Salienta-se que essa necessidade independe de a mãe ser primigesta ou múltipara, uma vez que se observa a carência de informações em ambas as situações progenitoras.

É importante que a enfermeira responsável oriente a mãe/família sobre a assistência ao RN, monitorando se os utensílios da criança são adequados para seu uso. Além disso, é preciso orientar a mãe/família sobre as diferentes formas de cuidado.

Salienta-se que não se pretende aqui desmerecer os aspectos culturais que são transmitidos para as mães de geração a geração, mas se deve enfatizar que, embora os cuidados empíricos sejam importantes, também devem ser revistos tendo em vista que muitas rotinas mudam e que outras doenças surgem e, por isso, são aperfeiçoados os cuidados.

Nesta pesquisa, não se teve a intenção de encerrar e esgotar o assunto, pois muito ainda há para ser feito com relação aos cuidados ao RN e à mãe, por ocasião do nascimento de um filho.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/20ZpTyq>. Acesso em: 15 jul. 2015.

COLLIÉRE, M. F. **Soigner Le premier art de la vie**. 2. ed. Paris: Masson, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2lhVZ65>. Acesso em: 26 set. 2015.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2QK1HS7>. Acesso em: 12 jul. 2015.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 183-190, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/318TFHx>. Acesso em: 10 set. 2015.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-Ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2MvXuSq>. Acesso em: 16 set. 2015.

GAIVA, M. A. M.; GOMES, F. M. M. **Cuidado do neonato**: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2EObKB2>. Acesso em: 18 jun. 2015.

JAVORSKI, M. *et al.* Problemas de pele e mucosas: identificação dos fatores relacionados e características definidoras. **Revista Nursing**, v. 92, n. 9, 2006.

LEANDRO, J. S.; CHRISTOFFEL, M. M. Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 223-231, 2011. Número especial. Disponível em: <https://bit.ly/2QK1HS7>. Acesso em: 25 set. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MIRNA, A. *et al.* O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2EOnS4Y>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2EOnS4Y>. Acesso em: 23 out. 2015.

SILVA, L. R. *et al.* A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermería Global**, n. 10, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2QEHzay>. Acesso em: 15 set. 2015.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se mãe/família de prematuros um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005. Disponível em: <http://ref.scielo.org/xdjxkv>. Acesso em: 28 jul. 2015.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 47-57, 2006. Disponível em: <http://ref.scielo.org/fqw3c2>. Acesso em: 19 out. 2015.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 74-82, 2009. Disponível em: <http://ref.scielo.org/3fn73h>. Acesso em: 14 jul. 2015.

ZAGONEL, I. P. S. *et al.* O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2KmRKsQ>. Acesso em: 16 ago. 2015.



contexto  
da geriatria e  
gerontologia

# **INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DOMICILIAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Rodrigo Rodrigues Rizzi

Mara Glarete Rodrigues Marinho

Cláudia Zamberlan

Elenice Spagnolo Martins

## **RESUMO**

A pessoa idosa com doença de Alzheimer (DA) necessita de um cuidado contínuo e de várias adaptações no seu contexto domiciliar, o que envolve todo grupo familiar. Frente a isso, objetivou-se identificar a intervenção do enfermeiro no contexto domiciliar de idosos com doença de Alzheimer. Trata-se de uma revisão de literatura, com coleta dos dados realizada a partir de pesquisas científicas em banco de dados eletrônico, por meio dos descritores: “Alzheimer” and “Enfermagem”. Oito artigos foram utilizados para discussão e, após a leitura, emergiram três categorias temáticas: Entendendo o diagnóstico para enfrentamento da doença; Enfermeiro na adaptação domiciliar; Enfermeiro como educador e referência em grupos de apoio (cuidador e familiar). A adaptação das mudanças do cotidiano da vida domiciliar do paciente com doença de Alzheimer será melhor conduzida com a participação efetiva do enfermeiro, comprometido com o cuidar. Esse profissional é capacitado para apoiar e esclarecer a família, realizar educação em saúde com os cuidadores, garantindo um adoecimento digno e de qualidade para todos os envolvidos na doença de Alzheimer. As ações de autocuidado, autonomia, atividades que estimulem a memória, a sua identidade e autoestima são cuidados indispensáveis que o enfermeiro realiza frente ao diagnóstico da doença de Alzheimer.

**Palavras-chave:** Alzheimer. Enfermagem. Domicílio. Pessoa idosa.

## INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é causada pelo comprometimento cognitivo caracterizado pela demência pré-senil e senil em pessoas idosas. Muito raramente se manifesta antes dos 50 anos de idade, acometendo, então, de 5% a 10% dos indivíduos acima de 65 anos e 20% a 40% acima de 85 anos (HUEB, 2014). É considerada uma síndrome neurodegenerativa com evolução progressiva e uma das principais causas de demência no idoso. Afeta funções cognitivas, como a memória, as funções executivas, as habilidades visuais-espaciais, a linguagem e a personalidade ou o comportamento (TOY *et al.*, 2015).

Nesse sentido, com o avanço da doença, a pessoa idosa passa a necessitar de uma atenção continuada, realizada, muitas vezes, por um membro da família no contexto domiciliar, pois há implicações para o manejo adequado do atendimento das necessidades de vida diária, que afetam a sociabilidade do idoso (TOY *et al.*, 2015).

O idoso com DA vai, gradativamente, perdendo a capacidade de cuidar de si, de tomar decisões e de avaliar riscos. Essa situação requer atenção integral dos cuidadores e familiares, pois há perigos iminentes que devem ser evitados (ILHA *et al.*, 2016).

É no cotidiano doméstico do idoso com DA que o cuidador perceberá, por meio da observação e da execução de tarefas diárias, as dificuldades possíveis, como perdas na concentração, organização pessoal, orientação de tempo e espaço. A partir desses déficits, é preciso contribuir por meio de estratégias objetivas para proteger a pessoa idosa com DA (ILHA *et al.*, 2016).

Segundo Hueb (2014), a DA afeta tanto o idoso como as pessoas do seu âmbito familiar, gerando alterações no cotidiano familiar. Vale ressaltar que não somente a pessoa idosa com DA, mas também seus familiares necessitam do auxílio de alguém que os ensine a cuidar como cuidadores, a compreenderem o avanço progressivo da doença e identificar possíveis situações de risco no cotidiano domiciliar.

Para tanto, é necessário compreender que a pessoa idosa com DA necessita de um cuidado contínuo e de várias adaptações no seu contexto

domiciliar, que envolve todo grupo familiar (BORGES, 2011). Estudos mostram que os enfermeiros estão inseridos e presentes em todas as modalidades de atenção domiciliar identificadas, pois atuam em diferentes graus de participação, tanto em ações assistenciais como na gestão do cuidado de casos crônicos e dos processos administrativos do serviço, pelo acompanhamento dos usuários por meio de visitas domiciliares (SILVA *et al.*, 2012).

Frente a isso, neste estudo, objetivou-se identificar a intervenção do enfermeiro tanto no esclarecimento da doença como na adaptação do contexto domiciliar de idosos com doença de Alzheimer.

## **METODOLOGIA**

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa. Esse método é realizado por meio da leitura de trabalhos já publicados em livros, revistas ou *sites* (MINAYO, 2010). Para o encaminhamento desta pesquisa, considerou-se a seguinte questão norteadora: Quais intervenções o enfermeiro utiliza tanto no esclarecimento da doença como na adaptação do contexto domiciliar de idosos com DA que irão auxiliar no cuidado?

A coleta dos dados foi realizada a partir de pesquisas científicas em banco de dados eletrônico, e foram utilizados os seguintes descritores para direcionar a busca: “Alzheimer” *and* “Enfermagem”. Foi utilizada a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS - Bireme) para a busca dos estudos.

Em uma primeira busca, foram utilizados os descritores citados, e foram selecionados 2.570 artigos em inglês e português. A seleção temporal contemplou publicações de 01/2012 a 01/2017, para conhecer as publicações relevantes dos últimos cinco anos. Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados na íntegra, disponíveis em português e sem custos para o pesquisador, e excluídos, teses, dissertações, revisões e aqueles que não contemplassem o objetivo proposto nesta pesquisa.

Após minuciosa seleção pelos filtros: título, idioma, ano de publicação, artigos na íntegra; foram encontrados 40 artigos na base de dados BVS. Ainda, numa busca mais detalhada dos artigos, 22 foram descartados após a leitura dos resumos, pois não contemplavam a temática proposta. Destes, restaram

18 artigos, que foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais três artigos eram repetidos e, após a leitura completa, somente oito artigos foram utilizados para discussão, os quais foram organizados por categorias. Foi utilizada uma ficha de extração documental dos estudos selecionados com os itens: identificação, fonte, ano e resumo do artigo (MINAYO, 2010).

Em relação aos aspectos éticos, foram observadas e respeitadas as autorias de todos aqueles que escreveram os artigos selecionados na BVS. Foi respeitada a Lei do Direito Autoral, realizando-se as devidas referências, tanto na citação direta como na indireta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos que foram selecionados constam no quadro 1, ordenados pela letra A (artigo), seguida do número ordinal, título, autor, ano e resumo do artigo.

**Quadro 1** - Apresentação da síntese dos artigos selecionados. Santa Maria/RS, 2017

Ident.	Título	Autor/Ano	Resumo
A1	Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: Implicações para a enfermagem	ILHA, S. <i>et al.</i> (2014)	Objetivou-se refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso. Para tal, realizou-se, em dezembro de 2012, a busca de materiais impressos e artigos científicos <i>on-line</i> nas bases de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os descritores: Doença de Alzheimer, Idoso, Família e Enfermagem. Após, procedeu-se a leitura e análise crítica-reflexiva do material selecionado, emergindo duas categorias: Vivenciando sentimentos de toda ordem; Dificuldades no cuidado prestado por um único familiar. Pode-se perceber que o cuidado ao idoso com Alzheimer, desencadeia inúmeros sentimentos/atitudes no familiar cuidador, tais como: emoções, raiva, dificuldades de convívio, desgaste físico/emocional, certezas/incertezas, mas, sobretudo, dedicação.



			Devido à dificuldade de articulação com outros familiares, o cuidado fica na maioria das vezes sob responsabilidade de um único familiar, gerando sobrecarga física e emocional, facilitando o surgimento de possíveis patologias no familiar. Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, por serem os que permanecem mais tempo junto aos indivíduos/famílias conheçam abordagens integradoras e capazes de incluir a família nas estratégias de cuidado, possibilitando dividir as responsabilidades entre os familiares cuidadores, evitando a sobrecarga física/emocional.
A2	Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária.	TRISTÃO, F. R.; SANTOS, S. M. A. (2015)	Trata-se de um relato de experiência acadêmica no projeto de extensão universitária: Grupo de Ajuda Mútua aos Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer ou Doenças Similares. A doença de Alzheimer é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva, que integra o grupo das demências, sendo caracterizada pela deterioração das funções mentais, o que ocasiona alterações cognitivas. Assim, o familiar cuidador do idoso doente de Alzheimer necessita de atenção e orientação para que haja o manejo e o cuidado de si e com o próprio doente. É importante o envolvimento dos profissionais de saúde neste cenário, em especial o enfermeiro, atuando diretamente no processo de educação em saúde. Desse modo, o envolvimento acadêmico no projeto de extensão enriquece a formação universitária a partir do contato com determinada comunidade e, nesse contexto, proporciona maior interação com a complexidade que envolve a família e o idoso com Alzheimer.
A3	A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros.	VIZZACHI, B. A. <i>et al.</i> (2015)	Objetivo: entender a dinâmica familiar quando há um membro na residência com a doença de Alzheimer. Método: estudo de abordagem qualitativa, usando o criativo método sensível (CSM). O estudo teve a participação de duas famílias que tinham um membro com doença de Alzheimer em casa. Resultados: surgiram três categorias: Efeitos da doença de Alzheimer, doença e dinâmica familiar; Processo de desenvolvimento da doença de Alzheimer e estratégias de enfrentamento diante da doença.

			Conclusão: foi possível conhecer as manifestações e consequências da doença de Alzheimer na família, tais como ajuda, mobilização de recursos para ativar lembranças do passado, espiritualidade e fé. Havia também uma compreensão da estrutura da dinâmica familiar.
A4	Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer	PIZOLOTTO, A. L. Z. <i>et al.</i> (2015)	Objetivo: analisar como a família se organiza para prestar cuidados ao idoso com doença de Alzheimer no espaço domiciliar. <b>Método:</b> pesquisa qualitativa, descritiva. Para a avaliação da família, foi utilizado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar e os dados foram obtidos junto a duas famílias, nas quais havia uma pessoa idosa com doença de Alzheimer (DA). As informações foram organizadas e analisadas seguindo os preceitos da análise de conteúdo. Resultados: identifica-se que o familiar cuidador realiza adequações em seu cotidiano - assume novas funções no ambiente doméstico, abandona determinadas responsabilidades, tarefas e atividades de lazer, para dedicar-se ao cuidado da pessoa com DA. Ainda, apresenta sobrecarga de trabalho, insegurança e, também, adoecimento necessitando de ajuda de outras pessoas. Considerações finais: observa-se a importância do vínculo entre os familiares e o idoso com doença de Alzheimer, para que os cuidados sejam efetivados e sua condição clínica seja preservada. Verifica-se que há mudanças pessoais, físicas, psíquicas e organizacionais na vida do familiar cuidador, para dar conta do cuidado ao idoso que apresenta DA no espaço domiciliar. Entende-se que é relevante a atenção da equipe de enfermagem nesse contexto, prestando cuidado e orientações.
A5	Desafios de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer inseridos em um grupo de apoio.	OLIVEIRA, J. S. C. <i>et al.</i> (2016)	Objetivo: conhecer as dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal e suas habilidades de enfrentamento no cotidiano de cuidar do idoso com doença de Alzheimer no domicílio. Método: estudo descritivo, com abordagem qualitativa e análise de conteúdo. A coleta de dados foi por entrevistas com nove familiares cuidadores inseridos em um grupo de apoio para idosos com doença de Alzheimer no ano de 2012. Resultados: a partir da análise das entrevistas, emergiram duas categorias:

			Dificuldades, medos ou dúvidas e Estratégias de superação do cuidador. Conclusão: o enfermeiro deve ser inserido nesses grupos de apoio, pois são espaços de intervenção, conscientização e sensibilização capazes de agrupar pessoas a fim de proporcionar um cuidado de qualidade e menos traumático ao idoso com doença de Alzheimer domiciliar. Descritores: Doença de Alzheimer; Enfermagem; Cuidadores; Idoso.
A6	Mudança de comportamento em idosos com doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador.	MARINS, A. M. F.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. (2016)	Objetivo: identificar principais mudanças comportamentais em idosos com doença de Alzheimer e distinções na sobrecarga imposta ao cuidador. Métodos: pesquisa guiada pela Teoria Fundamentada nos Dados. Utilizou-se entrevista semiestruturada como a principal técnica de coleta dos dados junto a 25 cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Resultados: segurança comprometida por contato com fogo, fugas e saídas desacompanhadas foi destacada por 80% dos cuidadores. Metade dos idosos sob os cuidados dos participantes requeriam supervisão e proteção constantes. Conclusão: mudanças comportamentais em idosos com doença de Alzheimer têm impacto emocional e resultam em situações estressantes, comprometendo a qualidade de vida dos cuidadores. Segurança comprometida significou sobrecarga de funções, sofrimento e medo para os cuidadores participantes. Entre as implicações para as enfermeiras está a demanda por parceria direcionada ao planejamento de cuidado protetor, para manejar mudanças comportamentais.
A7	Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa.	CORREA, L. P. <i>et al.</i> (2016)	Objetivo: identificar as evidências na literatura sobre as intervenções de enfermagem em idosos com Alzheimer. Metodologia: trata-se de revisão integrativa da literatura. A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a março de 2014, nas bases de dados MEDLINE e LILACS, foram analisados nove estudos. Resultados: as intervenções de enfermagem evidenciadas na literatura foram: atividades essenciais da vida diária; alimentação; aumento da socialização; melhora do sono; administração de medicamentos; musicoterapia; estimulação cognitiva; controle da dor; arteterapia. Conclusão: verificou-se a importância das intervenções ao longo dos dias de um idoso com Alzheimer e que estas melhoraram o estado geral dos idosos, diminuindo ou retardando o avanço da doença.

A8	Grupo de orientação para cuidadores de idosos com demência: resultados da estratégia.	GUALTE, C. A. <i>et al.</i> (2017)	Objetivo: conhecer a contribuição das oficinas de suporte para cuidadores de idosos e os reflexos na assistência ao idoso com demência. Método: estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Utilizaram-se as dependências do Programa de Extensão “A Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores” (EASIC /UFF). Responderam à entrevista semiestruturada 12 cuidadores de idosos com demência. Os dados foram analisados segundo a Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Categorical. Resultados: os encontros como PROCUIDEM e Oficinas oferecem suporte como perspectiva de um cuidado melhor, e os cuidadores que não participam sentem mais dificuldades em relação à doença. Conclusão: os grupos de orientação se mostraram de grande importância para os cuidadores de idosos com demência, pois eles percebiam o espaço como um momento de troca de experiências e de obter maior conhecimento sobre a doença. Descritores: Enfermagem Geriátrica; Cuidadores; Demência; Enfermagem.
----	---	------------------------------------	---

Fonte: os autores

Após leitura e avaliação dos artigos selecionados, emergiram três categorias principais para serem discutidas quais sejam: Enfermeiro contribuindo para a compreensão das mudanças geradas pela doença; Enfermeiro na adaptação domiciliar; Enfermeiro como educador e referência em grupos de apoio (cuidador e familiar).

## ENFERMEIRO CONTRIBUINDO PARA A COMPREENSÃO DAS MUDANÇAS GERADAS PELA DOENÇA

Pode-se identificar nas leituras a necessidade da parte da equipe de saúde, mais especificamente o enfermeiro, em dar o suporte necessário à família e ao paciente com DA, já que este necessitará de um cuidador em tempo integral. Conforme a DA evolui, imprevisivelmente, vai deixando o paciente incapaz de exercer suas atividades diárias tornando-o cada vez mais dependente do seu cuidador, mas, muitas vezes, esse cuidador não tem um preparo para esse agravo, o que gera impacto negativo na vida do cuidador e do paciente conforme elencado nos estudos (A1; A2; A3; A4; A5).

Outro ponto importante é o surgimento de novas identidades, novas situações vivenciadas, novos papéis que o cuidador precisa reaprender a viver nesse novo cenário (A1; A2; A3; A5).

O enfermeiro tem conhecimentos, habilidades e técnicas de humanização para desenvolver estratégias fundamentais a fim de auxiliar a família nesse momento importante, porque, muitas vezes, logo após o diagnóstico da doença, o familiar e o paciente com DA vão para casa sem saber exercer o cuidado adequado que essa patologia necessita, o que acarreta perdas de vida do paciente e sobrecarga na vida do cuidador (BRONDANI *et al.*, 2010).

Nesse contexto, o enfermeiro busca cada vez mais incluí-los em um cuidado integral. Para isso, promove espaço para diálogos, esclarece dúvidas que venham a surgir com a evolução da DA, elabora estratégias de cuidado para que a família se sinta mais confortada, orientada e ouvida em relação a preocupações e medos (A1; A2; A3; A4; A5).

É relevante chamar a atenção dos profissionais de saúde para que olhem para todo o contexto que envolve o processo da DA. Portanto, espera-se que sejam elaboradas ações de educação em saúde, além da atenção voltada ao idoso, elaborando grupos de autoajuda, visitas domiciliares, consultas de enfermagem e, a partir disso, sejam criadas diversas ações e intervenções com objetivo de oferecer um cuidado mais resolutivo e humanizado e aproximar a família da equipe de saúde (CAMACHO *et al.*, 2013).

## ENFERMEIRO NA ADAPTAÇÃO DOMICILIAR

Com o avanço da DA, observa-se uma série de mudanças no comportamento do idoso, como domínio intelectual prejudicado, alterações de compreensão, esquecimento de fatos importantes e até mesmo nomes de amigos e parentes próximos, perda de iniciativa, agressividade. A partir disso, surgem grandes riscos à saúde do idoso e uma atenção redobrada do cuidador (MARTINS *et al.*, 2009).

Diante desse contexto, é inegável que o cuidador necessite de informações e orientações sobre a evolução dessa patologia para que haja

manejo adequado no cuidado consigo e com o próprio idoso. Destaca-se a importância da atuação do enfermeiro frente a esse agravo. Esse profissional pode intervir com o processo de educação e saúde e uma troca de saberes juntamente com o cuidador nas adaptações do cotidiano domiciliar do idoso com DA.

O enfermeiro é capacitado para orientar o cuidador e elaborar estratégias voltadas para a prevenção de acidentes domésticos. Algumas estratégias de cuidado: não deixar as chaves da casa ao alcance do idoso para que ele não saia sozinho à rua, evitando se perder; desconectar o fogão da fonte de energia; esconder fósforos e acendedores para evitar explosões e queimaduras na tentativa de o idoso querer fazer a sua própria comida; retirar os tapetes de casa e manter o ambiente seguro para evitar possíveis quedas. Além disso, o enfermeiro deve sempre fornecer orientações para que o cuidador fique atento a outros possíveis riscos que anteriormente não existiam.

Nesse enfoque, percebe-se que o enfermeiro exerce um papel fundamental na hora de acolher as demandas específicas de cada cuidador, promovendo um cuidado de enfermagem informativo, educativo e personalizado. É importante que o enfermeiro domine técnicas de avaliação e identifique se há mudanças no comportamento do idoso e se isso está causando dor e sofrimento para o cuidador. Identificando esses sinais, o enfermeiro classifica e avalia estratégias em uso. Após, vem a demanda de aprender, personalizar e ensinar técnicas alternativas de intervenção e manejo nas necessidades trazidas pelos cuidadores (BAPTISTA *et al.*, 2012).

## ENFERMEIRO COMO EDUCADOR E REFERÊNCIA EM GRUPOS DE APOIO (CUIDADOR E FAMILIAR)

Estudo demonstra que o enfermeiro deve servir e apoiar a família dando suporte necessário para que seja realizado o melhor cuidado para o familiar acometido pela DA. A família ainda é a principal fonte de cuidado, especialmente quando se trata de espaço domiciliar, que deve proporcionar estabilidade e proteção ao idoso (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, observou-se que o enfermeiro é o elemento fundamental para o cuidado integral ao idoso com DA devido à sua habilidade de cuidar da saúde do idoso, com o cuidador e com a família, visando sempre à promoção de uma vida mais digna. Por isso, é fundamental que esse profissional promova ações de grupos de apoio, com um espaço solidário criado para trocas de experiências, vivências e aprendizado para os cuidadores e também para a equipe de saúde, fortalecendo esse vínculo. O desenvolvimento desses grupos reduz o impacto negativo da sobrecarga sobre a saúde do cuidador e melhora a qualidade de vida do idoso (A2; A3; A4; A5; A8).

A participação no grupo também remete à reflexão e à importância de desenvolver estudos nesta área para que sejam proporcionadas atualizações profissionais continuadas e, com isso, subsidiar um suporte científico necessário à assistência em saúde de enfermagem para a família, o cuidador e também o idoso com DA. Portanto, o trabalho do enfermeiro permite acesso à orientação de qualidade e ao apoio, além de fortalecer o vínculo com os familiares e cuidadores que frequentam esses grupos, o que faz com que o profissional torne-se referência e contribua para o aperfeiçoamento do cuidado (BASTABLE, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A DA é uma patologia que requer do enfermeiro uma participação efetiva no processo de cuidado desde o diagnóstico até a fase terminal da doença, isso porque todo o entorno da pessoa com DA deve ser planejado para proporcionar a ela conforto e tranquilidade, o que deve também ser voltado para a família e o cuidador. Ações de autocuidado, autonomia, atividades que estimulem a memória, a identidade e autoestima são cuidados indispensáveis que o enfermeiro realiza frente ao diagnóstico de DA.

Esclarecimentos sobre a doença e sua evolução são importantes para a aceitação da doença e o planejamento de cuidados. Com esse conhecimento, família e cuidador poderão utilizar estratégias de cuidado individual, tanto nas adaptações domiciliares como no enfrentamento das internações hospitalares.

As mudanças no cotidiano domiciliar do paciente com DA serão mais bem conduzidas com a participação efetiva do enfermeiro, profissional comprometido com o cuidado, que poderá prestar apoio e esclarecimentos à família, realizando educação em saúde com os cuidadores. Dessa forma, garante-se um adoecimento digno e de qualidade para todos os envolvidos na DA.

Acredita-se que este estudo possa agregar novas reflexões aos profissionais de saúde sobre o cuidado à pessoa com DA. Além disso, poderá colaborar para o aperfeiçoamento das técnicas de cuidado diante da complexidade que envolve todo o contexto domiciliar dos idosos na DA.

## REFERÊNCIAS

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Tradução de Aline Capelli Vargas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BORGES, M. F. **Convivendo com o Alzheimer**: manual do cuidador. Juiz de Fora: ABRAZ, 2011.

BRONDANI, C. M. *et al.* Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CAMACHO, A. C. L. F. *et al.* Revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 3, p. 186-193, 2013.

CORREA, L. P. *et al.* Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 1, p. 84-88, 2016.

GUALTE, C. A. *et al.* Grupo de orientação para cuidadores de idosos com demência: resultados da estratégia. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, p. 247-253, 2017. Suplemento 1.



HUEB, T. O. Doença de Alzheimer (Alzheimer's disease). **Revista Brasileira de Medicina**, v. 71, n. 11, p. 90-95, 2014.

ILHA, S. *et al.* Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 20, n. 1, p. 138-146, 2016.

ILHA, S. *et al.* Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 1, p. 1057-1065, 2014.

MARINS, A. M. F.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Mudança de comportamento em idosos com doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.

MARTINS, J. J. *et al.* O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/famíliares e profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p. 556-562, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hecitec-Abrasco, 2010.

OLIVEIRA, J. S. C. *et al.* Desafios de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer inseridos em um grupo de apoio. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, p. 539-544, 2016.

PIZOLOTTO, A. L. Z. *et al.* Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. **Revista Espaço Saúde**, v. 16, n. 4, p. 41-53, 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012. Disponível em: <http://ref.scielo.org/zsz7c2>. Acesso em: 25 set. 2015.

TOY, E. C. *et al.* **Casos clínicos em geriatria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

TRISTÃO, F. R.; SANTOS, S. M. A. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1175-1180, 2015.

VIZZACHI, B. A. *et al.* A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 931-936, 2015.

# ***GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA***

Andressa de Godoy Cassol

Dirce Stein Backes

Maria Helena Gehlen

Jeferson Ventura

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

## **RESUMO**

Objetiva-se identificar as produções científicas da literatura sobre a gestão do cuidado de enfermagem voltado para a pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa realizada no segundo semestre de 2016 e primeiro semestre de 2017. A busca foi feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS - BIREME), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e da Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Como resultado e discussão, obteve-se um total de quatro artigos relacionados à temática que embasa a discussão. Conclui-se que a fragmentação do cuidado passa por dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao desenvolverem, na prática, o conhecimento sobre gestão, tendo em vista a complexidade do atendimento à pessoa idosa e a não obtenção de eficácia total da qualidade no cuidado humanizado.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde. Cuidado de enfermagem. Assistência à saúde do idoso.

## INTRODUÇÃO

Nas questões relacionadas à saúde da pessoa idosa, existem diversos aspectos que devem ser considerados, como o envelhecer, que é um processo natural e inerente ao ser humano, período em que ocorrem as mudanças naturais e intrínsecas à idade; diminuição funcional; senescência. Por outro lado, existe o desenvolvimento de uma condição patológica que pode ser desencadeada pelo próprio processo de envelhecer, por estresse emocional, doença senil, entre outros, sendo que nesse caso as pessoas idosas necessitam de uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde, o que, muitas vezes, não ocorre pela falta de compreensão desses profissionais, que, por consequência, não dispensam um cuidado efetivo a essa população (CIOSAK *et al.*, 2011).

Nesse contexto, é importante destacar os desafios do cuidado à pessoa idosa enfrentados pelos profissionais de saúde, sendo que muitos destes não têm qualificação formal direcionada a esse público. A fragilidade dos longevos é um importante problema de saúde pública, e seu desenvolvimento é compreendido como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo da vida. Esses fatores, apesar de intrínsecos ao envelhecimento, podem ser prevenidos, identificados e tratados (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Por essas razões, os profissionais que prestam cuidados aos idosos devem estar preparados para gerenciar esse processo, sendo que a gestão é definida como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços de atenção à saúde e suas tecnologias. A gerência dos procedimentos e das atividades visa à manutenção do serviço em condições adequadas de todos os componentes do ambiente, infraestrutura e equipamentos, bem como executa o plano de aprimoramentos de acordo com as prioridades estabelecidas (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Outros desafios que esses profissionais encontram para dispensar o cuidado à pessoa idosa estão relacionados à educação em saúde, pois encontram dificuldades para desenvolver o plano de atenção, a formação

tecnicista e, além disso, há escassez de métodos de planejamento para o cuidado a essa população. Nesse contexto, os profissionais da saúde entram, muitas vezes, em conflito com familiares ou com o próprio idoso, porque o cuidado dispensado não é realmente o esperado (FONSECA *et al.*, 2012).

As questões relacionadas ao cuidado à pessoa idosa estão previstas no Estatuto do Idoso, que garante a essa clientela acesso universal e equidade em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, engloba o atendimento a essa população de forma satisfatória e resolutive, mas a realidade constatada pelos enfermeiros é diferente daquela prevista pelo Estatuto (MEIRELES *et al.*, 2010).

A qualificação e atuação efetiva do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa auxiliará na compreensão e na apropriação de decisões estratégicas para o cuidado, o que pode vir a mudar a sua atuação profissional. Diante disso, os profissionais da saúde são encorajados a desenvolverem o cuidado individual e singular ao ser humano, uma vez que o cuidado é o objetivo da enfermagem, o que acarretará um impacto positivo nos resultados do cuidado prestado a essa população (FONSECA *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, a saúde da pessoa idosa precisa ser compreendida na sua integralidade e singularidade como prioridade nas questões relacionadas às políticas públicas de saúde, com ênfase no Estatuto do Idoso, o qual destaca que o cuidado de enfermagem qualificado, os suportes familiar e social são fundamentais para que haja a compreensão multidimensional da saúde do idoso. Assim, o enfermeiro deve realizar uma avaliação integral do idoso, com cautela, serenidade, ética e humanização, para que consiga prevenir o desenvolvimento de agravos e fragilidades no cuidado e diminuir os índices de iatrogenia e descasos com a população idosa (LINCK *et al.*, 2011).

Diante dessa temática, questiona-se: O que está sendo produzido na literatura científica acerca da gestão do cuidado de enfermagem à pessoa idosa?

Na tentativa de responder ao questionamento, objetivou-se identificar as produções científicas da literatura sobre a gestão do cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática. Possibilita identificar lacunas que precisam ser preenchidas e a carência de estudos em determinada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BUBLITZ *et al.*, 2012).

Este estudo está dividido em cinco etapas: identificação do tema e seleção de hipóteses ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2016 e no primeiro semestre de 2017. O operador booleano *and* foi utilizado na combinação dos descritores “gestão em saúde”, “assistência a idoso”, “cuidados de enfermagem”, com a delimitação temporal, visto que se pretendeu analisar a produção científica acerca do tema ao longo dos últimos cinco anos. Os critérios de inclusão foram: artigos com disponibilidade de acesso ao texto completo em suporte eletrônico e publicados em periódicos nacionais. Como critérios de exclusão, estabeleceram-se os seguintes: artigos que não abordam a temática do estudo, artigos não disponíveis *on-line* e artigos em língua inglesa e espanhola.

Para a caracterização das produções científicas, utilizou-se um instrumento de mapeamento das produções, em que os dados extraídos dos artigos selecionados foram registrados em quadro com as variáveis: identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenção estudada e resultados encontrados.

Na primeira busca, foram encontrados 3.269 artigos com foco nas palavras-chave deste estudo. Destes, 3.204 foram excluídos pelos critérios de exclusão, resultando 65 artigos na língua portuguesa. Desse total, 21 artigos haviam sido publicados nos últimos cinco anos; 19 estavam disponíveis na íntegra; 17 artigos eram originais. Após a leitura, foram selecionados quatro artigos, ou seja, aqueles que estavam de acordo com o objetivo da pesquisa.

Para a análise dos dados, considerou-se a análise de conteúdo proposto por Bardin, que propõe três etapas: *pré-análise*; *exploração do material* ou *codificação*; *tratamento dos resultados: inferência e interpretação*. Dessa forma, é possível colocar em evidência as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo se constituiu em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Contudo essa descrição não é suficiente para definir a especificidade da análise, pois o objeto de interesse não se encontra na descrição do conteúdo, mas, sim, no conhecimento gerado após estes serem tratados (BARDIN, 2011).

Em relação aos aspectos éticos, foram observadas e respeitadas as autorias de todos os autores dos artigos selecionados. Foi respeitada a Lei do Direito Autoral, realizando-se as devidas referências, tanto na citação direta como na indireta.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da pesquisa, foram analisados quatro artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão que compuseram a análise de conteúdo e abordaram a temática do estudo. Inicialmente, apresenta-se uma caracterização dos estudos selecionados que foram organizados de forma descritiva e por meio da construção de dois quadros sinópticos. No quadro 1, consta identificação; periódicos, autores, ano; título do artigo; objetivo e características metodológicas e, no quadro 2, apresenta-se, a identificação, a avaliação do rigor metodológico, a intervenção estudada e os resultados encontrados.

**Quadro 1** - Síntese dos artigos a partir da identificação; periódicos, autores, ano; título do artigo; objetivo; método

<b>Ident.</b>	<b>Periódicos/ autores/ano</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>
A1	Revista Gaúcha de Enfermagem PASCOAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. de B. L.; PARADA, C. M. G. de L. (2015).	Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família	Avaliar o processo de atenção prestada a mulheres a partir dos 50 anos de idade, em Unidade de Saúde da Família, tomando-se como referência o conceito de vulnerabilidade programática.	Estudo epidemiológico, descritivo, inserido no campo da avaliação de serviços, programas ou projetos de saúde.
A2	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro OLIVEIRA E. C.; LEITE J. L.; FULY, P. S. C., (2015)	A gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS em um serviço de doenças infecto-parasitárias	Identificar as implicações da consulta de enfermagem para gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS.	Estudo exploratório e descritivo com abordagem dos pressupostos da pesquisa qualitativa.
A3	Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento CUNHA B. S. S.; NASCIMENTO, A. S.; SÁ, S. P. C. (2014)	Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral	Levantar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos atendidos na emergência de um hospital de esfera Federal, no município do Rio de Janeiro.	Abordagem quantitativa, descritiva e transversal.
A4	Revista da Escola de Enfermagem da USP PIRES, M. R. G. M. et al. (2013)	Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS	Identificar variáveis associadas ao tipo de AD dos usuários em Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas de Belo Horizonte.	Estudo transversal.

Fonte: os autores



**Quadro 2** - Síntese dos artigos a partir de identificação, avanços alcançados, intervenção estudada e resultados encontrados

Ident.	Avanços alcançados	Intervenção estudada	Resultados encontrados
A1	Educação permanente voltada para atenção básica, que promova cuidado inclusivo, humanizado e com resolubilidade.	Foram analisadas variáveis sociais, como escolaridade, situação conjugal e faixa etária. Também foram analisados os procedimentos realizados no período e voltados a três aspectos: ações de prevenção de doença, promoção da saúde, atenção nas áreas ginecológicas e das doenças crônicas.	Os autores destacam que inicialmente as equipes de saúde devem rever seus planejamentos de modo que a implementação de ações voltadas ao aprimoramento da atenção primária à saúde da mulher acima dos 50 anos seja de forma integral.
A2	Gerenciamento do cuidado de enfermagem à mulher idosa com HIV/AIDS, não apenas na educação em saúde, mas também como um seguimento da linha de cuidado por meio da consulta de enfermagem.	As categorias emergentes foram distinguindo necessidades de cuidado e sistematização na assistência de enfermagem (SAE).	Determina-se a qualidade da assistência prestada pelo investimento, pela capacitação e pelo exercício otimizado das funções do enfermeiro no atendimento gerencial ao cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS.
A3	É relevante a promoção da atenção à saúde integral do idoso, dispondo de um serviço de qualidade, com atendimento humanizado e integrado, evitando a entrada desses idosos pela emergência e sua longa permanência nas instituições.	As seguintes variáveis caracterizaram este estudo: sociodemográficas na admissão, procedência, diagnóstico prevalente, período de longa permanência durante o tempo do estudo e encaminhamento.	Por meio das variáveis, foram obtidos os resultados: qualificação da atenção primária para que assim seja possível oferecer qualidade de vida à população idosa e à população em geral, uma melhora significativa, a partir de olhar preventista para a saúde.

A4	A perspectiva da rede emerge em organizar os serviços de saúde, como as linhas de cuidado, as condições das listas de espera, a classificação do tipo de atenção domiciliar prestada pelas equipes. Além disso, a tomada de decisão de equipe sobre as prioridades ao atender as necessidades de saúde daqueles que precisam de cuidados domiciliares. Para isso, conta-se com os subsídios da gestão do cuidado ampliado em saúde.	Foi realizado um teste piloto no qual os sujeitos receberam orientações e supervisão direta de desempenho durante a coleta. Observou-se a precisão das informações, conforme a classificação, e as demandas da atenção domiciliar. Percebeu-se que a população necessita de um dispositivo importante para a gestão do cuidado, por meio de planejamento e de ações integradas.	Os autores salientam a ausência de cuidador, idosos cuidando de idosos, sentimentos acentuados de tristeza e solidão, alteração no relacionamento afetivo, modificação no ritmo de vida, entre outros. Logo, há limitações no cuidado com a pessoa idosa.
----	---	---	---

Fonte: os autores

A pesquisa dos artigos encontrados possibilitou a construção de duas categorias: Cuidado humanizado à pessoa idosa em diferentes níveis de atenção à saúde; Aplicabilidade prática da gestão do cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

## CUIDADO HUMANIZADO À PESSOA IDOSA EM DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

No artigo A1, mostra-se a importância de avaliar a qualidade da atenção à saúde da mulher com mais de 50 anos em unidade de saúde da família. Para isso, os autores propõem a elaboração de indicadores que serão utilizados em localidades nacionais, o que proporcionará avaliar os problemas locais e detectar os caracteres abrangentes. Assim, sobressaíram questões relacionadas aos indicadores da qualidade do atendimento na Atenção Primária à saúde da mulher nessa faixa etária. Nesse contexto, as equipes de saúde, em específico a enfermagem, devem rever o seu planejamento, de modo que as ações desenvolvidas tenham eficácia.

Em contrapartida, aborda-se a análise do processo da atenção como principal foco do estudo. Evidenciam-se, então, vários aspectos da vulnerabilidade programática. Somente 11,2% das mulheres disseram participar de grupos educativos, o que poderia ter contribuído para a ampliação do vínculo, complementando a consulta individual, permitindo a troca de informações e o oferecimento de orientação e de educação em saúde. Diante disso, é necessário que os gestores e a equipe revejam aspectos relacionados a essa estratégia e façam adaptações para que seja possível utilizá-la de forma mais reflexiva e efetiva (A1).

Os autores ressaltam a necessidade da formação de equipes multidisciplinares qualificadas com conhecimento acerca da temática de geriatria e gerontologia. Dessa forma, nota-se a busca da qualidade do atendimento na atenção primária para que haja assistência humanizada e comprometimento dos profissionais quanto à atenção do cuidado prestado na assistência de enfermagem (LIMA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos, como nível profissional elevado, recursos disponíveis e satisfação do usuário. No que se refere aos profissionais de saúde, é preciso que eles envidem todos os seus esforços na busca por qualidade no atendimento profissional, tendo em vista a mais alta satisfação dos usuários, contemplando também o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam: a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Para que isso ocorra de fato, é preciso que haja capacitação de profissionais para o atendimento diferenciado e multiprofissional para o atendimento à população idosa, proporcionando melhorias na qualidade de vida senil. Assim, merecem destaque os pontos fundamentais do atendimento e a estrutura para o bom desempenho da equipe de enfermagem (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Os sistemas de saúde devem ser organizados de modo a atender às demandas de serviços e às necessidades de saúde do público alvo. Também cabe ressaltar a importância da capacidade de interação com o doente, que corresponde ao relacionamento entre profissional da saúde e doente/família, equipes de saúde e comunidade. Assim, é necessário

que as equipes sejam qualificadas em atenção à saúde da pessoa idosa e que os profissionais estejam informados e motivados para executarem funções e responsabilidades compatíveis com suas capacidades (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

A gestão do cuidado de enfermagem ainda é um desafio no que se refere a sua aplicabilidade na prática, tendo em vista que a integridade no cuidado tem sido de difícil execução e pouca garantia efetiva para a população, pois demanda mudanças nas concepções de trabalho dos profissionais, nas quais as ações curativistas permanecem completamente desintegradas da promoção e prevenção da saúde. Outros aspectos importantes, como a organização do processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde também devem ser revistos. Para se obter resultado satisfatório, é preciso que haja excelência entre os sujeitos trabalhadores e os usuários, dando origem ao cuidado qualificado (DRUMOND *et al.*, 2013).

No artigo A3, os autores demonstram a importância de discutir a relevância de indicadores que revelam uma maior procura dos serviços de saúde por idosos. Nesse contexto, as condições socioeconômicas têm desempenhado um papel de extrema relevância. Também se destaca o período de permanência da pessoa idosa nas redes de emergência, que varia com a disponibilidade do setor. Os autores concluem que não há eficácia no atendimento integral à saúde da pessoa idosa.

Tendo em vista a reconhecimento do perfil clínico e sociodemográfico da internação por idosos no cenário da emergência, percebeu-se a variedade de informações e descrições significativas que estabelecem medidas estratégicas na atenção primária e secundária. Dessa forma, a população necessita de especificidades no processo saúde-doença, que podem ser minimizadas com uma visão holística da saúde da pessoa idosa (A3).

Destaca-se a necessidade de mudanças, pois muitos profissionais da saúde entendem que o envelhecimento está atrelado a doenças. Esse entendimento tem como consequência para esses profissionais a dificuldade de prestar atendimento voltado para a prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

Sendo assim, as ações devem ser direcionadas para a saúde, ou seja, visar não somente ao prolongamento da vida da pessoa idosa, mas também a agregação na qualidade de vida. Nessa abordagem, destacam-se as atividades de promoção da saúde e o reconhecimento dos direitos da pessoa idosa, como a igualdade no atendimento, o tratamento em ambos os aspectos, a melhoria na qualidade de vida e o atendimento humanizado e de qualidade (DRUMOND *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a legislação de proteção social ao idoso apresentou avanços, principalmente depois da divulgação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003), que garante atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Em 22 de fevereiro de 2006, foi consolidada a Portaria 399, divulgando o pacto pela saúde, que também contempla o pacto pela vida. Nesse documento, a saúde do idoso consigna como prioridade o atendimento qualificado nas três esferas do governo (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Salienta-se que o desenvolvimento das competências e habilidades da enfermagem necessita de aprofundamentos na matriz curricular voltados para o aprendizado teórico-prático, concretizando e incentivando para o agir centrado no cuidado integral, com espaços de reflexão sobre as ações exercidas pela enfermagem, tanto no campo assistencial como na academia (SANTOS *et al.*, 2013).

## APLICABILIDADE PRÁTICA DA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

No artigo A2, refere-se que a abrangência da gerência do cuidado prestado à mulher com HIV/AIDS mostra que as mulheres de meia idade vivem com a DST e, como consequência, apresentam importantes implicações para o cuidado de enfermagem. Entre esses cuidados está o planejamento de ações de saúde, que pode contribuir para a qualidade da assistência prestada a essa clientela, obtendo uma gestão do cuidado humanizado e resolutivo.

Nesse sentido, entende-se que a enfermagem desempenha um papel importante no processo de educação em saúde. Assim, é desejável

que se construa, modifique e (re)signifique o Cuidado de Enfermagem a partir das relações que se estabelecem nessa lógica do modelo de cuidado quando não alinhado às reais necessidades da clientela. O reconhecimento da gerência do cuidado ainda considera que o seu desenvolvimento teria etapas que são seguidas como sequência lógica de suas ações ou atividades. Assim, entende-se que, a partir da Consulta de Enfermagem, podem ser concebidas intervenções a favor da qualidade da assistência de saúde prestada pelo profissional enfermeiro (A2).

O enfermeiro, ao longo dos anos, vem ampliando e aprofundando os conhecimentos na área de atuação com a pessoa idosa. Sabe-se que, com o envelhecimento da população, são necessários investimentos na promoção da autonomia e do viver saudável dos idosos, tendo em vista buscar uma atenção adequada às suas necessidades. Ter idade avançada não significa estar ou ser doente, mas sim necessitar de cuidados diferenciados que devem ser oferecidos à população idosa (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

Os profissionais da enfermagem têm um importante papel com o idoso, pois acredita-se que, por meio de uma relação empática, garante-se equilíbrio físico e emocional, pelo simples fato de ser uma abordagem humanizada em saúde. Assim, com o valor atribuído ao esforço dos sujeitos na produção da saúde, tem-se o reconhecimento quando se contemplam a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade e a vinculação das instâncias. Nesse sentido, põe-se em evidência a dimensão da subjetividade e da singularidade à pessoa idosa (LIMA *et al.*, 2014).

No artigo A4, refere-se que a demanda da população é um dispositivo importante para a gestão do cuidado, por subsidiar o planejamento e a integração das ações em saúde. Nesses termos, há um viés em uma abordagem ampliada do cuidado entre profissionais, usuários, cuidadores e família, todos em prol da autonomia.

Os fatores associados a essas classificações de atenção no domicílio subsidiam a tomada de decisão da equipe sobre a melhor forma de atender às necessidades de saúde daqueles que precisam de cuidados domiciliares em determinado território. Além disso, abordam-se

os subsídios da gestão do cuidado, ampliando as redes de atenção à saúde no SUS (A4).

Diante disso, salienta-se que a expressão “gerência do cuidado de enfermagem” compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial, que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação. Ela tem sido utilizada para caracterizar, principalmente, as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem por meio do planejamento das ações de cuidado, da assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde visando a uma atuação mais articulada e humanizada (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Entre as possíveis causas dessa dicotomia da teoria e da dificuldade de compreensão dos enfermeiros acerca das ações a serem desenvolvidas, propostas pela gerência do cuidado e pelo cuidado gerencial, está a divisão técnica do trabalho na enfermagem profissional emergente e tem suas raízes na dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual, perpetuando-se até os dias atuais. Com os avanços das tecnologias de cuidado, busca-se essa mudança para que não seja um cuidado muito tecnicista, mas um cuidado com olhar ampliado, visando a todos os usuários do serviço de saúde.

Dessa forma, conta-se com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS), que vem contribuir para a melhoria da gestão do cuidado, pois, como política inclusiva e resolutiva, propõe inovações nas práticas gerenciais e na produção em saúde. Isso implica a aproximação crítica que permite compreender a saúde para além de seus componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões das políticas, nas quais lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado.

É possível, então, proporcionar um cuidado humanizado e de qualidade ao usuário do SUS, formando assim um profissional qualificado, ético, responsável e confiante quanto a suas competências e habilidades no contexto da gestão do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca de respostas ao objetivo proposto para este estudo, foi possível identificar a importância do conhecimento, da cientificidade, dos aspectos teórico-práticos e da inovação de saberes sobre a gestão do cuidado, que são componentes indispensáveis para que se possa desfrutar de um atendimento integral e de qualidade. Busca-se a contribuição de um ensino focado na integralidade da gestão do cuidado à pessoa idosa, assistência justa e humanizada, realizada por profissionais estimulados a terem esse tipo de conduta e comprometimento.

Portanto, conclui-se que a fragmentação do cuidado perpassa por dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao aplicar, na prática, o conhecimento sobre a gestão, tendo em vista a dificuldade desse atendimento à pessoa idosa. Assim, não se obtém eficácia na integralidade da qualidade da atenção ao cuidado humanizado. Em vista dos aspectos observados, pode-se salientar que a enfermagem tende a desenvolver ações de aperfeiçoamento e qualificação do serviço prestado à pessoa idosa, que poderá desfrutar de atendimento integral.

Embora este estudo tenha limitações importantes que impedem a generalização de seus resultados, tanto pela natureza qualitativa como pelo tamanho da amostra, ele propicia elementos necessários para a reflexão das práticas profissionais em relação à gestão do cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 42-49, 2011.

ALMEIDA, S. T. G. *et al.* Atenção à pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica. **Journal of Research: Fundamental Care Online**. p. 126-135, 2015. Suplemento.



BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BUBLITZ, S. *et al.* Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 3, p. 530-538, 2012.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.

CUNHA, B. S. S.; NASCIMENTO, A. S.; SÁ, S. P. C. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 1, p. 189-200, 2014.

DRUMOND, C. H. *et al.* Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, p. 320-327, 2013.

FONSECA, C. *et al.* Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura. **Revista Rene**, v. 13, n. 2, p. 470-480, 2012.

LIMA, T. J. V. *et al.* Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014.

LINCK, C. L. *et al.* Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 385-393, 2011.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.

MEIRELES, V. C. *et al.* Autonomia e direito à informação: contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados. **Ciencia y Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 59-68, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESQUITA, M. G. R. *et al.* Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 7, n. 3, p. 2949-2960, 2015.

OLIVEIRA, E. C.; LEITE, J. L.; FULY, P. S. C. A gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS em um serviço de doenças infecto-parasitárias. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1486-1496, 2015.

PASCOAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. de B. L.; PARADA, C. M. G. de L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 21-27, 2015.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

SANTOS, S. C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R. S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 118-127, 2016. Suplemento.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 612-617, 2012.

# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O IDOSO FRAGILIZADO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Clarissa de Sousa Rios  
Naiana Oliveira dos Santos  
Maria Helena Gehlen  
Adriana Dall'Asta Pereira

## **RESUMO**

Neste trabalho, teve-se como objetivo conhecer os enfoques abordados em publicações científicas a respeito do cuidado de enfermagem direcionado à reabilitação de idosos frágeis. Trata-se de uma revisão integrativa, por meio da busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases: Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio das palavras-chave: idoso; enfermagem geriátrica; reabilitação. A partir dos resultados dos estudos analisados, emergiram duas categorias: Instrumentos de avaliação da capacidade funcional de idosos para assistência da enfermagem e Cuidados de enfermagem para a manutenção da capacidade funcional. Os estudos mostraram que há formas de compreender o grau de incapacidade funcional da pessoa idosa por meio de instrumentos de avaliação. Nesse contexto, tornam-se indispensáveis as intervenções da enfermagem, que possibilita planejar cuidados conduzidos tanto na área da prevenção e promoção da saúde como na reabilitação do idoso fragilizado.

**Palavras-chave:** Idoso. Enfermagem geriátrica. Reabilitação.

## INTRODUÇÃO

Diante do decréscimo das outras faixas etárias, os idosos vêm se sobressaindo e constituem o grupo etário com maior representação no Brasil, o que tende a ficar mais acentuado nos próximos anos, caracterizando o aumento do envelhecimento populacional. Essa realidade tem reflexo nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais (IBGE, 2015).

A predominância de idosos longevos, diabéticos, com doenças cardiovasculares, solteiros e do sexo feminino e dependentes funcionais é altíssima quando comparada a outros grupos populacionais (BARBOSA *et al.*, 2014). Além disso, a autopercepção desfavorável da saúde pode ser precedente de desconfortos, dores e mal-estar associados a fatores biopsicossociais nos idosos (MARI *et al.*, 2016).

O aumento da exposição a esses estressores, resultantes do desequilíbrio fisiológico e das atividades dos sistemas, caracteriza uma síndrome geriátrica, a fragilidade (PEGORARI; TAVARES, 2014). Alguns fatores, como o afastamento social e a rejeição por parte da família, promovem a fragilidade e conseqüentemente a institucionalização, pois afetam diretamente o estado mental e a condição de vida do idoso (CORDEIRO *et al.*, 2015), o que torna essa condição um importante problema de saúde pública.

A reabilitação é um método direcionado para a saúde, dinâmico e objetivo. Tem por objetivo proporcionar meios para que o paciente atinja uma maior condição de independência e autonomia e assim diminua a incapacidade, tenha uma melhor adaptação e seja capaz de promover o autocuidado por meio de instruções, o que propicia a participação do indivíduo na comunidade e na família (FERREIRA, 2015).

No Brasil, o trabalho da enfermagem voltado para a reabilitação da pessoa idosa fisicamente dependente ocorreu por volta dos anos 80, quando começou a ganhar visibilidade a partir do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem (FARO, 1996). Os cuidados oferecidos pela enfermagem, voltados para a reabilitação, têm uma importância significativa, pois interferem na capacidade funcional do indivíduo, no sentido de ajudá-lo a manter ao máximo suas capacidades funcionais. Além disso, pode proporcionar

precauções tanto para o paciente como para as famílias, abrangendo os aspectos biopsicossociais que compreendem a reabilitação (ALVES, 2013).

A síndrome da fragilidade no idoso apresenta desfechos, como dependência, institucionalização, quedas, piora do quadro de doenças crônicas, doenças agudas, hospitalização, lenta ou ausente recuperação de um quadro clínico e morte (FRIED *et al.*, 2001). Um dos desafios no cuidado de enfermagem ao idoso fragilizado é o enfermeiro estar atualizado com relação às evidências científicas sobre fragilidade, no que tange ao conceito da síndrome, ao diagnóstico, às intervenções, às avaliações e aos resultados.

O cuidado em enfermagem na reabilitação direcionado ao idoso frágil é uma temática de relevância para o campo da enfermagem, em particular para a prática assistencial. Nesse sentido, é importante desenvolver estudos que busquem socializar a produção científica na área, visto que são incipientes as publicações que abordam esse tema na literatura científica.

Neste estudo, teve-se como objetivo conhecer os enfoques abordados em publicações científicas a respeito do cuidado de enfermagem direcionado à reabilitação de idosos frágeis.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa cujo método de pesquisa tem como objetivo agrupar e combinar resultados de estudos a respeito de um determinado tema, de modo organizado e estruturado, que auxilie na compreensão do tema pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa, identificou-se o tema e determinou-se a questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: Quais os enfoques abordados em publicações científicas nacional e internacional a respeito do cuidado de enfermagem direcionado à reabilitação de idosos frágeis?

Na segunda etapa, estabeleceram-se os critérios para inclusão e exclusão de estudos e bases de dados para pesquisa. A busca dos estudos foi realizada junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases: Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval

System Online (MEDLINE), sem recorte temporal. A seleção do material ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2017, agrupando-se as palavras-chave: “idoso” and “enfermagem geriátrica” and “reabilitação”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a questão norteadora de pesquisa pelo título e resumo e que estivessem disponíveis na internet. Os critérios de exclusão utilizados foram: o não preenchimento das informações no resumo, artigos que se apresentassem em mais de uma base de dados e os que não estivessem disponíveis *on-line*.

Foram encontrados no total 50 artigos nas bases de dados utilizadas, sendo 18 artigos na BDEF, 23 no LILACS e 09 no MEDLINE. A partir da aplicação dos critérios estabelecidos, foram excluídos 16 artigos por estarem repetidos, 20 artigos por não responderem à questão pesquisa, 6 artigos por não estarem disponíveis *on-line*. Dessa forma, analisaram-se oito artigos na presente revisão. Na terceira etapa, em que foram definidas as informações extraídas dos estudos selecionados, os artigos escolhidos foram representados por um código, seguindo a ordem alfabética (A, B, C e assim sucessivamente), com a finalidade de simplificar a identificação dos estudos.

**Quadro 1** - Relação dos estudos selecionados

<b>Ident.</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano/ Periódico</b>	<b>Objetivo da Pesquisa</b>
A	Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno - PE	2006/ Revista Rene	Avaliar a capacidade funcional de idosos. Pesquisa descritiva, realizada na Comunidade Alto das Estrelas, Moreno-PE, com 30 idosos cadastrados no Programa Saúde da Família.
B	Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer	2010/ Revista da Escola de Enfermagem da USP	Verificação da influência do desempenho cognitivo dos idosos com doença de Alzheimer no desenvolvimento das atividades da vida diária, segundo a Medida de Independência Funcional.
C	Diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos hospitalizados	2011/ Acta Paulista de Enfermagem	Identificar e analisar o diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos hospitalizados.

D	Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico	2011/ Acta Paulista de Enfermagem	Avaliar a capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico (AVE) e verificar a relação, bem como a influência de variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional desses sujeitos.
E	Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes	2012/ Revista Brasileira de Enfermagem	Avaliar o grau de dependência dos idosos internados, conforme o sistema de classificação de pacientes; identificar fatores relacionados à dependência dos pacientes para o cuidado de enfermagem.
F	Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura	2012/ Revista Rene	Identificar os ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas, por pessoas de meia-idade e idosas.
G	Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso	2013/ Ciência e Saúde Coletiva	Analisar criticamente as experiências com a utilização de instrumentos de rastreio de perda funcional em idosos.
H	Efecto del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor	2015/ Enfermería Universitaria	Evaluar el efecto del masaje terapéutico clásico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor en una casa hogar.

Fonte: as autoras

Para a quarta etapa, que contou com a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, foi elaborado um quadro sinóptico, sugerido por Ursi (2006), e acrescentadas mais algumas informações pertinentes a esta pesquisa. Para cada artigo selecionado, foram extraídas as informações relacionadas ao periódico (nome e ano), título do trabalho, modalidade da publicação, principais resultados, análise do nível de evidência dos estudos e conclusões.

A interpretação dos resultados, que é considerada a quinta etapa, ocorreu com a avaliação crítica dos estudos incluídos e comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

No que concerne à avaliação do nível de evidência, os estudos foram classificados de acordo a definição dos autores Melnyk e Fineout-Overholt (2011): **Nível I:** as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; **Nível II:** evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; **Nível III:** evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; **Nível IV:** evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; **Nível V:** evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; **Nível VI:** evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; **Nível VII:** evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Nesta revisão integrativa, para identificar a temática central abordada em cada estudo, resumiram-se os temas centrais, sendo esta considerada a sexta etapa desta revisão, em que os resultados estão apresentados em duas categorias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados oito artigos que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos (Quadro 2). As fontes de publicações abrangeram sete periódicos diferentes. Os periódicos que apresentaram publicações que responderam à temática foram *Enfermería Universitaria*, *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Revista Rene)*, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *Acta Paulista de Enfermagem*, *Revista de Enfermagem UFPE Online (REUOL)*. Foram selecionados dois artigos realizados em 2011 e dois em 2012, os demais são dos anos de 2006, 2010, 2013 e 2015, com uma publicação em cada ano.

Em relação aos países em que as publicações foram desenvolvidas, salienta-se que um tem origem no México, um em Portugal e seis no Brasil. De origem brasileira, os estudos em sua maioria foram desenvolvidos na



região Sudeste, com três publicações, seguido da região Nordeste, com dois e da região Sul com uma publicação.

A abordagem metodológica mais utilizada nos estudos foi a quantitativa com nível de evidência VI, que foi aplicada em cinco estudos (A; B; C; D; E). Em dois estudos, foi feita revisão sistemática com Nível V (F; G). E apenas um estudo caso-controle com nível de evidência IV (H). Portanto, de acordo com o nível de evidência, esta revisão integrativa apresenta a cinco de seus estudos classificados como níveis de evidência fraca (VI e VII) e três estudos moderados (níveis III, IV ou V) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Assim, ao verificar os resultados das pesquisas, com a finalidade de responder à questão norteadora desta revisão, surgiram as seguintes categorias: Instrumentos de avaliação da capacidade funcional de idosos; Cuidados de enfermagem para a manutenção da capacidade funcional.

#### **Quadro 2 -** Relação das categorias e dos respectivos estudos

<b>Categorias</b>	<b>Código dos estudos</b>
Instrumentos de avaliação da capacidade funcional de idosos para assistência da enfermagem	E, B, G, A, D, C
Cuidados de enfermagem para a manutenção da capacidade funcional	A, H, F, C

Fonte: as autoras

### INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PARA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM

A primeira categoria analisada é contemplada com seis estudos, os quais abordam a forma de avaliação da capacidade funcional do idoso, trazendo um subsídio científico à assistência da enfermagem. Nesse sentido, alguns instrumentos de avaliação foram utilizados, como o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), a Medida de Independência Funcional (MIF), o *Triage Risk Screening Tool* (TRST), o *Elderly at Risk Rating Scale* (EARRS), o *Identification of Screening Tool* (ISAR), escala de Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD), Índice de Barthel e a Escala de Atividade de vida Diária (AVD).

No estudo E, usou-se o Sistema de Classificação de Pacientes (SPC) na detecção do nível de dependência, vinculado aos cuidados da enfermagem, aplicado em idosos internados. Apontou-se que os indivíduos internados têm dependência parcial ligada às intervenções da enfermagem em relação às atividades básicas.

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) verifica as distintas classes de necessidades vinculados aos cuidados de enfermagem, favorecendo a assistência prestada e conseqüentemente avaliando o nível de dependência de cada paciente (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Já a Medida de Independência Funcional (MIF) tem por objetivo classificar o acúmulo dos cuidados necessitados para uma sucessão de deveres intelectuais e motores diários, dando ênfase para algumas tarefas, como a locomoção, a comunicação, o autocuidado, a solução de problemas e memória (RIBERTO *et al.*, 2004).

No estudo B, em que se utilizou a MIF, verificou-se que os idosos com déficit cognitivo apresentavam pior performance na avaliação, ou seja, apresentavam-se mais dependentes se comparados com os que não tinham déficit cognitivo, além de registrar que o grau de escolaridade baixo também influencia na dependência desses idosos.

Porém um estudo realizado em São Paulo, usando a Medida de Independência Funcional (MIF), destacou que idosos com doença de Alzheimer (DA) se auto percebem mais independentes, o que contraria a percepção dos cuidadores que os avaliaram com dependência moderada, devido à doença cognitiva apresentada (SANTOS; BORGES, 2015).

Outro instrumento de avaliação é o Índice de Barthel, que se relaciona à avaliação da escala das atividades da vida diária (AVDs) e determina a autonomia funcional, sendo o paciente avaliado de acordo com o seu desempenho ao realizar atividades de forma dependente ou independente conforme o tempo e o auxílio necessário para cada pessoa (MINOSSO, 2010).

No estudo D, mostra-se o nível de capacidade funcional por meio do Índice de Barthel, utilizado em idosos após acidente vascular encefálico (AVE), indicando uma dependência superior para as tarefas básicas. Costa *et al.* (2015), estudo para avaliar indivíduos com seqüela de AVE, relataram

dependência funcional de leve a grave, utilizando o Índice de Barthel, que permitiu os resultados da pesquisa.

Nos estudos A e C, foram utilizadas a Escala de Atividade de vida Diária (AVD) e a Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) para avaliar atividades relacionadas à independência de idosos com idade de 60 anos ou mais.

A escala de AVD é fundamental para avaliar atividades realizadas para o próprio cuidado, como arrumar-se, comer, tomar banho, capacidade de domínio fecal e urinário e caminhar (ORSANO, 2016). A escala de AIVD envolve a competência para conduzir o meio onde convive, além de vínculos interpessoais (ORSANO, 2016).

No estudo G, mostra-se o risco de perda funcional por meio de estudos que utilizaram o *Triage Risk Screening Tool* (TRST) e o *Elderly at Risk Rating Scale* (EARRS) em idosos hospitalizados. Idosos que hospitalizam repetidas vezes, além de passarem muito tempo internados, são classificados como fatores de risco para a ausência da capacidade funcional (SARGES; SANTOS; CHAVES, 2017). Por isso, a importância de instrumentos para avaliar a capacidade funcional, visto que proporcionam um cuidado de maior qualidade ofertado pela equipe de enfermagem.

As escalas de avaliação do grau de dependência dos idosos podem auxiliar nas intervenções de cuidados integrais ou parciais oferecidos pela equipe de enfermagem, dependendo dos resultados obtidos em cada escala aplicada. Dessa forma, a análise da capacidade funcional é fundamental para o melhoramento na Qualidade de Vida (QV) da pessoa idosa, sendo muito significativa, tanto para a enfermagem como para a equipe de saúde, para a avaliação do grau de dependência do paciente (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A segunda categoria analisada evidencia o cuidado prestado pela enfermagem e os resultados obtidos pelas assistências prestadas, e está presente em quatro artigos examinados.

A integralidade do cuidado com o idoso nos diferentes cenários deve abordar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais e políticas do envelhecimento (COUTINHO *et al.*, 2013). A assistência procura auxiliar na progressão funcional e física, reduzir a hospitalização, melhorando a saúde do paciente por meio de cuidados que proporcionam a reabilitação física.

Nos resultados da pesquisa H, evidenciou-se que a massagem terapêutica em idosos proporciona laços com o profissional de enfermagem, melhoramento da circulação, estimula os músculos, além de aumentar a capacidade funcional. A massagem terapêutica vem sendo empregada na prevenção de doenças e redução de dores físicas, promovendo conforto, confiança e autoestima (SARAIVA *et al.*, 2015).

Já no estudo F, constatou-se que a educação para a saúde, a teleassistência e o toque terapêutico são especialmente importantes nos cuidados prestados pela enfermagem. O toque terapêutico tem como um dos objetivos promover o alívio da dor e proporcionar conforto, e é fundamental para que se criem vínculos entre a pessoa idosa e o profissional de enfermagem (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017). A educação em saúde coopera para a modificação de danos que possam surgir na saúde de cada indivíduo (SANTOS; CHRISTOVAM, 2014). A teleassistência é um instrumento de assistência que contribui na rotina dos idosos, auxiliando-os em seus ambientes (BIANCHI; BERNARDES; SANTANA, 2014).

No artigo A, apresentou-se o diagnóstico de enfermagem como suporte para as intervenções de enfermagem, tendo em vista o melhoramento da QV por meio dos cuidados prestados. A precisão do diagnóstico prestado pela enfermagem abrange o empenho do profissional, além de ser um instrumento fundamental para o delineamento de ações indispensáveis nas condições clínicas individualizadas (LOUREIRO, 2015). No estudo C, sugere-se o cuidado integral, atendendo o paciente como um todo, além de uma avaliação precisa por parte do profissional de enfermagem, identificando possíveis complicações.

O cuidado humanizado da enfermagem tem um papel muito importante para a pessoa idosa, pois oferta um cuidado integral e qualificado (GONÇALVES *et al.*, 2015). Pesquisa realizada com pessoas idosas residentes em uma instituição de longa permanência, aponta que intervir nas necessidades das pessoas idosas pode contribuir na conservação da funcionalidade e diminuir as morbidades, promovendo saúde (SILVA; SANTOS, 2010). Além disso, é importante promover a independência do idoso, estimulando a sua capacidade funcional e preservando, assim, sua QV (FERNANDES, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dependência funcional é uma condição vivida principalmente por pessoas idosas frágeis, expostas a diversos fatores que comprometem sua saúde, levando ao comprometimento das atividades diárias. Observa-se, assim, a necessidade do trabalho de reabilitação da enfermagem.

Percebeu-se, a partir dos estudos analisados, que há formas de compreender o grau de incapacidade funcional da pessoa idosa por meio de instrumentos de avaliação. Os instrumentos de avaliação da capacidade funcional utilizados pela enfermagem apresentados nos estudos analisados na presente revisão integrativa podem auxiliar os enfermeiros a planejar e gerenciar o cuidado de enfermagem, favorecendo a avaliação das mudanças no estado de saúde das pessoas idosas fragilizadas, proporcionando adequada avaliação de saúde da pessoa idosa, bem como planos de cuidados adequados.

A literatura mostra que as intervenções oferecidas pela enfermagem têm a responsabilidade de atender integralmente a pessoa idosa dependente, além de proporcionar alívio da dor. A atuação dos cuidados de enfermagem para a manutenção da capacidade funcional do idoso está centrada na independência funcional, na prevenção de complicações secundárias, no auxílio na adaptação da pessoa idosa à nova situação, tendo a finalidade de melhorar a QV da pessoa idosa, trazendo segurança e autonomia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. C. F. C. **Os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico**: perspectiva do enfermeiro de reabilitação. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3152QZu>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 378-385, 2007. Disponível em: <http://ref.scielo.org/d2pyrk>. Acesso em: 20 out. 2017.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/315drDD>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BIANCHI, M. M. C.; BERNARDES, M. S.; SANTANA, C. S. A teleassistência no cuidado ao idoso no domicílio. *In*: XXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA - CBEB, 2014, Uberlândia. **Anais** [...]. Uberlândia: UFU, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Wi2OhY>. Acesso em: 17 out. 2017.

CALDAS, C. P. *et al.* Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 3495-3506, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Kpcu3d>. Acesso em: 6 set. 2017.

CORDEIRO, L. M. *et al.* Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 361-366, 2015. Disponível em: <http://ref.scielo.org/psky8g>. Acesso em: 20 ago. 2017.

COSTA, T. F. *et al.* Perfil de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 42, p. 137-146, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2ERG39R>. Acesso em: 28 set. 2017.

COUTINHO, A. T. *et al.* Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 17, n. 4, p. 628-637, 2013.

CRUZ, K. C. T. da; DIOGO, M. J. D'E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 666-672, 2011. Disponível em: <http://ref.scielo.org/7qs2by>. Acesso em: 2 set. 2017.

FARO, A. C. M. *et al.* O ensino de reabilitação: expectativas de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 2, p. 332-339, 1996. Disponível em: <https://bit.ly/2KnA0xh>. Acesso em: 25 ago. 2017.

FERNANDES, C. N. **Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima**: contributos para a enfermagem de reabilitação. 2015. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2ESsVkr>. Acesso em: 15 out. 2017.

FERREIRA, S. C. M. **O envolvimento da família no hospital**: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. 2015. 157 f. Dissertação acadêmica (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Z0oQTa>. Acesso em: 20 ago. 2017.

FONSECA, C. *et al.* Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura. **Revista Rene**, v. 13, n. 2, p. 470-479, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2Kpcu3d>. Acesso em: 5 set. 2017.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The journals of gerontology. Series A, Biological Sciences**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2PfhJS0>. Acesso em: 12 set. 2017.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005. Disponível em: <http://ref.scielo.org/kf5kkh>. Acesso em: 10 set. 2017.

GONÇALVES, M. J. C. *et al.* A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. **Revista Recien**, v. 5, n. 14, p. 12-18, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2EOTmb4>. Acesso em: 15 out. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137 p. Disponível em: <https://bit.ly/2SUMT8X>. Acesso em: 1 set. 2017.

JIMÉNEZ-OCHOA, S.; LANDEROS-PÉREZ, M. E.; HUERTA-FRANCO, M. R. Efecto del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor. **Enfermería Universitaria**, v. 12, n. 2, p. 49-55, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2UxS3q3>. Acesso em: 6 set. 2017.

LOUREIRO, L. S. N. **Validação do diagnóstico de enfermagem**: tensão do papel de cuidador em familiares de idosos. 2015. 196 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3134Hhg>. Acesso em: 19 out. 2017.

MARI, F. R. *et al.* O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/315telV>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://ref.scielo.org/wvmsn4>. Acesso em: 26 out. 2017.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: <http://ref.scielo.org/2xq56r>. Acesso em: 20 out. 2017.



ORSANO, F. E. **Mulheres idosas ativas**: seu nível de resiliência e a importância da atividade física. Curitiba: Appris, 2016.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-882, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Mn76Qy>. Acesso em: 10 set. 2017.

RIBEIRO, P. C. P. S. V.; MARQUES, R. M. D.; RIBEIRO, M. P. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 865-872, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2wwsZlQ>. Acesso em: 22 out. 2017.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76. 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2JX0FBB>. Acesso em: 20 set. 2017.

SANTOS, M. D.; BORGES, S. M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 339-349, 2015. Disponível em: <http://ref.scielo.org/jsk6nj>. Acesso em: 28 set. 2017.

SANTOS, M. G.; CHRISTOVAM, B. P. Articulação da gerência do cuidado de enfermagem e da educação em saúde para idosos hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, v. 8, n. 9, p. 3233-3236, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2WI5Onh>. Acesso em: 22 out. 2017.

SARAIVA, A. M. *et al.* Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 131-140, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Wi3Lqy>. Acesso em: 20 out. 2017.

SARGES, N. A. S.; SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 896-903, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2EOURGk>. Acesso em: 20 out. 2017.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 775-781, 2010. Disponível em: <http://ref.scielo.org/9bgk75>. Acesso em: 15 out. 2017.

SOUZA, P. A. de; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 36-42, 2011. Disponível em: <http://ref.scielo.org/3txm7k>. Acesso em: 16 ago. 2017.

TALMELLI, L. F. da S. *et al.* Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 933-939, 2010. Disponível em: <http://ref.scielo.org/mrc8hr>. Acesso em: 12 ago. 2017.

TENÓRIO, M. E. V. *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno - PE. **Revista Rene**, v. 7, n. 2, p. 57-66, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2JUi1z5>. Acesso em: 25 ago. 2017.

URBANETTO, J. de S. *et al.* Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 950-954, 2012. Disponível em: <http://ref.scielo.org/568kr4>. Acesso em: 5 set. 2017.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/1FRJvYn>. Acesso em: 10 set. 2017.





# contexto da urgência e emergência

# **O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

Tainara Foggiato

Silomar Ilha

Cláudia Zamberlan

Mara Glarete Rodrigues Marinho

Camila Biazus Dalcin

Paloma Horbach da Rosa

## **RESUMO**

Objetivou-se conhecer as potencialidades e os desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para auxiliar nas fragilidades. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada por meio de materiais eletrônicos. Foi realizada no mês de setembro de 2017 uma busca nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Cientific Electronic Library Online (SCIELO) por meio dos descritores: infarto do miocárdio, cuidado de enfermagem, enfermagem. Os materiais selecionados foram submetidos à análise textual discursiva, resultando em três categorias: Potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM; Desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM; Estratégias para auxiliar no atendimento a pessoas com IAM. Os dados apresentados poderão contribuir na sensibilização dos profissionais no que se refere à consolidação de estudos nessa área do conhecimento, a partir das potencialidades, fragilidades e estratégias aqui apresentadas.

**Palavras-chave:** Infarto do miocárdio. Cuidado de enfermagem. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) uma das principais síndromes coronarianas agudas. No Brasil, elas são responsáveis por 32% dos óbitos e a terceira maior causa de internações (GUALANDE; COSTA; BORGES, 2014). O principal meio ou via de tratamento para as pessoas com IAM, no Brasil, é o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve, em 2011, uma estimativa de gastos de R\$ 522.286.726,00, o que correspondeu a R\$ 3,8 bilhões de custo total (PIEGAS *et al.*, 2013).

O diagnóstico precoce de cardiopatia pode aumentar a qualidade de vida (QV) das pessoas e reduzir a possibilidade de arritmias ventriculares, melhorando a função ventricular esquerda. Salienta-se que o grau de gravidade do IAM dependerá da área que foi necrosada (GUALANDE; COSTA; BORGES, 2014). O tratamento do IAM baseia-se na recuperação do fluxo sanguíneo coronariano, de forma mais rápida possível, de modo que a pessoa tratada na primeira hora de evolução dos sintomas tenha uma redução significativa da mortalidade hospitalar. Assim, o prognóstico depende fundamentalmente da agilidade da equipe multiprofissional de saúde (MUSSI, 2014).

Na admissão de pessoas com cardiopatia em unidades de emergência, o papel do enfermeiro é fundamental, tendo em vista que, muitas vezes, é esse profissional que realiza o primeiro contato com o paciente. A equipe deve ter responsabilidade para atuar com competência técnica, científica, distinguindo sinais e sintomas do IAM dos apresentados em outras emergências coronarianas (PONTE; SILVA, 2014).

O enfermeiro é o profissional que está junto do paciente em todos os processos, quais sejam: admissão, alta hospitalar e reabilitação. Sendo assim, o enfermeiro e sua equipe precisam estar devidamente preparados para identificar os sinais e sintomas que o paciente apresenta, para que o atendimento em emergências cardiovasculares seja o mais qualificado possível. Além das técnicas, é relevante que se conheça a cultura, os hábitos e costumes dos pacientes por meio do histórico de saúde,

para que seja possível a elaboração de um plano de cuidados individualizado (PONTE; SILVA, 2014).

Dessa forma, faz-se necessário compreender quais são as potencialidades e as fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros no que concerne ao atendimento de pessoas com IAM, bem como as possíveis estratégias utilizadas por esses profissionais para auxiliá-los nesse processo, o que justifica a necessidade e relevância desta pesquisa. Tal proposta tem potencial para contribuir com a enfermagem como ciência e profissão pela possibilidade de proporcionar reflexões na categoria profissional que, por sua vez, repercutirão no melhor cuidado às pessoas em condições de IAM. Justifica-se, ainda, pela compreensão de que as questões relacionadas à temática da cardiologia são de grande importância no contexto de saúde, sendo destacada pelo Ministério da Saúde (MS) como linha prioritária de pesquisa no Brasil (BRASIL, 2008).

Frente ao exposto, questiona-se: Quais as potencialidades e desafios que o enfermeiro enfrenta no atendimento do paciente com IAM? Que estratégias são utilizadas por enfermeiros para auxiliá-los nas fragilidades vivenciadas no atendimento a pessoas com IAM? Na tentativa de responder a esses questionamentos, objetivou-se conhecer as potencialidades e os desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para auxiliar no cuidado de pessoas com IAM.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. Revisões narrativas são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de artigos tem papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Para esse estudo, utilizaram-se materiais disponibilizados em formato *on-line*. Para tanto, foi realizada, no mês de agosto de 2017, uma busca nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), por meio dos descritores: infarto do miocárdio, cuidado de enfermagem e enfermagem.

Estipulou-se como critério de inclusão para os estudos: artigos de pesquisa, estudos de caso e revisões da literatura, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, com acesso livre à versão completa e que atendessem ao objetivo do estudo. Como corte temporal, optou-se por materiais publicados de 2013 a 2017 por serem artigos referentes aos últimos cinco anos, representando, dessa forma, um referencial com dados considerados recentes acerca da temática estudada.

Foi encontrado um total de 77 estudos, os quais tiveram os títulos e os resumos revisados, e aqueles que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados para análise. Na SCIELO, quando cruzados os descritores “infarto do miocárdio” *and* “enfermagem” *and* “cuidado de enfermagem” foram encontrados nove artigos, porém seis não atenderam ao objetivo do estudo e um não se enquadrou no recorte temporal, sendo utilizados dois estudos. Com os descritores “infarto do miocárdio” *and* “enfermagem”, foram encontrados 34 artigos, dos quais 28 não atenderam ao objetivo do estudo, dois não se encaixaram no recorte temporal e dois se repetiram nas bases de dados, sendo considerado um artigo para esse estudo.

Na LILACS, quando cruzados os descritores “infarto do miocárdio” *and* “enfermagem” *and* “cuidado de enfermagem”, foram encontrados 34 artigos, dos quais oito não atenderam ao objetivo do estudo, oito não se enquadraram no recorte temporal, 12 eram de base de dados repetidas, restando cinco artigos, que foram considerados para a pesquisa. Quando cruzados os descritores “infarto do miocárdio” *and* “enfermagem”, foram encontrados 86 artigos, dos quais 80 não atenderam ao objetivo do estudo e cinco não se encaixaram no recorte temporal, sendo utilizado um artigo para esse estudo. Com base nessa ação, atenderam aos critérios de inclusão, formando o *corpus* desse estudo, nove artigos.



Os materiais selecionados foram submetidos à análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: 1) Unitarização, quando o pesquisador examina com intensidade e profundidade os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado; 2) Momento em que se busca o estabelecimento de relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, resultando em um ou mais níveis de categorias de análise; 3) Comunicação, quando o pesquisador apresenta as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os materiais analisados permitiram a construção de três unidades: Potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM; Desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM; Estratégias para auxiliar no atendimento a pessoas com IAM.

### POTENCIALIDADES VIVENCIADAS PELOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM IAM

Algumas potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM foram identificadas nos materiais utilizados. Entre elas, destacaram-se a prioridade no atendimento das pessoas que relataram dor torácica por meio da realização da avaliação do enfermeiro; a importância do conhecimento teórico prático por meio de treinamentos e capacitações da equipe para atuar na situação do IAM; agilidade na procura/atendimento pela/à pessoa com IAM; educação e saúde acerca dos sinais e sintomas do IAM à população.

Sobre a prioridade no atendimento, um estudo realizado com enfermeiros de um Pronto Atendimento (PA) de dor torácica de um hospital escola da cidade de Curitiba, Paraná, destacou que todos os enfermeiros

participantes do estudo relataram priorizar o atendimento dos pacientes que apresentavam queixas de dor torácica e realizavam a avaliação de enfermagem diante dessas situações (CAVEIÃO *et al.*, 2014).

A manifestação clínica primordial do IAM é a dor anginosa, seguida de outros sintomas, como mal-estar, enjoo, tontura, palidez, falta de ar, sensação grave de indigestão, suor frio, tosse seca e taquipneia. A dor anginosa é um sintoma frequentemente associado ao estreitamento crônico e gradual da artéria coronária, sendo definida por características como: desconforto com sensação de aperto, peso ou compressão, precipitado por exercício ou emoção (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

Outra potencialidade percebida nos estudos versa acerca da necessidade de conhecimento teórico-prático da equipe para o atendimento da pessoa com IAM, pois, quando a equipe é treinada/capacitada e motivada, o atendimento ao paciente é realizado com mais rapidez e de forma adequada (CAVEIÃO *et al.*, 2014).

Em consonância a isso, estudo realizado com a equipe de enfermagem de um PA da região Sul do país demonstrou que o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, delega ou o faz. Ainda, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da continuação de melhorias do cuidado. Portanto, não há possibilidade de cuidado se não houver uma correta coordenação do serviço assistencial e do serviço administrativo, as quais constituem funções do profissional enfermeiro (BARRETO *et al.*, 2015).

O atendimento rápido nos casos de IAM, bem como os tratamentos fibrinolíticos, também apareceram nos estudos como potencialidades, pois as pessoas tratadas na primeira hora de evolução dos sintomas experimentam uma redução significativa da mortalidade hospitalar (DAMASCENO *et al.*, 2012; CAVEIÃO *et al.*, 2014). O tratamento fibrinolítico pode reduzir o IAM na fase aguda e manter esse benefício após dez anos. Portanto, a procura imediata por um serviço de saúde e a qualidade do atendimento são essenciais para aumentar a sobrevivência e reduzir incapacidades (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Os fibrinolíticos são drogas utilizadas para dissolver os coágulos sanguíneos que se formam nos vasos cardíacos. Devem ser utilizados nas primeiras seis horas que seguem os sintomas e ser administrados por via endovenosa durante 10 segundos, com doses ajustadas de acordo com o peso do paciente. Podem ser administrados juntamente com heparina, aspirina, que também previnem a formação de coágulos (SANTOS, 2015).

Outro dado relevante como potencialidade é a necessidade de a população conhecer os sinais e sintomas do IAM, uma vez que dessa forma a busca pelo atendimento poderá ser abreviada. A esse respeito, estudo desenvolvido em dois hospitais de Salvador, com o objetivo de analisar, entre gêneros, a influência de variáveis cognitivas e emocionais no tempo de decisão para procura de atendimento face ao IAM, destacou que as pessoas que julgaram seus sintomas como cardíacos, comparadas às que os interpretaram como de outra natureza, apresentaram menor tempo de decisão e procura pelo atendimento (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Outro estudo desenvolvido em um hospital de ensino do noroeste paulista com o objetivo de caracterizar o perfil das pessoas com IAM atendidas no serviço de emergência e verificar o tempo de chegada demonstrou que a associação entre doença arterial coronariana prévia e sintomas apresentados na admissão estiveram presentes em 71,43% dos pacientes. Esse percentual sugere que as pessoas tinham conhecimento de tal sintoma e, portanto, chegaram mais rapidamente ao serviço de emergência. O estudo demonstra, também, que os pacientes que acreditaram que seus sintomas estavam relacionados com o coração buscaram ajuda mais rapidamente do que aqueles que os atribuíram a outras causas (BASTOS *et al.*, 2012).

Estudo realizado com o objetivo de investigar a compreensão sobre Educação em Saúde de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrou que é indispensável que as instituições tenham um espaço da Educação em Saúde para trabalhar questões que façam os usuários refletirem sobre a autonomia de sua saúde. A educação em saúde pode ser realizada pelos profissionais em qualquer local, dentro da família, na escola, no trabalho ou em qualquer espaço comunitário (BESEN *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde devem realizar campanhas educativas que envolvam a prevenção e promoção da saúde por meio de orientações sobre hábitos de vida saudáveis, aconselhar medidas a serem tomadas frente ao início dos sintomas do IAM, escolha certa da unidade de saúde que as pessoas devem se dirigir e qual o meio de transporte adequado. Essas orientações devem ser realizadas de forma dinâmica, interativa, utilizando espaços comunitários, a fim de diminuir as taxas de mortalidade por IAM (SANTOS; TORRES; QUEIROZ, 2015).

## DESAFIOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM IAM

Quanto aos desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM, foi identificada, nos materiais utilizados, a ausência de especialização na área de cardiologia, urgência e emergência e/ou terapia intensiva, o que é essencial aos profissionais atuantes em serviços de atendimento às pessoas com problemas cardiovasculares.

Em estudo desenvolvido com objetivo de identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica, em uma unidade de PA, dos nove enfermeiros participantes, dois eram especialistas na área de urgência e emergência, dois em terapia intensiva, quatro em outras áreas e um não tinha especialização (CAVEIÃO *et al.*, 2014). Dado semelhante foi evidenciado em estudo desenvolvido em um hospital de médio porte do Sul do Brasil, que evidenciou que, dos 12 enfermeiros participantes do estudo, oito tinham título de especialista, dois com especialização em andamento e dois somente graduação (NARDINO *et al.*, 2014).

A especialização na área de atuação ou em área afim é importante para o profissional que atua em cardiologia, uma vez que traz um aporte de conhecimentos próprios da área que conduzem a um atendimento mais rápido, efetivo e seguro. Estudo de revisão bibliográfica que analisou 20 literaturas descreveu que os enfermeiros devem saber reconhecer uma arritmia e interpretar um eletrocardiograma para conduzir da melhor forma a equipe de enfermagem para que o caso não se agrave. Ressalta,

ainda, que o reconhecimento das arritmias cardíacas, por vezes, é difícil para os profissionais de enfermagem e de outras áreas que não sejam especialistas em cardiologia (LIMONGI; LINS, 2011).

Uma das funções do enfermeiro na abordagem do paciente com cardiopatia é a avaliação imediata da história clínica do exame físico, realização do Eletrocardiograma (ECG), com o conhecimento de alguns elementos evidenciados pelo traçado cardíaco no ECG. Esse conhecimento mostra-se fundamental para as próximas condutas a serem instituídas no atendimento (SCANAVACCA, 2012). Nesse contexto, torna-se necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os diversos fatores que podem predispor o surgimento de arritmias cardíacas, a fim de estabelecer a melhor conduta e assistência ao paciente com distúrbios cardiovasculares ou risco para desenvolvê-los (NARDINO *et al.*, 2014). Tal conhecimento pode ser adquirido/fortalecido por meio da especialização na área da cardiologia ou áreas afins, nas quais se inserem a emergência e a Terapia Intensiva.

Outro desafio evidenciado está relacionado a não avaliação, por parte do profissional, do histórico de saúde do paciente, o que denota que informações relevantes podem ser negligenciadas. Estudo realizado em 2014 apresentou histórico breve e demonstrou a importância do levantamento dos fatores de risco, uma vez que 85,1% dos pacientes que apresentaram IAM tinham antecedentes pessoais. No estudo em questão, os autores evidenciaram, ainda, que um número reduzido de profissionais realizou esta etapa do atendimento (CAVEIÃO *et al.*, 2014).

Estudo desenvolvido com o objetivo de descrever as características dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital de cardiologia de Fortaleza-Ceará, após o histórico, identificou que os pacientes com antecedentes em primeiro grau, que apresentaram precocemente cardiopatias coronarianas tiveram maiores riscos de desenvolver doença arterial coronariana que a população em geral (LIMA *et al.*, 2009). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de um histórico de saúde detalhado com vistas à elaboração de melhores condutas de prevenção, intervenção e de cuidados às pessoas com cardiopatias.

O enfermeiro, ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do Processo de Enfermagem (PE), desenvolve inicialmente o histórico, caracterizado como um processo sistemático que é realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, com a finalidade de obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença (COFEN, 2009). Nesse contexto, a SAE contribui para a identificação dos fatores de risco e implementação de condutas de cuidados específicos para a condição clínica dos pacientes conforme a sua singularidade.

A demora para as pessoas com IAM buscarem o serviço de saúde também foi evidenciada nos estudos como um desafio no atendimento. A esse respeito, um estudo com 100 pacientes de dois hospitais da região Norte demonstrou, quanto ao julgamento da natureza dos sintomas, que 41,0% dos participantes não os associaram a problema cardíaco. Destes, 24,0% atribuíram os sintomas a problemas de estômago, 9,0% a problemas de coluna, 4,0% ao derrame cerebral ou hipertensão arterial, 3,0% ao estresse/aborrecimentos cotidianos e 1% a efeitos de medicamentos (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Além disso, observou-se que 83% dos participantes que hesitaram procurar o serviço de saúde nos momentos iniciais do evento relataram como justificativa mais frequente para a demora em decidir buscar atendimento acreditarem que os sintomas não eram sérios e que iriam melhorar. Entretanto todos os participantes que hesitaram no início dos sintomas em procurar um serviço de saúde, a uma certa altura do quadro coronariano, não viram outra saída senão procurar o atendimento de saúde (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Diante disso, fica evidente que os enfermeiros e demais profissionais da saúde devem desenvolver a educação em saúde voltada para a compreensão da população acerca dos sinais e sintomas característicos de alterações cardiovasculares, especialmente às pessoas com cardiopatias ou com fatores de risco para desenvolvê-las. Nesse processo, devem ser consideradas tanto as características sociodemográficas como os comportamentos de riscos modificáveis, orientando a população sobre a

alimentação (in)adequada, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, estresse, entre outros fatores, com vistas a uma melhor compreensão e, por conseguinte, à redução da morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares (LIMA *et al.*, 2009).

## ESTRATÉGIAS PARA AUXILIAR NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM IAM

Algumas estratégias vivenciadas pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM foram identificadas nos materiais utilizados. Entre elas destacaram-se a atualização e o preparo dos profissionais para o atendimento no contexto do IAM, a utilização de tecnologias e exames complementares na prática do enfermeiro, a educação em saúde no contexto do IAM com a população.

A respeito da atualização e do preparo dos profissionais para o atendimento no contexto do IAM, estudo desenvolvido em hospital escola na cidade de Curitiba descreveu que o enfermeiro é o profissional que realiza, na maioria das vezes, o primeiro atendimento do paciente na unidade de dor torácica (CAVEIÃO *et al.*, 2014). Dessa forma, é necessária responsabilidade e competência técnica, científica, ética e humanística.

Para isso, o preparo do profissional é fundamental, visto que potencializa a capacidade de reconhecer os sinais e sintomas do IAM e de outras emergências cardiovasculares, uma vez que o tempo é um fator determinante para o prognóstico. Esse profissional deve atuar de maneira pré-estabelecida visando prioridade, rapidez, eficiência, alta qualidade e contenção de custos, o que exige constantes atualizações (CAVEIÃO *et al.*, 2014). Diante disso, torna-se evidente a importância da Educação Permanente (EP) do serviço de atendimento a pessoas com doenças cardiovasculares.

A EP pode ser compreendida como uma prática de ensino e aprendizagem; como uma produção de conhecimentos no dia a dia das instituições de saúde. Tem a capacidade de reflexão sobre a realidade vivida pelos próprios profissionais, com experiências boas e ruins no seu processo de trabalho. Logo, pode-se entender que a EP é um método de ensino-aprendizagem problematizador (PAIM; ILHA; BACKES, 2015).

Outra estratégia evidenciada nos estudos analisados é referente à utilização de tecnologias em saúde que auxiliem na identificação da intercorrência cardiológica, entre as quais destacou-se: o ECG, a monitorização cardíaca congestiva (MCC), a coleta de enzimas cardíacas, a instalação de oxigênio, a realização de histórico breve, a aferição da glicemia capilar e a punção venosa com dispositivo para acesso venoso periférico (AVP) calibroso (CAVELÃO *et al.*, 2014).

Estudo realizado em hospital do sul do país, com o objetivo de analisar a assistência de enfermagem na terapia trombolítica em pacientes pós IAM, demonstrou que o AVP deve ser de bom calibre para que as drogas trombolíticas ajam com eficácia. No que diz respeito à analgesia, todo o paciente com dor torácica deve fazer uso de medicamentos que promovam a vasodilatação, auxiliando no fluxo sanguíneo e no alívio da dor, bem como a utilização de oxigênio quando dispneia ou saturação inferior a 90%. Ao que concerne à identificação do ECG, o estudo demonstrou que todos os enfermeiros sabiam a hora exata de realizá-lo, porém alguns não o faziam (THEISEN; MACHADO, 2012).

A educação em saúde no contexto do IAM, voltada à população também foi evidenciada como uma estratégia nos estudos analisados, uma vez que, se as pessoas souberem reconhecer os sinais e sintomas do quadro clínico, buscarão mais rapidamente os serviços de saúde, o que repercutirá em um melhor prognóstico de saúde. Estudo realizado com 52 participantes no noroeste paulista demonstrou que o reconhecimento dos sinais e sintomas de IAM pelo paciente foi fator determinante para a procura de atendimento especializado (BASTOS *et al.*, 2012).

Foi possível observar, nos estudos, que os pacientes que sabiam a gravidade de seu problema de saúde demoraram menos tempo para procurar atendimento. Outro estudo realizado com o objetivo de identificar o tempo entre a apresentação dos sintomas do paciente com IAM até a apresentação a um serviço de emergência, corrobora esses dados, quando demonstrou que os pacientes que afirmaram ter conhecimentos sobre sintomas de IAM procuraram ajuda mais rápido (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Dessa forma, evidencia-se que a educação em saúde é uma das atividades



mais importantes que um enfermeiro, bem como os demais profissionais da saúde, deve desenvolver, pois ela enfatiza o autocuidado do paciente, fazendo com que este adquira o conhecimento sobre a sua saúde, ajudando assim a melhorar sua qualidade de vida (QV).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo definido para este estudo foi alcançado, pois foi possível conhecer as potencialidades e os desafios vivenciados pelos enfermeiros no atendimento a pessoas com IAM, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para auxiliá-los nas fragilidades. Como principais potencialidades, destacaram-se a prioridade no atendimento das pessoas que relataram dor torácica por meio da realização da avaliação do enfermeiro; a importância do conhecimento teórico prático por meio de treinamentos e capacitações da equipe para atuar na situação do IAM; agilidade na procura/atendimento pela/à pessoa com IAM; educação em saúde acerca dos sinais e sintomas do IAM para a população.

Como desafio, encontraram-se alguns aspectos relacionados à ausência de especialização na área de cardiologia, urgência/emergência e/ou terapia intensiva; à não avaliação do histórico de saúde do paciente; à demora para as pessoas com IAM buscarem o atendimento de saúde. Como estratégias, evidenciaram-se a atualização e o preparo dos profissionais para o atendimento no contexto do IAM, a utilização de tecnologias e exames complementares na prática do enfermeiro e a educação em saúde no contexto do IAM com a população.

Algumas dificuldades permearam este estudo, entre elas salienta-se a escassez de materiais atuais, cujo objeto de estudo tenha sido a atuação do enfermeiro no atendimento a pessoas com IAM, pois a maioria dos estudos encontrados circunda essa temática indiretamente e/ou são estudos relacionados a outras áreas que não a de enfermagem. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de maior empenho por parte dos enfermeiros em pesquisas em cardiologia com vistas a contribuir com o conhecimento dos profissionais no atendimento a pessoas com IAM.

Como contribuições deste estudo, entende-se que ele traz à tona a reflexão da necessidade do conhecimento clínico do enfermeiro para oferecer um atendimento adequado à população, o que remete à necessidade de atualizações constantes e, se possível, especialização na área de atuação. Além do mais, compreende-se que esta pesquisa pode sensibilizar os profissionais para a consolidação de estudos nessa área do conhecimento a partir das potencialidades, fragilidades e estratégias aqui apresentadas.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, S. M. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista Rene**, v. 16, n. 6, p. 833-841, 2015.

BASTOS, S. A. *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012.

BESEN, B. C. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 1, p. 921-928, 2014.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2WGcrqg>. Acesso em: 23 jul. 2017.

FIGUEIREDO, E. A. *et al.* Determinação do tempo de apresentação à emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 93-101, 2013.

GUALANDE, V. B. M.; COSTA, R. R.; BORGES, F. V. Assistência de enfermagem: o manejo do trombolítico estreptoquinase no tratamento inicial ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM). **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 1, n. 8, p. 117-135, 2014.

LIMA, F. E. T. *et al.* Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-CE. **Revista Rene**, v. 10, n. 3, p. 37-43, 2009.

LIMONGI, J. A. G.; LINS, R. S. M. Parada Cardiorrespiratória em Raquianestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 1, p. 110-120, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: UNIJUÍ, 2011.

MUSSI, F. C. *et al.* Fatores ambientais associados ao tempo de decisão para procura de atendimento no infarto do miocárdio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 722-729, 2014.

NARDINO, J. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre arritmias cardíacas. **Revista de Enfermagem - FW**, v. 10, n. 10, p. 1-12, 2014.

PAIM, C. C.; ILHA, S.; BACKES, S. D. Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 7, n. 1, p. 2001-2010, 2015.

PIEGAS, L. S. *et al.* Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda. Resultados de um Registro Brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 6, p. 502-510, 2013.

PONTE, K. M. A.; SILVA, L. F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 808-814, 2014.

RIBEIRO, A. R. K.; SILVA, P. L. da; LIMA, S. L. M. Knowledge of acute myocardial infarction: implications for nursing care. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 5, n. 4, p. 63-68, 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007. Editorial.

SANTOS, C. M.; TORRES, M. R.; QUEIROZ, C. I. Pre-and intra-hospital barriers on patient care with acute myocardial infarction: an integrative review. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 9, p. 9264-9275, 2015.

SANTOS, R. D. **O papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de infarto agudo do miocárdio na sala vermelha**: uma revisão e literatura. 2015. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Urgência e Emergência) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SCANAVACCA, M. Novas perspectivas do tratamento das arritmias cardíacas e sua aplicação no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 6, p. 1071-1074, 2012.

THEISEN, I. C.; MACHADO, E. M. Assistência de enfermagem na terapia trombolítica em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 2, p. 116-132, 2012.

# **PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE À UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Camila da Silva Trindade  
Grassele Denardini Facin Diefenbach  
Vagner Costa Pereira  
Camila Biazus Dalcin  
Daniela Buriol  
Silomar Ilha

## **RESUMO**

Objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento frente à utilização da classificação de risco. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, realizado no período de abril a junho de 2016 com nove enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Os dados coletados por meio da técnica de Grupo Focal foram submetidos à análise temática, resultando em três categorias: Acolhimento e classificação de risco na percepção dos enfermeiros: conceitos e definições; Atuação do enfermeiro na utilização dos protocolos como ferramenta para a classificação de risco; Facilidades e dificuldades para classificação de risco na ótica dos enfermeiros. A classificação de risco é de suma importância para a eficácia dos atendimentos na emergência, o que denota a necessidade de capacitação das equipes que atuam nessas unidades, para uma melhor integração/entendimento da equipe, ressaltando o papel do enfermeiro enquanto educador.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Emergências. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de Pronto-Socorro (PS), Pronto Atendimento (PA) e de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realizam importante trabalho a rede de saúde, enfatizando a assistência às urgências e emergências. A prestação contínua de serviço nas 24 horas, caracteriza a classificação do atendimento em relevância a procura dos usuários e pelo foco imediato da atenção exigida. Contudo observa-se, frequentemente, a mídia destacando a procura da assistência em casos graves e com risco de vida, e mesmo assim absorvendo uma demanda de busca de atendimento por necessidades diversas de atenção não encontrada nas demais portas de entrada do sistema de saúde, o que gera as filas de esperas (DAL PAI; LAUTERT, 2011; DAMASCENO *et al.*, 2014).

Assim, as instituições hospitalares atribuem tecnologias para a classificação de risco dos usuários, como a triagem, o acolhimento ou a adaptação do protocolo Manchester, com intuito de melhorar o fluxo de atendimento e satisfação dos clientes. Frente a essa temática, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecida como humaniza SUS, objetivou concretizar e qualificar os princípios norteadores do SUS, desafiando a criar novas atitudes dos trabalhadores, gestores e usuários diante dos problemas do cotidiano do trabalho. Objetiva, ainda, superar práticas indesejadas, observadas em filas de espera, deficiências nas condições de trabalho, insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento dos usuários, bem como no tratamento desrespeitoso entre usuários e profissionais (BRASIL, 2010).

Diante dessa problemática, percebe-se a falta de conhecimento do usuário perante os serviços de emergência, contribuindo para superlotações por demasiada busca por atendimentos de baixa complexidade, cabendo ao profissional enfermeiro acolher, triar e classificar, de forma criteriosa a queixa manifestada pelo paciente, exigindo amplo conhecimento do profissional sobre as possibilidades da rede atenção à saúde.

Frente a esse contexto, é possível observar a importância da atuação do enfermeiro sobre o seu trabalho no acolhimento e na classificação de risco, contudo questiona-se: qual a percepção desse profissional diante sua

atuação na classificação de risco? A utilização dessa proposta nos serviços de emergência é de grande relevância e cabe ressaltar a importância da atuação do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco, sendo esse o profissional mais indicado para essa atuação. Nesse sentido, objetiva-se, com este estudo, conhecer a percepção de enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) frente à utilização da classificação de risco.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa (LACERDA; COSTENARO, 2015), que teve como cenário de estudo a UPA 24h, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. No período da pesquisa, eram atendidas, aproximadamente, 250 pessoas por dia em condições de emergências clínicas, pediátricas e odontológicas. A referida unidade contava com uma equipe de saúde composta por 60 médicos, 13 enfermeiros e 42 técnicos de enfermagem.

Nesta pesquisa, optou-se por trabalhar com os enfermeiros por compreender que esses profissionais são os responsáveis por sistematizar o processo de cuidado às pessoas em diferentes contextos, mais especificadamente neste estudo, após atendimento de emergência, ou encaminhá-las a outro serviço para a continuidade dos cuidados. Como critério de inclusão estabeleceu-se: Ser enfermeiro e atuar diretamente com urgência e emergência. Foram considerados excluídos, os enfermeiros afastados do serviço devido a atestado médico, laudos e férias. Atenderam aos critérios de inclusão, estando aptos a participarem do estudo, 13 enfermeiros.

Foi comunicado o coordenador de enfermagem e responsável técnico da UPA sobre a metodologia do estudo, posterior a isso, foram contatados os enfermeiros convidando-os a participar dos encontros. Nesse momento, foi questionada a disponibilidade de horário de cada um. Dessa forma, no dia acordado para a realização do encontro, antes do horário marcado, foi confirmada a participação via telefone com cada participante, para reiterar o convite. Dos 13 enfermeiros convidados, quatro não

compareceram nos dias agendados para a coleta dos dados, formando o *corpus* desse estudo, nove enfermeiros.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2016, por meio da técnica de Grupo Focal (GF), que se caracteriza como um grupo de discussão que dialoga a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado por meio de experiências comuns, ao receber estímulos apropriados para o debate. A escolha dessa técnica de coleta de dados decorreu de sua possibilidade de promover a interação grupal, visto que a expressão coletiva serviu como elemento para explorar e ampliar a compreensão em torno do fenômeno sob investigação (BARBOUR, 2009).

Para este estudo, foram formados dois grupos focais (GFs). No primeiro momento de cada um dos encontros, os participantes foram recebidos em uma sala onde obtiveram esclarecimentos sobre a pesquisa e seus objetivos e fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE); estando de acordo, o assinaram, e, em seguida, realizaram a sua apresentação individual. No segundo momento, houve explicação sobre como seria o GF e, em seguida, iniciaram-se as discussões.

Os encontros ocorreram em dias diferentes. O primeiro encontro teve participação de cinco enfermeiros, e o segundo, de quatro e tiveram duração aproximada de 60 minutos. O número de encontros foi definido pela saturação dos dados e tiveram como foco as questões norteadoras: Para você, o que significa acolhimento e classificação de risco? Como você percebe a sua atuação utilizando-se dos protocolos como ferramentas para a classificação de risco? Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas durante a classificação de risco? Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas com a utilização do fluxograma indicado pelo Protocolo Manchester na classificação de risco?

Os dados foram submetidos à análise temática, operacionalizada a partir da *pré-análise*, na qual se realizou o agrupamento das falas e elaboração das unidades de registro; da *exploração do material*, em que os dados foram codificados e organizados em categorias, e do *tratamento dos resultados* obtidos e interpretação, sendo selecionadas as falas mais significativas para ilustrar a análise e realizada a busca de autores para dar suporte à análise (MINAYO, 2010).



Foram considerados os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os participantes assinaram o TCLE, em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana, sob o protocolo CAAE nº 51624215.8.0000.5306. Para manter o anonimato dos participantes, eles foram identificados pela letra E (Enfermeiro), seguida de um algarismo numérico (E1, E2...E13).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos nove participantes da pesquisa, seis eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade de trinta anos e com tempo de atuação média no local onde desenvolveu-se a pesquisa, de três anos. Seis enfermeiros possuíam especialização e três eram generalistas, dos quais dois com especialização em andamento.

A análise dos dados possibilitou a delimitação de três categorias: Acolhimento e classificação de risco na percepção dos enfermeiros: conceitos e definições; Atuação do enfermeiro na utilização dos protocolos como ferramenta para a classificação de risco; Facilidades e dificuldades para classificação de risco na ótica dos enfermeiros.

### **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS: CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

Com base nas falas dos enfermeiros, é possível compreender que acolhimento deve ocorrer desde a entrada do paciente na unidade de PA. Ressaltam a importância da receptividade do usuário por parte de todos os profissionais, como porteiros, recepcionistas até a equipe de enfermagem que fará a devida classificação de risco. A seguir, algumas falas:

*Acolhimento é o primeiro passo onde o paciente chega dentro do pronto atendimento e ali ele vai ser recebido por um funcionário*

*seja ele enfermeiro ou técnico de enfermagem que vai acolher toda aquela angústia ou dor daquele paciente. (E1)*

*Eu acredito que acolhimento é desde o primeiro momento que o paciente chega a UPA desde a entrada da recepção porteiro, na hora que ele for fazer a ficha de atendimento. (E2)*

*Acolhimento se dá desde a entrada, do atendimento do porteiro e da recepção. (E4)*

*Seria desde a chegada do paciente, tu escutar tudo que ele tem a dizer, mesmo que seja dados irrelevantes para o momento, que a gente não leve tanto em consideração, e tentar identificar qual a queixa principal que o levou a buscar no serviço de emergência, acho que isso define acolhimento. (E9)*

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. Nesse sentido, o acolhimento caracteriza-se como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da PNH da Atenção e Gestão do SUS, uma vez que implica o compromisso coletivo de envolver-se, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2009).

O acolhimento do usuário no serviço de urgência e emergência é ação primordial para avaliação da situação de saúde do mesmo. O ato de acolher é entendido pela PNH como recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizar-se integralmente, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde, quando necessário (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

A partir disso, entende-se que acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes e angústias. Quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outra pessoa em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão (BRASIL, 2009).

Nos serviços de emergência, utiliza-se a classificação de risco com a finalidade de gerenciar o ordenamento no acesso e fluxo dos usuários para priorização de atendimento, considerando a gravidade da situação clínica e a necessidade de cuidados imediatos (QURESHI, 2010). A Classificação de Risco é entendida como um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

*A classificação de risco é um segundo passo a isso após tu colher tudo aquilo que o paciente vem te trazer dos problemas, da doença. Tu vai classificar esse paciente de acordo com a tabela proposta pelo protocolo de Manchester onde tu vai delinear a prioridade de atendimento dele. (E1)*

O protocolo de classificação de risco é um instrumento útil e necessário, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa. O protocolo de classificação de risco no serviço de urgência não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (DAMASCENO *et al.*, 2014). Para tanto, se torna imprescindível o papel do enfermeiro.

*Depois vem conosco o pessoal que já tem a formação e assim é feita então a classificação de risco, nós não damos diagnóstico, e sim classificamos de acordo com o protocolo. (E2)*

*Classificação de risco é uma escuta qualificada, do paciente por aquele profissional específico, que é feita por um profissional e baseado no protocolo Manchester, levando em consideração a vivência de cada um. (E4)*

O Sistema Manchester de Classificação de Risco, foi criado para permitir aos profissionais médicos e enfermeiros, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica da pessoa em situação aguda (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

*É um sistema já definido que a gente identifica a queixa principal que levou o paciente buscar o serviço de emergência, e a gente tenta encaixar ele dentro da queixa e de um fluxo para melhor atender e priorizar quando for o caso, o atendimento dele. (E9)*

*Uma coisa muito importante é que todos os enfermeiros que atuam nessa área, nessa parte de classificação tenham conhecimento da metodologia do sistema, tenham um curso que garanta a esse profissional uma triagem correta. (E9)*

A classificação de risco é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência e emergência, e após capacitação específica para a atividade proposta.

*A classificação de risco é do enfermeiro, quem classifica, é bem como falamos anteriormente, não é uma questão de eu achar que é prioridade, a gente segue um protocolo, se nós enfermeiros classificar que é prioridade, nós vimos e averiguamos que realmente é uma prioridade. E eles [outros profissionais de saúde] não têm entendimento disso, e acaba dificultando um pouco por que eles querem usar ou escolher pacientes para atendimento, então a gente também tem que colocar que essa questão de se impor que essa classificação é nossa. (E6)*

O Acolhimento com Classificação de Risco deve ser aplicado por equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, profissionais de portaria/recepção e estagiários. Entretanto, o primeiro contato do usuário deve ser mantido pelo

enfermeiro, que é o responsável por classificar o risco e realizar o encaminhamento. Portanto, a aplicação da Classificação de Risco, propriamente dita, precisa ser realizada pelo enfermeiro (RODRIGUES *et al.*, 2014).

*Quando a gente aborda a classificação de risco e o acolhimento, as duas andam muito lado a lado, porque a classificação de risco é uma escuta qualificada que o enfermeiro vai abordar e, baseado nessa escuta qualificada, vai classificá-lo com o protocolo, com o instrumento que é o protocolo de classificação de risco, seja ele qual for, seja o Manchester ou o australiano seja o que a instituição ofertar. (E3)*

*Desde a chegada do paciente, tu escutar tudo que ele tem a dizer, seja algo relevante ou não, e tentar identificar qual a queixa principal que o levou a buscar um serviço de emergência. (E9)*

Observou-se que parte dos enfermeiros prioriza e valoriza a questão do acolhimento na classificação de risco. Defendem que esses dois aspectos andam lado a lado, e é necessário que haja uma escuta qualificada para atender às necessidades do usuário que procura no serviço de urgência.

*Com relação ao acolhimento e a classificação de risco para o pronto atendimento, ele só vem a trazer coisas boas, porque assim a gente pode classificar realmente a questão da gravidade do paciente e a necessidade real do atendimento, e também em relação ao tempo por que hoje em dia a gente trabalha com protocolo de Manchester. Se utilizarmos o protocolo da forma correta, a gente consegue dar o atendimento devido para o paciente de acordo com a necessidade. (E6)*

*Para mim acolhimento e classificação de risco é fazer esse acolhimento do paciente que chega e classificar conforme a gravidade do caso para ele ter atendimento se necessário com prioridade no atendimento. (E7)*

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas, partindo do pressuposto da eficácia no atendimento. Com o auxílio de protocolos preestabelecidos, orienta o atendimento de acordo com o nível de complexidade, e não por ordem de chegada, exercendo, dessa maneira, uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2002). Nesse processo, todos os profissionais de saúde e instituições são responsáveis pela busca de uma relação acolhedora e humanizada, com os usuários que procuram o serviço (NASCIMENTO *et al.*, 2011a).

### ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS COMO FERRAMENTA PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A atuação do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco engloba o atendimento a todos os usuários que buscam o serviço de saúde. Esse profissional deve assumir uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas. Com o foco voltado ao usuário, deve-se realizar a interpretação de suas queixas, a análise dos riscos e encaminhá-lo ao setor ou serviço necessário. Ao prestar um trabalho comprometido com a resolutividade de seu problema, garante-se o sucesso do encaminhamento (RODRIGUES *et al.*, 2014).

*Eu acho que é uma ferramenta que cresce, claro que a gente tem algumas dificuldades, com alguns usuários mais resistentes quanto ao protocolo e sua classificação, mas acredito que tem mais a crescer do que qualquer outra coisa por que é baseado no protocolo que tu vai classificar aquele paciente, vai procurar um atendimento mais rápido, se tiver que levar para a sala vermelha vai ser levado com mais rapidez, tu tá te baseando claro nos sinais vitais e principalmente nas queixas e na clínica do paciente que ele está te apresentando naquele momento, então eu acredito que este protocolo traz uma maior resolutividade do que*

*qualquer outro malefício que talvez possa ter, que eu não vejo como malefício no protocolo. (E4)*

O trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco é de extrema importância. É fundamental que ele tenha um bom conhecimento clínico e saiba encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, o que diminui o risco de morte e aumenta a expectativa de vida (NASCIMENTO *et al.*, 2011b).

*A utilização do protocolo tem duas funções bem pontuais, a primeira é que todo o profissional que está trabalhando na classificação de risco tenha a mesma visão e utilize o mesmo instrumento, deixando assim o “achismo”. Então, a utilização de protocolos em pronto atendimento é um respaldo legal do profissional, uma segurança ofertada para toda a equipe. E o mais importante é que ele vem em benefício do usuário, fazendo que com ele seja escutado e classificado conforme protocolo, que é internacional, baseado em certificações, em estudos científicos, e não no que eventualmente seria o pensamento de algum profissional de forma isolada. (E3)*

*Então eu vejo esse protocolo como uma segurança, algo positivo na hora de prestar o atendimento ao usuário. Uma segurança para o funcionário, para o profissional enfermeiro que está fazendo aquela classificação de risco, para a equipe toda que está trabalhando e principalmente ao usuário. É um instrumento certificado que utilizado em vários países e que é seguro, a sua utilização dele. (E3)*

Dentro da classificação de risco, existe a análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos onde se concentram os problemas, o que promove uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. A utilização dessa ferramenta do fluxograma como balizador é de extrema relevância a fim de fidelizar a sua classificação.

*Eu trabalho com o fluxograma do lado, porque eu não sei todo ele e, às vezes, eu tenho dúvida e então ele está ali para eu consultá-lo e é bem claro. Quando eu tenho dúvida, por exemplo numa classificação, eu abro e vou ler para não classificar o usuário erradamente. Já tivemos uma capacitação que foi maravilhosa, que nos acrescentou muito, pois não sei tudo, mas já aprendi muito, e sigo utilizando o fluxograma do meu lado para não classificar errado o meu paciente. (E2)*

A utilização do fluxograma no acolhimento e na classificação facilita o atendimento no serviço de emergência, proporcionando uma resposta mais rápida aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção médica e de enfermagem imediata. Ao mesmo tempo que os usuários que mais necessitam de atendimento são passados à frente, o acolhimento e a classificação de risco proporcionam uma sensação de segurança nos funcionários do setor, pois sabem que as pessoas que estão do lado de fora e que já foram classificadas pelo enfermeiro realmente podem esperar pelo atendimento, pois há menos chances de que algum agravo aconteça durante sua permanência na sala de espera (NASCIMENTO *et al.*, 2011a).

*O protocolo também traz que a gente não exclui nenhum paciente, só que hoje a gente trabalha com a questão da referência e da contra referência, que é uma questão que vem crescendo bastante, que é uma parceria que estamos tendo junto com as Unidades Básicas de Saúde, podendo fazer com que esse paciente não fique desassistido. Mesmo que ele não seja um paciente para urgência e emergência, ele vai ser atendido na unidade básica da forma que deve ser atendido, como doença crônica e não como urgência e emergência. (E6)*

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação e que vem constituir o respaldo legal para as condutas tomadas pelo enfermeiro. A aplicação de protocolos proporciona o



melhor desempenho e segurança do enfermeiro na classificação qualificada do usuário. É um apoio na tomada de decisão e na avaliação dinâmica, tendo a experiência, a atitude e o conhecimento teórico e prático como habilidades imprescindíveis desse profissional (SHIROMA; PIRES, 2011).

*O protocolo nos dá também um respaldo legal, pois nos diz quando é que a gente pode passar um paciente na frente do outro, fora da ordem da chegada, levando em conta a situação crítica e a situação de risco que tenha o conduzido a buscar o serviço. (E9)*

*Hoje em dia mais do que nunca essa questão do respaldo legal, por que a gente trabalha com todos os tipos de pessoas e cada uma vê o seu caso como prioridade. Tendo um protocolo e falando a mesma linguagem, tendo uma linha de atendimento, como a colega falou a gente consegue ter esse respaldo legal, podendo dizer que o paciente “x” passa na frente do “y” pela gravidade do caso. (E6)*

O enfermeiro é o profissional preparado para exercer a função de sujeito no processo de classificação de risco, tendo para tal, o respaldo da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 423 de 11 de abril de 2012, que garante ao profissional enfermeiro, privativamente, atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde (COFEN, 2012).

## FACILIDADES E DIFICULDADES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ÓTICA DOS ENFERMEIROS

O conhecimento sobre o acolhimento e a classificação são primordiais para a atuação do enfermeiro na triagem/classificação de risco, pois evidenciam a avaliação do usuário e a tomada de decisão, possibilitando ao enfermeiro definir as prioridades do atendimento no serviço de urgência conforme a gravidade. Com isso, o enfermeiro controla o fluxo

de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência, cooperando para a diminuição da morbimortalidade (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Os entrevistados enfatizam a qualidade do trabalho prestado pelos profissionais com a utilização dos protocolos.

*Um fator facilitador, seria a qualidade entre os profissionais que estão fazendo a classificação, porque é baseado no protocolo, na clínica do paciente, na vivência. (E4)*

*Eu acredito que facilita, por exemplo, no caso de um usuário com Infarto Agudo do Miocárdio. O enfermeiro recebe esse paciente na classificação com queixas de dor e sinais e sintomas clínicos de infartado, digamos que se não houvesse a classificação de risco e se fosse por ordem de chegada, esse paciente poderia esperar muito tempo, iria piorar ou agravar a situação que o trouxe ao pronto atendimento, então acho que o conhecimento da gente associado ao protocolo facilita, e ajuda o usuário, pois se identifica mais rapidamente o que o trouxe ao pronto atendimento. (E2)*

Conforme a fala anterior, é importante ter conhecimento do protocolo de atendimento e fluxograma de classificação de risco, pois é com base nesses que são norteadas as condutas no atendimento do usuário na unidade, trazendo, assim, um respaldo legal para a conduta do enfermeiro.

*Os protocolos facilitam muito o serviço do enfermeiro, pois avalia-se o paciente conforme o risco e não conforme a gente quer ou a ordem de chegada seguimos um protocolo, uma linha de atendimento padrão, não é agente que escolhe quem vai passar na frente ou que vai ficar esperando, para nós, com o protocolo, é mais fácil. (E7)*

*E como facilidade é uma classificação padrão que todo mundo segue a mesma linha e também é uma questão de respaldo. (E6)*

O fluxograma é um instrumento rico, na qual direciona o enfermeiro a uma tomada de decisão rápida e pertinente, conforme segue a fala:

*Sobre a facilidade, depois que nós reconhecemos a queixa principal do paciente, que encaixamos ele no fluxo, é só seguirmos conforme protocolo, isso dá uma agilidade bem maior para o atendimento e oferece uma segurança bem maior para nós e para o paciente também. (E9)*

A falta de entendimento da população acerca do protocolo de acolhimento e classificação de risco no Serviço de Emergência é demonstrada a partir da cultura do usuário ao chegar e buscar uma fila, se estabelecer, e cobrar que o atendimento siga de acordo com a sua ordem de chegada. Com isso, os enfermeiros devem executar a comunicação para explicar o acolhimento e a classificação de risco para a comunidade (NASCIMENTO *et al.*, 2011b).

*A maior dificuldade é o paciente compreender por que ele é verde ou amarela, laranja ou vermelho. (E4)*

*A principal dificuldade é informação, é o conhecimento da população relacionado a classificação de risco. (E3)*

Além da dificuldade de compreensão por parte dos usuários, na ótica do enfermeiro, observa-se também o relato em relação ao tempo da classificação de risco, que preconiza de três a cinco minutos para cada classificação. Se fosse permitido por mais tempo, talvez o profissional pudesse fazer melhor o entendimento do usuário.

*A questão é tu conseguir fazer o paciente compreender a classificação, por que para muitos pacientes a gente está classificando na base do achismo, eles não têm esse conhecimento, que tem todo um protocolo e um estudo por trás disso. Nós também não temos tempo de ficar declarando tudo que o*

*protocolo, que a política nacional e que as portarias que regem a urgência e emergência preconizam. (E1)*

A classificação de risco é o primeiro ponto de contato do usuário com o serviço de urgência, é quando se realiza uma avaliação geral, que não deve exceder o tempo de cinco minutos. Essa avaliação envolve uma combinação dos problemas apresentados, da aparência geral do paciente e ainda das observações fisiológicas (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2016). Nas falas, também se observa que uma das dificuldades encontradas é o quadro reduzido de profissionais para atender à demanda do serviço, o que dificulta o processo e a contemplação do tempo preconizado na literatura para classificação.

*Na nossa realidade, acredito que muitas vezes o tempo de espera é maior que o protocolo preconiza, pela falta talvez de médicos, enfim, pois muitas vezes temos uma redução do quadro trabalhando. Então as vezes o usuário espera mais do que o tempo preconizado pelo protocolo. Eu penso que essa é uma dificuldade. (E2)*

O estresse e o desgaste emocional ocorrem devido às amplas exigências no serviço, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento dessas exigências. Esses recursos atribuem-se ao diálogo entre o trabalhador e o ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, situações organizacionais e atribuições do trabalhador que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a sua satisfação (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

*Com certeza, o excesso de trabalho e, às vezes, as faltas de alguns profissionais faz com que o atendimento seja demorado, complicado e estressante, mas a falta de organização e de responsabilidade de alguns profissionais faz com que a situação piore ainda mais. (E3)*

Além da escassez de recursos humanos, como observado nas falas que antecedem, uma das principais dificuldades pode surgir pela insegurança, falta de prática e destreza ao assumir cuidados e executar procedimentos com os pacientes. Além disso, a dificuldade com a administração hospitalar e liderança que são atribuições necessárias as práticas profissionais, bem como a falta de experiência no início da vida profissional do enfermeiro, também dificultam esse processo (SOUZA; PAIANO, 2011).

*Uma dificuldade que eu vejo na classificação de risco é que muitas vezes o profissional que está utilizando o instrumento e que está na linha de frente não sabe utilizar de forma correta. Eu acho que informação é o grande problema da classificação de risco, a falta dela para o usuário. (E3)*

O desconhecimento do funcionamento do serviço e o fato de os usuários realizarem atendimentos e acompanhamentos que não são destinados à urgência e emergência e não entenderem o encaminhamento para outros serviços de menores complexidades tornam-se outra dificuldade para os enfermeiros.

*A dificuldade maior é o paciente entender que ele veio aqui e que seu caso não é para urgência e emergência, e explicar que seu caso é uma doença crônica, que ele tem que seguir um acompanhamento na unidade básica de saúde, onde realizará exames e serão prescritos medicamentos. Para ele o seu caso sempre será uma prioridade, uma urgência ou emergência e, por essa razão, eles não entendem e querem ficar e fazer um tratamento aqui na UPA. (E8)*

Dessa forma, o uso constante dos serviços de urgência está relacionado extremamente a fatores socioeconômicos e doenças crônicas, demonstrando a relevância na execução da assistência na rede de atenção à saúde a essas pessoas, que precisam de ações continuadas para a prevenção de agravos e de pronto atendimento nas condições agudas (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

*Eu também concordo que a maior dificuldade é o entendimento da população do que é a UPA e o que é protocolo de classificação de risco. (E7)*

*A maior dificuldade que eu passei foi em relação à equipe médica, a questão da verificação de certos sinais vitais que não estão necessariamente descritos como descritores no processo de classificação de risco. Passa-se o paciente para o médico e o médico quer que o paciente volte para sala de triagem e isso acaba também trancando um pouco o sistema. Embora todos os enfermeiros sejam qualificados para a triagem e classificação, nem todos os médicos conhecem a fundo o sistema e isso acaba trancando, é uma dificuldade que temos por aqui. (E9)*

Assim, gera-se o enorme fluxo de usuários buscando atendimentos. Com a instalação dos instrumentos de acolhimento e classificação de risco, é preciso destinar corretamente essa clientela, que aumenta cada vez mais. Outra questão bastante relevante é a escassez de recursos na atenção básica, o que conduz as pessoas a perceberem o serviço de emergência como o local disponível para atender integralmente as suas necessidades (NASCIMENTO *et al.*, 2011a). Para tanto, o entendimento dos protocolos deve ser significativo por toda a equipe, facilitando o fluxo no atendimento e a ordem em relação à gravidade.

*Estamos em uma estação do ano que as pessoas, com uma maior frequência, ficam resfriadas, e as queixas principais são: febre, dor no corpo, tosse e as vezes a gente tem que classificar esse paciente como 33 - mal-estar em adulto. Então isso é muito amplo para classificar esse paciente. Às vezes, precisa de uma classificação mais focada em uma febre, dor no corpo, dor nos membros, acho que uma coisa que teria que ter é membros superiores ou membros inferiores, uma questão de parte circulatória que, às vezes, faz falta e nós que trabalhamos todos os dias com isso, percebemos que existem*

*falhas no fluxograma, que realmente precisa passar por uma readequação, pois ele funciona, mas apresenta essa limitação na classificação dos pacientes. (E6)*

Apesar das dificuldades, ainda assim todos são claros em responder que, sem a utilização dos protocolos para a classificação de risco, de certa forma, as unidades de urgência e emergência não teriam bom andamento e qualidade do serviço.

*Eu não consigo imaginar a UPA sem classificação de risco, eu conheci ela assim, então como seria sem, não consigo imaginar. (E2)*

*Na urgência e emergência sim, caso contrário seria unidade básica de saúde, pois tem que fazer a ficha para ver o estado paciente e classificar conforme necessidade. (E4)*

*Eu acredito que até poderia ter um andamento e uma qualidade no atendimento, porém dificultaria, dependeria da visão e da experiência do profissional sobre o paciente. (E1)*

Com base nas falas anteriores, a ausência da classificação de risco em um pronto atendimento não traria resultados positivos para um seguimento ético, pontual e legal de atenção ao usuário.

*Existe um protocolo e um respaldo legal, por que tem algo que é científico, então eu não vejo hoje um pronto atendimento sem ter um profissional enfermeiro classificando e fazendo classificação de risco, eu acho que é um desrespeito a população. Seria como colocar todo um trabalho fora, expor profissionais, expor a equipe que está trabalhando, e principalmente expor o usuário em risco. Hoje em dia já não é mais aceitável trabalhar assim sem um protocolo de classificação de risco em pronto atendimento. (E3)*

Apesar das dificuldades sobressaírem em relação as facilidades, a utilização do protocolo dentro de uma unidade de urgência e emergência, constitui-se essencial para o bom funcionamento e organização do serviço. A partir da utilização dos protocolos para a classificação de risco, se observa a garantia do atendimento ao usuário por prioridades/gravidade, da mesma forma que ampara legalmente, o profissional que o utiliza.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir desta pesquisa, foi possível compreender a percepção de enfermeiros frente a utilização da classificação de risco. Os profissionais souberam construir e elaborar definições para acolhimento e classificação de risco, associando ambas as ações para fidelizar e garantir a classificação de risco proposta. Da mesma forma, foi ressaltada a utilização dessa ferramenta como forma de respaldar legalmente o profissional, pois, se utilizada de forma correta, reduz as chances do erro na ordenação por prioridade ao usuário.

Foram ressaltados como pontos facilitadores uma classificação “padronizada”, ou seja, todos os profissionais com mesmo entendimento e mesma atuação no momento de classificação de risco, caracterizando uma única linguagem dentro das unidades de urgência/emergência. Contudo houve destaque em relação às dificuldades apontadas pelos profissionais quanto à falta de entendimento ou conhecimento do usuário relacionado à classificação, deixando novos questionamentos em relação ao estudo, pois, apesar de ser uma ferramenta útil, de rápida utilização e otimização do serviço, o papel do enfermeiro enquanto classificador não exime o de educador.

Assim, observa-se que o enfermeiro necessita desenvolver sua prática também em atividades educativas junto ao paciente, à família, à equipe e à sociedade. Cabe a esse profissional informar o indivíduo em relação a sua classificação, empoderando e tornando este um disseminador para a sua comunidade em relação à classificação de risco utilizada nas unidades de urgência e emergência.



Como fragilidades do estudo, destaca-se a não participação da equipe multiprofissional nos grupos focais, uma vez que não era a proposta do estudo, contudo foi destacada em algumas falas a falta de integração/entendimento/respeito pela classificação de risco, realizada pelo enfermeiro, por parte dos outros profissionais.

Este estudo contribuiu para difundir a importância do papel do enfermeiro enquanto classificador em unidades de urgência e emergência, bem como a necessidade de capacitação das equipes que atuam nessas unidades, para uma melhor integração/entendimento da equipe, ressaltando o papel do enfermeiro enquanto educador.

Assim, a partir deste estudo, espera-se que mais profissionais da saúde, em especial enfermeiros, empoderem-se do conhecimento de seu papel enquanto classificadores dentro das unidades de urgência e emergência, da utilização de protocolos de classificação de risco como ferramenta de organização do serviço e respaldo legal para sua práxis, a fim de qualificar os serviços, educar usuários e outros profissionais e minimizar o risco de erros nos atendimentos de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines on the implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Department**. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2JTiH7Z>. Acesso em: 17 ago. 2016.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. PNH. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 423/2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. 2012.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery: revista de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011.

DAMASCENO, F. P. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. **Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 45-58, 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2wAOYYG>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 2010.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 597-603, 2011.

OLIVEIRA, E. B.; SOUZA, N. V. M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p. 457-462, 2012.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

QURESHI, N. A. Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 16, n. 6, p. 690-698, 2010.

RODRIGUES, A. P. B. *et al.* Nursing Staff'S Conceptions of User Embracement With Risk Classification. **Journal Nursing UPFE**, v. 8, n. 8, p. 2626-2632, 2014.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SOUZA, F. A.; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 267-273, 2011.

# **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELA METODOLOGIA DE SIMULAÇÃO**

Amanda Schneider Weissheimer

Camila Biazus Dalcin

Leonardo Londero Orsolin

Giovane Souza da Silva

Dirce Stein Backes

## **RESUMO**

Objetivou-se analisar a percepção de profissionais de enfermagem de uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência sobre o processo de Educação Permanente em Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, efetivado entre abril e outubro de 2016, com 18 profissionais de enfermagem que atuam em uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência da região central do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais antes e após processo de Educação Permanente, por meio da metodologia de simulação. Os dados, analisados pela técnica de análise temática, demonstraram que a metodologia de simulação contribuiu para ampliar, aproximar e possibilitar um novo significado à aprendizagem no serviço. Concluiu-se que a simulação, enquanto metodologia ativa de aprendizagem, constitui-se em estratégia proativa na prática, pela possibilidade de transcender as práticas pontuais e verticalizadas pela ampliação dos processos interativos e participativos.

**Palavras-chave:** Pesquisa em enfermagem. Educação permanente em saúde. Simulação. Emergências.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizado pela Constituição Brasileira de 1988, vem passando por crescentes transformações nos diversos setores. Com base na institucionalização do SUS, amplia-se a concepção de saúde a fim de alcançar a integralidade e a inclusão dos trabalhadores e usuários nos processos decisórios, sobretudo no controle social (BRASIL, 2005; FIGUEIREDO, 2012).

No sentido de transcender o modelo intervencionista e mecanicista, foi instituída, no ano de 2004, a Portaria n. 198, revogada em 2007, sob a Portaria n. 1.996, que delineou as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para a qualificação dos serviços de saúde, tanto públicos como privados. Essa política emergiu no cenário nacional como indutora do (re)pensar as metodologias e práticas em saúde (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente é considerada estratégia de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho. Parte dos problemas enfrentados na realidade leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2004).

Os processos de Educação Permanente em saúde têm, portanto, como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009). A Educação Permanente pressupõe o ensino problematizado, o qual se caracteriza em aprender com as experiências vividas no cotidiano dos profissionais envolvidos. Visa à continuidade do aprendizado em busca de qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

No âmbito da Rede de Atenção às Urgências (PNAU), a Educação Permanente busca promover e qualificar os trabalhadores de saúde no sentido de atender às necessidades do trabalho e da Atenção Integral às Urgências e Emergências (BRASIL, 2006). Evidências demonstram que o processo de Educação Permanente em Saúde tem resultado em benefícios, tanto teóricos como práticos, pois resulta na melhoria do desempenho do

peçoal, de modo a contribuir para o desenvolvimento de novas competências, fortalecendo conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica tradicional das organizações não oferece suficientemente ou por outros meios (BRASIL, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ao se falar em Educação Permanente, é importante que se considere, também, novas metodologias de intervenção. Nesse processo, destaca-se a metodologia de simulação em saúde, que se constitui em uma ferramenta de intervenção que possibilita expor aos profissionais da área da saúde condições clínicas para o treinamento de suas habilidades. Como consequência, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto clínico real, a situação pode ser gerenciada facilmente e com êxito (JEFFRIES; MCNEILIS; WHEELER, 2008).

A simulação é uma metodologia de ensino que permite às pessoas experienciarem a representação de um evento real, com o propósito de praticar, aprender e avaliar as situações. Como ferramenta de ensino, a simulação é fundamentada em metodologias ativas, isto é, em metodologias de aprendizagem baseadas em problemas (PAZIN, 2007). A Metodologia Ativa é uma concepção educativa que estimula o processo de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, nos quais o educando/trabalhador participa e se compromete com seu aprendizado, maximizando suas potencialidades e iniciativas. A simulação favorece, portanto, não somente o desenvolvimento de competências correspondentes a processos clínicos da prática profissional, mas também dos aspectos técnicos e se estende ao desenvolvimento de análise, síntese e tomada de decisão (AFANADOR, 2010; DIAZ-BORDENAVE; PEREIRA, 2007; OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014; PRION, 2008; SOBRAL; CAMPOS; CLAUDINEI, 2012).

Tendo em vista a importância da Educação Permanente para a qualificação do cuidado de enfermagem e saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, tem-se como questão de pesquisa: Qual a percepção de profissionais de enfermagem de uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência sobre o processo de Educação Permanente em Saúde, realizado por meio da Metodologia de Simulação?

Com base no exposto, no presente estudo, teve-se por objetivo analisar a percepção de profissionais de enfermagem de uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência sobre o processo de Educação Permanente em Saúde realizado por meio da Metodologia de Simulação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter qualitativo. O estudo foi realizado entre abril e outubro de 2016, com 18 profissionais de enfermagem de uma Unidade Móvel de Urgência e Emergência da região central do Rio Grande do Sul. A Unidade em questão dispõe de atendimento médico pré-hospitalar de urgência e uma equipe multiprofissional com os seguintes integrantes: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, socorrista e motorista. O serviço funciona 24 horas, sete dias por semana, e atende grande parte das urgências e emergências em sua área de abrangência. Além disso, oferece atendimento pré-hospitalar, transporte inter-hospitalar, áreas protegidas, remoções intermunicipais e cobertura de eventos.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista individual com todos os integrantes da equipe de enfermagem a fim de conhecer a percepção, a metodologia e a temática a ser trabalhada, com base nos seguintes questionamentos iniciais: O que você entende por Educação Permanente em Saúde? Qual a importância desta para a sua área de atuação? Que temática você gostaria que fosse discutida na área de Urgência e Emergência?

A partir da análise das informações iniciais, realizou-se o processo de Educação Permanente de forma sistemática e participativa, em dias e horários previamente agendados com o responsável pelo serviço. Optou-se, para tanto, pela temática de Suporte Básico de Vida e, como metodologia de intervenção, a simulação. Os simulados, portanto, foram realizados em diferentes turnos de trabalho da equipe de enfermagem, por meio da simulação da Parada Cardiorrespiratória. Cada encontro teve a

duração, em média, de sessenta minutos. Na sequência, foram criados pequenos grupos de discussão para que cada profissional visualizasse a sua atuação simulada em vídeo e, a partir deste, realizasse a autoanálise crítica sobre o seu desempenho profissional.

Ao término da autoanálise crítica dos vídeos, os 18 participantes tiveram a possibilidade de refazerem a sua prática com base nas sugestões e discussões coletivas, realizadas em dias e horários previamente agendados. Na sequência, realizou-se nova entrevista individual com os mesmos profissionais com base nas seguintes questões norteadoras: O que você entende agora por Educação Permanente? Quais aspectos mais lhe chamaram atenção nos simulados? Como você avalia a metodologia adotada?

Participaram do estudo 18 profissionais dos 23 que integram a equipe de enfermagem. Foram excluídos cinco profissionais, que se encontravam em férias, folgas ou atestado médico. Salienta-se que todas as entrevistas foram gravadas e, na sequência, transcritas para análise de conteúdo temática. Essa técnica de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico (BARDIN, 2011).

Para cumprir os critérios éticos, foram atendidas as recomendações da Resolução CNS nº 466/2012, a qual prescreve a ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013), e o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa e aprovado sob o número 308.493/2013. Os participantes do estudo foram identificados pela letra “P”, de Profissional, seguida de um numeral, levando em conta a ordem dos discursos (P1, P2, P3 ... P18).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados, organizados e analisados com base na análise de conteúdo temática, resultaram em duas categorias temáticas, quais sejam: Educação Permanente: atividade pontual e impositiva; Da prática tradicional à construção compartilhada.



## EDUCAÇÃO PERMANENTE: ATIVIDADE PONTUAL E IMPOSITIVA

Ao se realizar as entrevistas iniciais, isto é, antes do processo de Educação Permanente, ficou evidente na fala dos participantes que esta se limita às palestras, reuniões convocatórias e/ou aos treinamentos impositivos, nos quais os profissionais se apresentam como meros ouvintes.

*Educação Permanente para mim é quando vem alguém dar palestra, mostrar novos assuntos, ensinar coisas. (P2)*

*Educação Permanente são palestras, eu considero importante no serviço, mas, às vezes, por trabalhar em mais de um lugar, se torna cansativo ouvir palestras. (P9)*

Os depoimentos evidenciam que a Educação Permanente se reduz, frequentemente, ao cumprimento de ordens e rotinas do serviço, necessárias para garantir as normas institucionais. Nessa lógica, grande parte dos profissionais participa, geralmente, nos horários de trabalho, para atender às exigências advindas de seus coordenadores e/ou superiores, denotando o cumprimento apenas de ordens impositivas.

*É, a Educação Permanente para mim é a mesma coisa que a Continuada. É aquela que cumprimos uma vez por mês, com temas aleatórios, e todos precisam participar. (P12)*

*Eu acho importante a Educação Permanente, mas, às vezes, se torna cansativo e repetitivo, dependendo do tema. Às vezes, são assuntos que não fazem parte do nosso dia a dia, que temos que ir apenas porque todos os profissionais do serviço devem ir. (P5)*

Os resultados evidenciados neste estudo estão de acordo com pesquisas anteriormente realizadas, na medida em que os autores mencionam

que a Educação Permanente, por muito tempo, foi confundida com a Educação Continuada, com abordagens tradicionais hegemônicas, para fins de regramento e cumprimento de normas institucionais.

O modelo de educação tradicional era praticado de forma fragmentada, voltado apenas à atualização técnico-científica, isto é, utilizava-se de uma pedagogia tradicional que favorecia a transmissão e a memorização de conhecimentos em vez de mudanças significativas nas práticas (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). De acordo com publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), Educação Permanente em Saúde é comumente confundida com Educação Continuada, como mostram algumas falas citadas anteriormente.

Nas falas, os profissionais relacionam as duas com os mesmos objetivos: o aprender no serviço e atualizar-se, porém deve-se levar em consideração a metodologia que cada uma utiliza, como também as estratégias e técnicas de ensino (PASCHOAL, 2004; PEDUZZI *et al.*, 2009).

A transmissão de conhecimentos também é percebida nas falas. No campo da educação, a postura dos educadores, muitas vezes, é voltada à transmissão de conteúdos, na qual é enaltecido o expositor. Atualmente, no entanto, tem-se dado ênfase às reflexões sobre a insuficiência dos modelos educativos tradicionais frente aos paradigmas educacionais emergentes, questionando posturas dos educadores no contexto da sociedade atual, como também a metodologia a ser adotada (LUNARDI; BORBA, 1998; MASETTO, 2003; MENDES; OLIVEIRA; SANTOS, 2001).

## DA PRÁTICA TRADICIONAL À CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA

Com a sistematização da Educação Permanente em saúde por meio da metodologia de simulação, os participantes do estudo demonstraram maior adesão, bem como maior interesse e envolvimento com as atividades de intervenção propostas.

*Assim, com a simulação, é muito melhor de ver e rever os erros, às vezes em aulas não conseguimos unir tudo com a*

*prática. Além disso, é uma maneira que nos prende, não é cansativo. (P4)*

*Às vezes, como trabalho faz bastante tempo nesta área, eu penso que não precisamos rever este tema, mas, ao ver os vídeos do simulado, percebi que podemos melhorar muito, em coisas que nem percebemos. (P10)*

A metodologia de simulação contribuiu na avaliação dos profissionais para uma melhor autoanálise crítica e percepção da realidade, ou seja, os profissionais conseguiram se perceber como sujeitos ativos neste processo. E, ao se sentirem parte desta dinâmica, conseguiram atribuir significados e reconhecer a importância da Educação Permanente para o seu “fazer na prática”.

*Os simulados são ótimos, aproximam da nossa realidade e são dinâmicos, podemos participar do processo. Não ficamos apenas escutando o tema, colocamos em prática. (P7)*

*Eu acho que deveria ter sempre Educação Permanente assim, porque, às vezes, ficamos tempo sem praticar e pegar casos assim e acabamos esquecendo. Também é bom porque como tem bastante atualizações nos protocolos, precisamos sempre estar nos capacitando. (P11)*

*Como a nossa profissão une a teoria com a prática sempre, o simulado é a melhor maneira de ter a Educação Permanente. (P2)*

Na fala dos profissionais, ficou evidente que as práticas tradicionais precisam dar espaço à construção compartilhada do conhecimento teórico-prático. Eles sinalizaram em vários momentos que, ao participarem ativamente do processo de Educação Permanente, sentiram-se autores e corresponsáveis. Logo, a metodologia de simulação se constitui em estratégia agregadora e transformadora das práticas

de saúde. A metodologia de simulação, nessa perspectiva, constitui-se uma ferramenta ativa e participativa, capaz de fomentar a inovação e a transformação dos cenários de prática.

Nesse contexto, pensar o processo de ensino-aprendizagem a partir da construção de saberes em que o profissional é o condutor/facilitador e participa efetivamente, implica substituir os processos de memorização de informações e de transferência fragmentada do saber de forma vertical, por uma prática que reúna saberes por meio de uma postura ativa. Nesse sentido, valoriza-se a adoção de métodos que estimulam a participação efetiva do profissional, as metodologias ativas, em todas as etapas do processo, entre as quais está o método da simulação (COSTA *et al.*, 2013).

O serviço de Urgência e Emergência necessita de tomada de decisão, agilidade e conhecimento. Evidências demonstram que a simulação favorece não somente o desenvolvimento de competências correspondentes a processos clínicos da prática profissional, mas transcende os aspectos técnicos e pontuais e se estende ao desenvolvimento de uma postura crítica do profissional, análise, síntese e tomada de decisão (AFANADOR, 2010; OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A simulação, como metodologia ativa de aprendizagem, constitui-se em estratégia proativa no trabalho pela possibilidade de transcender as práticas pontuais e impositivas e adotar a ampliação dos processos interativos e participativos. A Educação Permanente é, portanto, fundamental nos serviços de Urgência e Emergência, tanto em nível individual como coletivo, pois busca a qualificação na prática. Ao escolher a metodologia de simulação, optou-se por um método interativo e participativo de construção do conhecimento que permitisse a autoanálise crítica do profissional, como também a aproximação da teoria à prática. A metodologia de simulação contribuiu, em suma, para o (re)pensar das práticas hegemônicas e o desenvolvimento de habilidades profissionais de caráter crítico-reflexivas.

Destaca-se como principal limitação deste estudo a dificuldade de reunir os profissionais para a realização do processo de Educação Permanente, levando em consideração o grande número de atendimentos e também pelo fato de os profissionais, em sua maioria, trabalharem em mais de um local, impossibilitando encontros fora do turno do trabalho. Sugere-se, para tanto, que outros estudos sejam realizados utilizando esta metodologia de intervenção, o que poderá proporcionar a abordagem de outros temas e em outros setores de trabalho, levando em consideração a importância da Educação Permanente nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

AFANADOR, A. A. Simulación clínica: aproximación pedagógica de la simulación clínica. **Universitas Médica Bogotá**, v. 51, n. 2, p. 204-211, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política da Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** polos de educação permanente, conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, J. G. F. *et al.* Práticas contemporâneas do ensino em saúde: reflexões sobre a implantação de um centro de simulação em uma universidade privada. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 85-90, 2013.

DIAZ-BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde:** apoio Paideia e formação. 2012. 341 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

JEFFRIES, P. R.; MCNEILIS, A. M.; WHEELER, C. A. Simulation as a vehicle for enhancing collaborative practice models. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 20, p. 471-480, 2008.

LUNARDI, V. L.; BORBA, M. R. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. *In: SAUPE, R. (org.). Educação em enfermagem.* Florianópolis: UFSC, 1998. p. 163-186.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da Enfermagem e da Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,

v. 5, n. 57, p. 605-610, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2QLrE40>. Acesso em: 13 out. 2015.

MASETTO, M. T. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MENDES, N.; OLIVEIRA, R. C. L. F.; SANTOS, G. H. DOMUS 1.0: A Brazilian PC Program for building simulation. *In*: INTERNATIONAL IBPSA CONFERENCE (BUILDING SIMULATION), 7, 2001, Rio de Janeiro. **Anais** [...] Rio de Janeiro: IBPSA, 2001. p. 83-89.

OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, p. 2, p. 487-495, 2014.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PAZIN, F. A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Revista Medicina**, v. 40, n. 2, p. 162-166, 2007.

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PRION, S. A practical framework for evaluating the impact of clinical simulation experiences in prelicensure nursing education. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 4, p. 69-78, 2008.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

# **PRIMEIROS SOCORROS EM RECÉM-NASCIDOS NA PERSPECTIVA DE INTEGRANTES DO GRUPO GESTAR**

Raquel Machado  
Amanda Schneider Weissheimer  
Lenise Dutra da Silva  
Larissa Spies  
Dirce Stein Backes

## **RESUMO**

Neste trabalho, buscou-se conhecer o entendimento sobre primeiros socorros em crianças na perspectiva de integrantes do grupo de estudos GESTAR, antes e após o processo de capacitação. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter investigativo e interventivo, realizado com 21 integrantes do grupo GESTAR, dos quais participam estudantes da área da saúde, residentes em Enfermagem Obstétrica, mestrandos em Saúde Materno-Infantil e docentes. Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2016, por meio de um questionário pré e pós-intervenção, a partir de atividades práticas sobre primeiros socorros em crianças. O conhecimento superficial e evasivo dos integrantes do grupo GESTAR sobre primeiros socorros mostrou a necessidade e a importância da capacitação em grupos de interesse e/ou em espaços estratégicos de construção participativa do conhecimento. Os resultados alcançados demonstram, em síntese, que conhecer as necessidades em saúde é imprescindível, pois é preciso intervir de modo ativo e participativo, no sentido de ampliar as discussões e encontrar alternativas de transformação das práticas de cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Primeiros socorros. Crianças. Parada cardíaca. Pesquisa em enfermagem.



## INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros se caracterizam pelo atendimento imediato e temporário dispensados a uma pessoa que se encontra em situação de urgência e emergência. O principal objetivo dos primeiros socorros é salvar vidas, visando proteger a vítima contra maiores danos. É importante, para tanto, o conhecimento prévio sobre como agir corretamente nessas situações (PEREIRA *et al.*, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Os esforços iniciais para garantir os primeiros socorros surgiram no ano de 1099, período em que as organizações médicas realizaram diversos experimentos para estabelecer procedimentos adequados que poderiam ser realizados para amparar a vítima em determinadas circunstâncias (LOPES; FERNANDES, 1999).

O serviço de urgência e emergência pode ser realizado no domicílio das pessoas quando não se tem acesso a uma equipe de resgate e/ou pelos profissionais do atual Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU foi criado, no Brasil, no ano 2003, inspirado no modelo francês de Atendimento Pré-Hospitalar (APH). O serviço tem como principal finalidade prestar atendimento de urgência e emergência a todos os indivíduos em qualquer lugar, seja em domicílios, seja em ruas (GIARETTA *et al.*, 2012).

No SAMU, o profissional enfermeiro participa ativamente da equipe de APH e assume, em cooperação com a equipe, a responsabilidade pela assistência direta às vítimas. Esse profissional atua onde há restrição de espaço físico e em diferentes ambientes, pois, muitas vezes, são necessárias decisões imediatas que exigem conhecimento teórico-prático e rápida avaliação (BUENO; BERNARDES, 2010).

Reconhece-se que o Brasil já apresenta importantes indicadores de redução da morbimortalidade tanto adulta como infantil, resultado de um esforço conjunto dos profissionais comprometidos com programas de capacitação em serviços de saúde, escolas e demais espaços sociais. A pessoa capacitada pode oferecer atendimento às vítimas quando necessário. Com isso, os primeiros socorros no Sistema Único de Saúde (SUS) visam primordialmente à prevenção, à proteção e à

atuação imediata em situações de urgência e emergência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerando o número de acidentes que envolvem crianças e a importância de as gestantes/mães estarem capacitadas para prestarem os primeiros socorros em casos de urgência e emergência, no presente estudo, tem-se como questão pesquisa: Qual o entendimento dos integrantes dos grupos de gestantes GESTAR sobre primeiros socorros em crianças?

A realização deste estudo se justifica pela necessidade de ampliar as discussões sobre primeiros socorros entre gestantes e mães, bem como com os acadêmicos, residentes e mestrandos inseridos na área da Saúde Materno-Infantil, considerando as possíveis intercorrências, na infância, de engasgamentos, queimaduras, convulsões, quedas, entre outras situações de urgência e emergência.

A atuação do enfermeiro na área de primeiros socorros em crianças é essencial para a avaliação rápida da situação e, conseqüentemente, a realização de intervenções imediatas. Destaca-se, também, a relevância da participação das gestantes com a família em grupos que favorecem orientações sobre os cuidados necessários com crianças, sendo uma maneira de prevenir acidentes e de promover a saúde da população.

De acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde, as principais causas de acidentes entre crianças (de 0 a 14 anos), no Brasil, estão relacionadas a quedas (48% - 59.541 crianças), queimaduras (16% - 20.187 crianças) e acidentes de trânsito (12% - 14.720). As quedas entre crianças são, portanto, os acidentes mais comuns em casa, na rua, nos parques e na escola. Considerando que as crianças permanecem na escola pelo menos um terço do seu dia, este é um ambiente muito favorável à ocorrência de acidentes. Logo, é importante que as mães e os professores adotem uma cultura de segurança com prevenção. No entanto, mesmo com todas as medidas preventivas, os acidentes ocorrem e é importante agir imediata e corretamente para minimizar os danos (BRASIL, 2012).

Com base no exposto, no presente estudo, teve-se por objetivo conhecer o entendimento sobre primeiros socorros em crianças na

perspectiva de integrantes do grupo de estudos GESTAR, antes e após o processo de capacitação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter investigativo e interventivo, realizada com integrantes do grupo GESTAR, que se caracteriza como um grupo de estudos e pesquisa sobre gestação e parto, com a sistematização de encontros. Esses encontros têm como foco a discussão das boas práticas em saúde materno-infantil, têm a duração de cerca de duas horas e são realizados quinzenalmente. Além disso, são dinamizados por profissionais competentes no que se refere ao tema de discussão proposto para o dia.

Para este estudo, foram desenvolvidas intervenções sobre primeiros socorros com crianças, a partir de discussões e encontros sistematizados com os integrantes do grupo GESTAR, por meio de três etapas assim constituídas: 1ª etapa - questionário estruturado (pré-teste), 2ª etapa - intervenção sobre primeiros socorros e 3ª etapa - questionário estruturado (pós-teste).

Participaram do estudo 21 indivíduos, dos quais 12 estudantes da área da saúde, quatro residentes da enfermagem obstétrica, quatro mestrandos do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil e um professor. Os encontros foram realizados quinzenalmente, em uma Instituição de Ensino Superior, localizada na Região Central do estado do Rio Grande do Sul, a partir do grupo de gestantes GESTAR, criado no início do ano de 2016, com o objetivo de discutir temáticas relacionadas à saúde materna e infantil. Os dados do estudo foram coletados de outubro a dezembro de 2016.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de questionário estruturado, pré-teste e pós-teste, bem como pela intervenção sobre primeiros socorros. Após, foram organizados e analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A fim de respeitar os aspectos éticos da pesquisa, considerou-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, a qual prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). Para o desenvolvimento

desta pesquisa, o projeto foi aprovado sob o nº 1.432.420 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional por meio de um termo de confidencialidade. As falas dos entrevistados foram identificadas com a letra (P) que significa participante do grupo, seguida de um numeral.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados foram organizados em duas categorias temáticas, quais sejam: Entendimento de integrantes do grupo GESTAR: pré-capacitação e Entendimento de integrantes do grupo GESTAR: pós-capacitação.

### ENTENDIMENTO DE INTEGRANTES DO GRUPO GESTAR: PRÉ-CAPACITAÇÃO

Evidenciou-se, com base nos dados alcançados por meio do questionário pré-capacitação, que grande parte dos participantes tem compreensão, mesmo que superficial, sobre o Suporte Básico de Vida (SBV). Reconhecem que o suporte básico se constitui em ação importante para salvar a vida das pessoas que se encontram em situações de risco. Ainda relatam que o suporte básico é realizado prioritariamente por profissionais da saúde e que estes precisam estar preparados para atuar diante de tais situações de risco.

*O suporte básico de vida significa os primeiros cuidados a uma pessoa em urgência e emergência. Esta é uma função do profissional de saúde. (P1)*

De acordo com as diretrizes que amparam o Suporte Básico de Vida (BLS - *Basic Life Support*), é essencial o conhecimento ampliado dos profissionais de saúde diante dos primeiros socorros, pois tais ações visam à sobrevivência tanto de crianças como de adultos que se encontram em risco de morte no ambiente extra-hospitalar ou intra-hospitalar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010). Toda e qualquer pessoa que esteja habilitada ou

treinada pode prover SBV, sendo profissionais de saúde ou indivíduos leigos que tenham treinamento, como bombeiros, policiais, cuidadores domiciliares/familiares, seguranças e outros (PESSOA *et al.*, 2016).

As principais causas de intercorrências que necessitam de atendimento imediato de primeiros socorros, como as paradas cardiorrespiratórias, estão relacionadas a doenças cardíacas. Quando tal acontecimento ocorre em crianças, os pais, na maioria das vezes, não têm conhecimento sobre a melhor atitude a ser tomada. Tal conhecimento torna-se limitado devido ao fato de que essas pessoas não têm uma capacitação prévia sobre a temática.

*Não sei o que fazer se meu filho parar de respirar, vou ficar desesperada na hora, mas vou chamar ajuda do SAMU. (P11)*

Embora reconhecendo a sua importância, os integrantes do grupo GESTAR sentem-se despreparados para intervir em determinadas situações de urgência, sobretudo quando envolvem crianças com vínculo familiar.

A Atenção Primária em Saúde, que tem a principal função de promover ações em saúde e prevenção de doenças, assume importante papel na educação em saúde, em conjunto com toda população que procura as Estratégias Saúde da Família e ou Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011). Nesse contexto, destaca-se a importância de ações em primeiros socorros com os usuários em articulação com as instituições de ensino superior e as equipes que atuam na atenção primária.

As instituições de formação dos futuros profissionais de saúde precisam reorganizar a sua proposta curricular no sentido de também contemplar temáticas voltadas aos primeiros socorros. A seguir, constam algumas falas dos participantes sobre esse aspecto.

*Sou enfermeira e não me sinto preparada para atuar frente a uma situação de PCR (parada cardiorrespiratória), falta muito para eu me sentir segura diante de uma vítima em PCR, tenho que buscar o aprendizado para poder prestar o*

*mínimo de cuidado enquanto o suporte especializado não chegar. (P5)*

*Sei que esse assunto é muito importante, pena que, na faculdade, falta muito aprendizado sobre essa temática, deveria existir uma cadeira de primeiros socorros em todos os semestres, começando bem do básico até o avançado, a sociedade ganharia com isso. (P8)*

Evidenciou-se a insegurança do profissional diante da parada cardiorrespiratória, assim como a tomada de decisão imprecisa a fim de salvar a vida da vítima até a atuação do serviço de urgência móvel assumir a situação. Em contrapartida, torna-se evidente o reconhecimento da importância da busca contínua do conhecimento diante dos primeiros socorros em múltiplos fatos, seja na parada, nas convulsões e/ou nos engasgamentos. O profissional em saúde, o estudante e o responsável pelos cuidados da criança precisam ter conhecimento sobre a atitude a ser realizada frente a tais situações, pois são ações imediatas que devem ser adotadas para manter a vida da vítima.

Segundo a American Heart Association, cerca de 88% das paradas cardiorrespiratórias ocorrem fora do ambiente hospitalar, acontecendo em domicílios, escolas ou lugares públicos. Infelizmente, menos de 8% dessas vítimas irão sobreviver, isso porque a maioria das pessoas que presencia a situação não tem compreensão sobre a realização da ressuscitação cardiopulmonar de maneira correta conforme protocolos (SILVA *et al.*, 2017).

Embora reconhecendo que a capacitação em primeiros socorros deve ser para os grupos, em geral, os participantes percebem que as intervenções em crianças são específicas.

*A cadeia de sobrevivência em crianças deve ser mais específica e delicada, pois a criança é frágil e pode ser mais facilmente atingida, já nos adultos pode ser mais abrangente pelo fato de terem o corpo mais desenvolvido. (P4)*

A sobrevivência de crianças atendida extra-hospitalar com parada cardíaca é considerada baixa quando comparada a intervenções intra-hospitalares. No entanto, salienta-se que a parada cardíaca súbita em crianças é pouco comum, o que geralmente ocorre é a parada cardíaca decorrente de insuficiência respiratória, asfixia ou choque. Nesse caso, quando se observa sinais de engasgo por objetos estranhos ou obstrução completa de via aérea, a pessoa próxima da criança deve iniciar as manobras de desobstrução. Em lactentes, devem ser aplicados ciclos de cinco golpes no dorso e posteriormente cinco compressões torácicas e, em crianças maiores, realiza-se a manobra de Heimlich (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Quando não se consegue desobstruir a via aérea e a criança entra em parada cardíaca, imediatamente iniciam-se as compressões torácicas a fim de manter o fluxo sanguíneo para o coração, o cérebro e outros órgãos vitais do organismo, evitando possíveis sequelas (PERGOLA; ARAÚJO, 2009; MATSUNO, 2012).

#### ENTENDIMENTO DE INTEGRANTES DO GRUPO GESTAR: PÓS-CAPACITAÇÃO

Ações de educação em saúde, nas diferentes áreas, são estratégias prioritárias e que devem ser estimuladas em grupos de estudos nas instituições de ensino superior. Conhecer as lacunas do conhecimento e intervir na realidade de forma participativa, isto é, com atores envolvidos, constitui-se em estratégia fundamental para a qualificação do cuidado em saúde nas diferentes áreas. Nesse sentido, após a intervenção realizada, obteve-se, por parte do grupo de integrantes, uma compreensão ampliada sobre os primeiros socorros em recém-nascidos.

*É um atendimento prestado a uma pessoa que parou os batimentos cardíacos e respiratórios. Na cadeia de sobrevivência para crianças, faz compressões por dois minutos, se a criança não voltar, daí tu chama o socorro; já em adultos, primeiro chama o socorro e depois inicia a compressão. (P1)*

Percebe-se, por meio da capacitação, o engajamento ativo dos integrantes nas discussões e ampliações de possibilidades relacionadas aos primeiros socorros em crianças.

*Hoje, ao final dessa capacitação, teoricamente sei o que fazer: 30 compressões para duas ventilações se houver dois socorristas e dispositivo para proteção para realizar a ventilação; caso contrário, posso fazer de 100 a 120 compressões por minuto, sem parar durante dois minutos; passado esse tempo, troca-se o socorrista se houver. (P7)*

Diante da explanação, percebe-se que a capacitação contribuiu para o conhecimento teórico do profissional, porém reflete-se a possibilidade de ainda haver dúvidas na prática, o que mostra a necessidade de uma continuação na abordagem dessa temática. Acredita-se que, por se tratar de um tema importante e permeado de insegurança, seja necessária a realização de educação permanente com os profissionais. Durante o atendimento, é importante que o profissional se sinta seguro e confiante para a realização do atendimento. Além disso, são os primeiros socorros realizados corretamente que irão diminuir os riscos de sequelas e aumentar a sobrevivência do paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conhecimento dos integrantes do grupo GESTAR sobre primeiros socorros ainda é superficial e evasivo. Eles demonstraram a necessidade e a importância da capacitação em grupos de interesse e/ou em espaços estratégicos de construção do conhecimento. Os resultados alcançados demonstram, em síntese, que não basta conhecer as necessidades em saúde, mas que é preciso intervir, na realidade, no sentido de ampliar as discussões e encontrar alternativas de transformação da prática.

Salienta-se a importância da participação ativa dos integrantes do grupo GESTAR nos encontros, nos quais há a ampliação do conhecimento pela interação teórico-prática. Destaca-se, como limitação do estudo, a



não regularidade de frequência de alguns participantes no grupo GESTAR, o que impossibilitou um maior número de participantes na pesquisa. Sugere-se, como estratégia, a inserção da temática relacionada a primeiros socorros em outros espaços sociais, a fim de ampliar as discussões e alcançar resultados mais efetivos nessa área.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION - Guidelines CPR ECC 2010. **Destaques das diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE**. AHA, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).

\_\_\_\_\_. Manual do educador. Vida mais Segura. **Dados referentes segundo o Datasus/Ministério da Saúde, via ONG Criança Segura Brasil**. Brasília: Fundação Arcelor Mittal, 2012.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. A percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 45-53, 2010.

GIARETTA, V. *et al.* Perfil das ocorrências em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 478-487, 2012.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista Medicina**, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.

MATSUNO, A. K. Parada cardíaca em crianças. **Revista Medicina**, v. 45, n. 2, p. 223-233, 2012.

PEREIRA, K. C. *et al.* A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros por parte do público leigo. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1478-1485, 2015.

PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009.

PESSOA, F. M. *et al.* Suporte básico e avançado de vida em pediatria: histórico da implantação em Minas Gerais e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, p. 82-89, 2016. Suplemento 5.

SILVA, K. R. *et al.* Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 53-59, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 2, 2013. Suplemento 3.



# contexto

das doenças crônicas  
e cuidados paliativos



# **TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA O CONTEXTO DOMICILIAR DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Francielle Alessandra Menegaes Fuzer  
Adriana Dall'Asta Pereira  
Silomar Ilha  
Cláudia Zamberlan

## **RESUMO**

Objetivou-se investigar a importância de tecnologias de cuidado para o contexto domiciliar de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Estudo de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição privada de ensino superior, situada em uma cidade na região central do estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente, junto ao programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com a participação de nove residentes, no período de junho a julho de 2017. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e demonstraram que as tecnologias de saúde a distância promovem eficiência no que se refere aos cuidados no domicílio, auxiliando na atenção à saúde no sentido do acompanhamento linear e integral aos usuários. Além disso, os resultados forneceram subsídios para a prática clínica e o desenvolvimento de tecnologias de cuidado no contexto domiciliar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas. Tecnologias. Cuidado. Atenção domiciliar.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias multifatoriais, com longos períodos de latência, curso prolongado e com significativa interferência na qualidade de vida da pessoa e de sua família. Além disso, contribuem para elevar os custos do sistema de saúde. Tais patologias geram maior demanda de cuidados e necessidade de acompanhamento contínuo, bem como ações de prevenção e utilização de serviços de saúde por longos períodos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, das 57 milhões de mortes no mundo, 63% foram ocasionadas por DCNT. No Brasil, em 2011, os índices de mortes por essas patologias culminaram a um índice de 72,7% (MALTA *et al.*, 2014). Nessa conjuntura, ao avaliar a complexidade e a influência dessas patologias no cotidiano, seus potenciais riscos, o impacto socioeconômico e o elevado número de mortes prematuras, as DCNT configuram-se como um desafio emergente e fomentam debates e intervenções imediatas em nível mundial (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a atenção domiciliar (AD) surge como importante elemento de cuidado e prevenção, o que possibilita o acompanhamento contínuo dos portadores de DCNT por meio da inserção da equipe multiprofissional no cotidiano e domicílio dessas pessoas. Permite ainda o reconhecimento das características, singularidades e influências desse ambiente ao doente crônico (BRASIL, 2012).

A atenção próxima por parte da equipe desponta como uma possibilidade para a construção do conhecimento embasada em uma visão compartilhada, participativa e ampliada. Além disso, possibilita reconhecer e compreender a complexidade das inter-relações das unidades constitutivas e dos elementos que compõem o contexto domiciliar que atuam de forma cíclica, exercendo influências mútuas no cotidiano, com forte capacidade de execução de transformações nos processos de saúde e nas práticas científicas cotidianas (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

Nessa ótica de inter-relações, interconexões e possibilidades de cuidado, novos métodos de ampliação e cobertura de atenção em saúde

despontam, somam-se e difundem-se em busca de gerenciar a assistência, ampliar a acessibilidade e acompanhar pessoas que necessitam de maior atenção. Esse processo segue a tendência de conexão e informatização global e entrelaça as tecnologias de informação e comunicação à atenção em saúde, a fim de suscitar mais uma opção de apoio às condutas terapêuticas, ampliando o espectro de atuação multiprofissional e de assistência a quem necessita maior frequência de cuidado, principalmente quando há barreiras para a realização da AD (BRASIL, 2015; SCHMITZ, 2015; BRASIL, 2013).

Além disso, essas ações e tecnologias envolvem a pessoa no seu próprio cuidado, o que permite a interação dela com a clínica e o tratamento de sua patologia, pois instiga a busca pelo conhecimento e fortifica o apoio frente às necessidades da sua patologia e a (re) organização advinda dela (CAVALARI *et al.*, 2012). Com base nessas considerações, pautadas em reflexões e leituras acerca da temática, emerge a questão norteadora do estudo: Qual a importância de tecnologias de cuidado para o contexto domiciliar de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis?

Justifica-se a importância deste estudo devido à grande quantidade de pessoas acometidas por DCNT e o vislumbre mundial sobre a monitorização e atenção a essas pessoas dentro de seu contexto familiar e domiciliar. Concomitante a isso, diante das vivências no decorrer da academia, percebeu-se a necessidade de um acompanhamento diferenciado por parte da equipe multiprofissional junto a pessoas com DCNT ou com agravos advindos dessas patologias.

Desse modo, objetivou-se investigar a importância para os residentes de uma equipe multiprofissional do uso de tecnologias de cuidado no contexto domiciliar de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Realizado em uma instituição privada de ensino superior, situada em uma cidade na região central do estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente junto ao programa de Residência Multiprofissional

em Reabilitação Física, que teve seu início no ano de 2016. A escolha dos participantes veio ao encontro da relevância da atuação multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais na atenção às pessoas com DCNT.

Foram incluídos no estudo os residentes 1 (R1) e os residentes 2 (R2) que compunham o quadro da residência Multiprofissional em Reabilitação Física da instituição, ingressantes nos anos de 2016 e 2017. Atualmente, o referido programa conta com residentes R1 e R2, dos quais há duas enfermeiras, duas psicólogas, duas nutricionistas, duas terapeutas ocupacionais e uma fisioterapeuta, em campos de cuidado à comunidade durante a reabilitação física a pessoas com DCNT.

O período da coleta dos dados foi de junho a julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, individual, aplicada à nove residentes. Para Minayo (2010), a entrevista é um método de comunicação privilegiada que possibilita compreender a realidade vivenciada pelos participantes a partir de seus próprios relatos, facilitando a compreensão da temática investigada.

A entrevista foi embasada em um instrumento composto por duas partes. A primeira foi estruturada a fim de coletar os dados de identificação dos participantes e utilizada para o delineamento do perfil destes, e a segunda parte contou com questões específicas sobre a temática do estudo, permitindo que os participantes respondessem de forma espontânea às questões: O que entende por tecnologias?; O que entende por tecnologias de cuidado?; Qual a sua opinião sobre a atenção domiciliar de forma interdisciplinar e multiprofissional a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)?; Como você vê a aplicação de tecnologias de cuidado às pessoas com DCNTs no contexto domiciliar?; Na sua visão, de que forma o uso das tecnologias de cuidado a distância, quais sejam: aplicativos de celular, programas de computador, telefonemas, entre outros, poderiam auxiliar/complementar a atenção domiciliar (AD) a pessoas com DCNTs?; Quais benefícios você pontua sobre o uso dessas tecnologias de cuidado a distância para atenção/monitoramento/acompanhamento, de forma complementar à AD junto a pessoas com DCNTs?

Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (2010), que se constitui de três



momentos. O primeiro, a *pré-análise*, consistiu na leitura flutuante das informações, agrupamento das falas e sistematização das ideias iniciais; o segundo, a *exploração do material*, objetivou recortar as unidades de registro e categorizar os dados, respectivamente; o terceiro momento, que contempla a interpretação e *tratamento dos resultados*, visou sintetizar as falas e os dados encontrados.

Os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução CNS nº 466/2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, tendo o número do parecer 2.142.037. Manteve-se o anonimato das participantes, que foram identificadas pelas letras ER (enfermeira residente) seguido de um algarismo numérico.

## **RESULTADOS**

A primeira etapa do estudo consistiu no delineamento sociodemográfico das participantes. Assim, a faixa etária das residentes está na média de 25 anos (variando entre 23 e 31 anos), de maioria delas é solteira. Referente à profissão, tem-se duas enfermeiras, duas psicólogas, duas nutricionistas, duas terapeutas ocupacionais e uma fisioterapeuta. A análise dos dados possibilitou a formulação de cinco categorias, quais sejam: Tecnologias: produtos e inovações; A tecnologia como dispositivo do cuidado da pessoa com DCNT e sua família; Eficácia possibilita a integralidade; Tecnologia: possibilidade de complementação a atenção domiciliar pela continuidade do cuidado; Melhorias no manejo de doenças crônicas.

### TECNOLOGIAS: PRODUTOS E INOVAÇÕES

Na primeira categoria elencada, houve destaque para a contribuição das tecnologias, definidas como algo inovador, importante na gestão do cuidado e que gera contribuições no contexto de quem se beneficia de seu uso.

*São processos, dispositivos utilizados para facilitar os processos de trabalho. (ER1)*

*Algo inovador, desenvolvido para melhorar algo já existente para facilitar o dia a dia. (ER2)*

Além disso, pontua-se a percepção sobre o embasamento científico no uso das tecnologias, atrelando-se ao processo do olhar científico do profissional sobre a pessoa, tendo em vista a proposição de melhorias em seu sistema/contexto de vida.

*Tecnologias são ferramentas criadas usando recursos modernos e que podem possuir níveis científicos de contribuição para melhorar a vida das pessoas. (ER3)*

## A TECNOLOGIA COMO DISPOSITIVO DO CUIDADO DA PESSOA COM DCNT E SUA FAMÍLIA

As participantes do estudo elencaram a significância das tecnologias de cuidado no âmbito de melhorias à qualidade de vida (QV) das pessoas e na facilitação da promoção do cuidado e autocuidado.

*São tecnologias que surgem para auxiliar pessoas a obter melhor qualidade de vida, de acordo com a necessidade de cada um, assim como auxilia profissionais de saúde em seu trabalho. (ER4)*

*Vêm para facilitar o cuidado da própria pessoa e seus familiares. (ER2)*

*São ferramentas (instrumentos) que visam auxiliar as pessoas de forma ampla, podem ser ferramentas visíveis ou não, podem ser a forma diferenciada que os profissionais de saúde usam para atender os pacientes em seu cuidado. (ER3)*

## EFICÁCIA POSSIBILITA A INTEGRALIDADE

A partir das falas das participantes desta pesquisa, evidenciou-se que a estratégia de cuidado pautada na interdisciplinaridade bem como a interação e a aproximação das pessoas com DCNT mostram-se relevantes e importantes no auxílio e na complementação à atenção exercida pela equipe de saúde.

*Super importante, pois o paciente possui demandas biopsico-sociais, e todos os profissionais podem contribuir e completar-se para auxiliar este usuário. (ER5)*

*O cuidado interdisciplinar é essencial ao cuidado dos pacientes, pois envolve aspectos diversos, condições de vida diversas e, com uma equipe multi, o paciente pode ser atendido em sua integralidade. (ER3)*

*Acredito ser de suma importância para essa população e, dessa forma, permite ampliar ao olhar diante da pessoa, o trabalho interdisciplinar permite um olhar mais abrangente do sujeito. (ER6)*

Essas tecnologias, de acordo com a fala das participantes, possibilitam a atuação multiprofissional, reforçam as ações interdisciplinares. Além disso, influenciam na efetividade, qualidade e continuidade dos cuidados prestados pelos profissionais.

*Importante, pois amplia a forma de cuidado, pensando na interdisciplinaridade. Diferentes profissionais, com especificidades que são complementares atuam integrados, de forma a responder às demandas das pessoas, que são complexas, tendo em vista inúmeros fatores culturais, sociais, psicológicos, biológicos e econômicos. (ER6)*

## TECNOLOGIA: POSSIBILIDADE DE COMPLEMENTAÇÃO À ATENÇÃO DOMICILIAR PELA CONTINUIDADE DO CUIDADO

As falas apontam que as tecnologias de saúde a distância promovem eficiência nos cuidados no domicílio, auxiliando no processo de (re)orientação e (re)organização dos modelos de atenção à saúde no sentido do acompanhamento linear aos usuários quando há dificuldades para a execução da VD.

*Acredito que o contato pessoal é fundamental, entretanto o cuidado a distância, na minha visão, pode ser complementar a AD, de forma que o usuário se sinta assistido pela equipe de saúde, e também auxilia a equipe a estar mais próxima do usuário. (ER5)*

*Podem contribuir para que o paciente seja assistido por um longo período, inclusive naqueles momentos em que as profissionais não conseguem estar prestando uma atenção a todos os domicílios ao mesmo tempo. (ER4)*

*É um importante facilitador no acompanhamento a distância, melhorando a efetividade do profissional e do acompanhamento de maior número de pacientes. (ER3)*

## MELHORIAS NO MANEJO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Algumas participantes explanaram sobre as potencialidades do uso de tecnologias que acarretam ganhos para a pessoa com DCNT, pois esta poderá usufruir dos seus benefícios. Assim, é possível que as pessoas com DCNT participem do seu tratamento, tendo o seu espaço no processo de cuidado e de mudanças.

*Permite monitorar e dar feedback sobre o tratamento, ampliar as tecnologias de acompanhamento, podendo ser um*

*elo para algum evento que exija maior atenção mesmo sendo fora do horário. Auxiliar no cotidiano da pessoa, por meio destas ferramentas, minimizando as fragilidades e maximizando suas potencialidades. (ER5)*

*Cuidado integral, cuidado observando a realidade social, informações sobre saúde de fácil acesso às pessoas, acompanhamento contínuo das condições e da evolução da saúde da pessoa. (ER4)*

*Inúmeros benefícios, como a proximidade e o fortalecimento do vínculo. Acaba facilitando no processo de corresponsabilização para o autocuidado. (ER7)*

## **DISCUSSÃO**

A concepção de tecnologia aponta para um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Estas podem ser vinculadas a artefatos ou a saberes sistematizados que visam auxiliar as pessoas que dela fazem uso (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000). Na área da saúde, a utilização de tecnologias remete a uma gama infinita de possibilidades, que podem fomentar dinâmicas de assistência a infinitas dimensões e possibilidades de ações frente ao universo participativo, atuante e complexo do processo de saúde. Apresentam-se como estratégias essenciais para auxílio ao planejamento, implementação, avaliação, achados e condutas dos processos de trabalho da equipe (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013; BERARDINELLI *et al.*, 2014).

O trabalho da equipe multiprofissional em nível domiciliar acontece por meio de tecnologias de cuidado com um trabalho interdisciplinar, que pode ser considerado como instrumento, processo e relação que viabilizam extrapolar o reducionismo e a fragmentação dos aparatos tecnológicos para a prática da AD na medida em que se inter-relacionam e se somam na busca por um propósito comum. Lima *et al.* (2015) contribuem com esse pensamento, enfatizando que as tecnologias promovem a construção e o

aprimoramento do modo operante da atenção em saúde exercida pelos profissionais, sendo um conjunto de suporte para prevenção, tratamento e reabilitação de patologias e agravos à saúde.

Dados semelhantes podem ser evidenciados em estudos que apontam que essa atuação estimula, também, o cultivo de hábitos e atitudes promotoras de saúde e de qualidade de vida, bem como possibilita uma visão ampliada da realidade da pessoa, proporcionando a superação do cuidado fragmentado e das práticas isoladas entre os profissionais (ANDRADE *et al.*, 2013; BRASIL, 2013).

Nesse sentido, os dados sobre o uso das tecnologias de cuidado, apresentados nesta pesquisa, assemelham-se aos achados nacionais, que elencam que a conexão dessas tecnologias, além de possibilitar educação em saúde, monitoramento das condições clínicas e possibilidades de intervenções no contexto domiciliar, acaba por prover uma atenção mais resolutiva e eficaz, pois viabiliza maior alcance populacional e evita deslocamentos dispensáveis até a assistência, possibilitando que, caso surjam questionamentos e necessidade de apoio à terapêutica, ele possa sanar as dúvidas do mesmo modo (BRASIL, 2012b). Isso diminui custos de assistência, minimiza internações hospitalares e, conseqüentemente, gera diminuição aos riscos de infecção hospitalar e custos para o tratamento da patologia (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012a; SCHMITZ, 2015).

Mesmo trabalhando em equipe e promovendo uma abordagem interdisciplinar, os profissionais encontram diversos obstáculos no cuidado longitudinal a essas pessoas. Além do mais, o acompanhamento com regularidade da pessoa com DCNT ainda é uma das maiores lacunas nos serviços de saúde, em que o deslocamento e a quantia de usuários no território de atuação da equipe emergem como limitações para a efetivação da AD, dificuldade operacional que gera impacto na produtividade do serviço e da equipe, exigindo maior planejamento, disponibilidade e organização do serviço a locais de acesso dificultoso ou remoto (BÔAS; SHIMIZU, 2015).

Muitos estudos apontam os benefícios da AD, contudo, conforme Roesse e Lopes (2004), esse processo pode ser mais dispendioso, e a equipe deverá dispor de recursos humanos, transporte e disponibilidade para

sua execução. Além do mais, a AD é realizada conforme a disponibilidade da equipe, pois, muitas vezes, as visitas no âmbito familiar ocorrem nos horários dos afazeres domésticos ou enquanto a pessoa não está na residência. Essas limitações práticas dificultam não só a execução da atenção e de intervenções, mas também a possibilidades de cuidado.

Uma possível forma de atingir os objetivos de cuidado e assistência preconizados pelo sistema de saúde é a educação em saúde e o monitoramento regular por meio do uso de tecnologias a distância, em que a linearidade do cuidado por parte da equipe pode ser executada (BRASIL, 2015; BECKER *et al.*, 2017). Assim, o uso de tecnologias a distância possibilita o acompanhamento das pessoas no próprio domicílio, e o acompanhamento não ficará apenas a critério do usuário, que se direciona à unidade de saúde apenas quando a sua situação de saúde se agrava.

A pessoa com DCNT deve compreender a complexidade da sua patologia, aprendendo a conviver e a manejar sua doença. Assim, o uso de tecnologias de cuidado a distância acaba ampliando a compreensão da pessoa, expandindo a capacidade resolutiva da equipe que realiza acompanhamento e qualificando/evitando encaminhamentos desnecessários a unidades de saúde ou hospitais (BRASIL, 2015).

As tecnologias de cuidado a distância são vistas como contribuintes para o sistema de saúde. Constituem um modelo de cuidado que possibilita a aproximação dos profissionais com o usuário, favorece a troca de informações complementares entre profissionais e pacientes/cuidadores, permite que as pessoas possam assumir o controle de sua saúde por meio da corresponsabilização do cuidado (MAZZA *et al.*, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo possibilitou compreender a visão de profissionais/residentes sobre a importância do uso de tecnologias para a produção do cuidado e acompanhamento de pessoas com DCNT no domicílio. No contexto domiciliar, as tecnologias de cuidado poderão auxiliar no redimensionamento do espaço do cuidado da saúde, ampliando

as habilidades das pessoas envolvidas no que se refere à transformação de si mesmo e de sua saúde.

Ao conciliar os cuidados em saúde com as tecnologias de cuidado, compreende-se que, além de um auxílio significativo para o cuidado integral das pessoas com DCNT, há a possibilidade de criação de condições que direcionam a uma proximidade especial entre profissionais e população, o que repercute na qualidade de vida do usuário do sistema de saúde. Assim, acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão subsidiar ações futuras para um acompanhamento diferenciado e sistematizado às pessoas com DCNT, fomentando novas pesquisas na área e fornecendo subsídios para a prática clínica e o desenvolvimento de tecnologias de cuidado no contexto domiciliar.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. *et al.* The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Kw9nqh>. Acesso em: 4 set. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BECKER, I. C. *et al.* Efeitos do suporte telefônico no controle metabólico de idosos com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 737-743, 2017.

BERARDINELLI, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-609, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2QIVgik>. Acesso em: 3 set. 2017.

BÔAS, M. L. C. V. de; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 32-40, 2015. Disponível em: <http://ref.scielo.org/zpzgth>. Acesso em: 2 set. 2017.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica.** Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 123 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bit.ly/2MxCzMp>. Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional telessaúde Brasil redes:** custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bit.ly/2JVASStO>. Acesso em: 1 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bit.ly/1pGJggz>. Acesso em: 2 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**, v. 1, p. 18, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <https://bit.ly/2MvsGSY>. Acesso em: 8 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2vPHNgY>. Acesso em: 19 set. 2017.

CAVALARI, E. *et al.* Utilização da Telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. **Journal health Informatics**, v. 4, número especial, p. 220-225, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2Kp7JGM>. Acesso em: 8 set. 2017.

LIMA, C. H. R. *et al.* A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Q7SXV7>. Acesso em: 16 set. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2WGVITt>. Acesso em: 4 set. 2017.

MAZZA, V. A. *et al.* Informações on-line como suporte às famílias de crianças e adolescentes com doença crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-9, 2017.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 129-152, 2000.

ROESE, A.; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004.

SANTOS, M. C.; SIQUEIRA, H. C. H.; SILVA, J. R. S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 750-754, 2009. Disponível em: <http://ref.scielo.org/q975ks>. Acesso em: 3 set. 2026.

SCHMITZ, C. A. A. **Telessaúde como suporte assistencial para a atenção primária à saúde no Brasil**. 2015. 107 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2JW48AF>. Acesso em: 3 set. 2016.

# ***ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO***

Matielle Beltrame dos Santos  
Patrine Paz Soares  
Silomar Ilha  
Adriana Dall'Asta Pereira  
Dirce Stein Backes  
Rosiane Filipin Rangel

## **RESUMO**

Objetivou-se, com o estudo, conhecer o que os enfermeiros entendem por espiritualidade e identificar se a dimensão espiritual é considerada no cuidado de enfermagem às pessoas com doença renal crônica. Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com oito enfermeiras que desenvolvem assistência a pacientes com doença renal crônica em clínica de hemodiálise terceirizada de um Hospital Municipal, localizada na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados de maio a junho de 2017 por meio da técnica de entrevista semiestruturada e analisados conforme a Análise Textual Discursiva. O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética Institucional sob o nº. 2.020.919. Por meio do estudo, foi possível perceber que algumas enfermeiras atrelam o conceito de espiritualidade à religiosidade. Em contrapartida, outra parte das profissionais descreveu a espiritualidade desvinculada da religião. A dimensão espiritual é exercida, segundo as participantes, ao realizarem o cuidado ao paciente, porém houve dificuldades de expressarem de que forma esta pode ser contemplada. Considera-se, assim, a importância de o profissional de enfermagem ampliar o seu conhecimento em relação à dimensão espiritual, sendo que esta está interligada ao exercício do seu cuidado e desempenha um papel importante para o paciente renal crônico no

processo de melhoria e recuperação da doença e atende às necessidades do ser humano na sua integralidade e multidimensionalidade.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Cuidado de enfermagem. Insuficiência renal. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica ocorre quando os rins perdem as suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas, de maneira lenta, progressiva e irreversível. Na fase inicial, pelas múltiplas formas de compensação do organismo, esta pode ser assintomática. Já na fase avançada da doença, os rins não conseguem filtrar e retirar do sangue os resíduos metabólicos prejudiciais existentes e isso pode afetar o bom funcionamento de outros órgãos do corpo (SIVEIRO; MACHADO; RODRIGUES, 2013).

Essas alterações acometem dimensões humanas, entre elas: orgânica, psíquica, social, econômica. Acredita-se que isso aconteça, principalmente, devido ao extenso período de acompanhamento dos tratamentos, os quais almejam substituir parcialmente a função renal e oportunizar melhor qualidade de vida. No entanto em nenhum deles é possível obter a cura (NEPOMUCENO *et al.*, 2014).

Nesse contexto, compreende-se que, ao cuidar do ser humano, deve-se considerar que ele é um complexo de dimensões que o constituem: física, mental, emocional e espiritual, e seu bem-estar depende da constante busca de equilíbrio entre todas essas dimensões (BARBOSA, 2004). O cuidado de enfermagem se formula por meio do exercício diário, contínuo e dinâmico das ações e é moldado pelos diferentes cenários, experiências e dificuldades nele encontrados, o qual deve atender às necessidades do ser humano na sua integralidade, de forma que possibilite relacionar sua multidimensionalidade (SILVA; CIAMPONE, 2003; BACKES *et al.*, 2006).

O cuidado de enfermagem deve ser realizado de forma ética, começando pela valorização da própria vida, que deve ser vista como um bem valioso e imensurável, até a complexidade de preservar o estado de saúde

do próximo (SOUZA et al., 2005). Nessa perspectiva, entende-se a necessidade de transformação no que tange à atenção à saúde, ou seja, é preciso que se recuse o modelo biomédico e se busque um cuidado que considere o ser humano em suas multidimensões, sua subjetividade, seus valores e suas crenças pessoais e familiares.

Na prática diária de enfermagem, enfrentam-se inúmeros desafios com objetivo de oferecer assistência de qualidade e humanizada, que compartilhe do sofrimento humano como uma ferramenta aliada ao exercício do cuidar, de forma que a equipe consiga perceber/compreender e apoiar as necessidades espirituais, a individualidade de cada paciente. Frente a isso, o cuidado espiritual está interligado e ao alcance dos profissionais de enfermagem, o que auxilia e integra no processo de melhora e recuperação da doença, e torna possível a assistência de forma global (FREITAS *et al.*, 2013).

A expressão da espiritualidade se faz mais perceptível frente a uma situação de crise, ou a um processo de enfrentamento, em que se instigam as potencialidades do ser humano como forma de auxílio e renovação das suas esperanças no enfrentamento do processo de doença. Essa ampliação das práticas de atenção proporciona a formação de profissionais preparados para realizar o cuidado na dimensão espiritual, que na sua essência é mais abrangente e pessoal que a religiosidade e está entrelaçada a um conjunto de valores pessoais, sem limitação de crenças ou práticas, influenciando diretamente em uma melhor qualidade de vida (BRITO *et al.*, 2013).

Percebe-se, então, que pacientes renais crônicos, no processo de tratamento e enfrentamento da doença, ficam expostos a situações de fragilidade. Com isso, entende-se a importância de aprimorar o cuidado integral e expandir o saber científico na demanda espiritual, pois esta faz parte do absoluto do ser humano e torna-se elemento condicionante para a saúde física e mental (PENHA; SILVA, 2012).

Diante do exposto, foram formuladas as seguintes questões pesquisa: O que os enfermeiros entendem por espiritualidade? A dimensão espiritual é considerada no cuidado de enfermagem às pessoas com doença renal crônica? Assim, objetivou-se conhecer o que os enfermeiros entendem

por espiritualidade; identificar se a dimensão espiritual é considerada no cuidado de enfermagem às pessoas com doença renal crônica.

## **METODOLOGIA**

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com oito enfermeiras que desenvolvem assistência a pacientes com doença renal crônica em uma clínica de hemodiálise terceirizada de um Hospital Municipal, localizada na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro e estar exercendo as suas atividades assistenciais com pacientes renais crônicos e, como critérios de exclusão: os enfermeiros que estavam em laudo, afastamentos, férias ou exercendo apenas cargos gerenciais ou de gestão. Assim, constituiu-se uma amostra de oito participantes, ou seja, o número total desses profissionais que atuam na referida clínica.

Os dados foram coletados de maio a junho de 2017 por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Inicialmente, foi realizado o convite às enfermeiras para participarem da pesquisa e, após aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, foram agendados os horários de acordo com a disponibilidade das participantes. As entrevistas tiveram a duração, em média, de uma hora e foram realizadas em uma sala da clínica em que as enfermeiras desenvolvem suas atividades profissionais. As questões norteadoras foram: O que você entende por espiritualidade?; Você, como enfermeira, considera a dimensão espiritual no cuidado às pessoas com doença renal crônica? Se sim, de que modo?

Os dados foram analisados conforme a Análise Textual Discursiva, na qual a análise se inicia junto à coleta de dados, consistindo em um processo integrado de análise e de síntese, baseado em leitura rigorosa e aprofundada dos textos, em que se descreveu e interpretou fenômenos e discursos. A Análise Textual Discursiva trabalha com significados construídos a partir do conjunto de textos analisados, o que constitui o *corpus*, delineado pelas transcrições das entrevistas realizadas (MORAIS; GALLIAZZI, 2011).

Para atender aos critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução CNS nº. 466/12, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética Institucional sob o nº. 2.020.919. As participantes da pesquisa foram identificadas ao longo do texto pela abreviação Enf. (Enfermeira) seguida de um numeral, conforme a ordem das entrevistas. Assim, manteve-se o sigilo e o anonimato.

## **RESULTADOS**

O grupo participante abrangeu todas as enfermeiras que atuam na Clínica Renal em que foi realizada a coleta de dados. Assim, 100% são do sexo feminino, e o tempo de atuação na clínica variou de três a trinta anos. A análise de dados permitiu a construção das categorias: 1) A espiritualidade na percepção do enfermeiro, com as subcategorias: A espiritualidade atrelada à religiosidade; A espiritualidade na dimensão humana. 2) A vivência de enfermeiros no cuidado da dimensão espiritual de pessoas com doença renal crônica, com as subcategorias: O cuidado na dimensão espiritual atrelado à humanização; O cuidado na dimensão espiritual atrelado à prática religiosa; A espiritualidade como dimensão potencializadora para aderência ao tratamento.

### A ESPIRITUALIDADE NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Quando questionadas sobre o que compreendiam por espiritualidade, as enfermeiras a relacionaram à religiosidade e/ou à dimensão humana.

### A ESPIRITUALIDADE ATRELADA À RELIGIÃO E/OU RELIGIOSIDADE

Algumas das enfermeiras entrevistadas demonstraram dificuldade para descrever seu entendimento por espiritualidade, atrelando-a a uma convicção religiosa.

*Eu acho que é a pessoa tentar ter uma espiritualidade, aceitar uma religião, aceitar Deus e as coisas que passam para tentar evoluir, porque estamos aqui para evoluir, porque tudo que a gente passa, não só nós, os enfermeiros, mas eles, os pacientes, é para evoluir, às vezes é difícil dizer para eles que eles têm que passar por isso. (Enf. 1)*

Por meio das falas, percebeu-se que os termos espiritualidade e religião acabam se confundindo como sinônimos, o que direciona para uma delimitação da temática e repercute em divergências quanto ao seu real significado.

*Eu não consigo ver muito a espiritualidade distante da religião, acho que tem muito e não sendo só especificamente da religião espírita, mas também, de outras né, mas mais a espírita que querendo ou não a espiritualidade faz parte do nosso dia a dia também né. (Enf. 3)*

As entrevistadas também fazem relação a crenças religiosas, à fé em um Deus, ao exercício de rezar, quando a espiritualidade é tida como um conforto à situação de enfrentamento por parte do paciente.

*Eu acho que a fé está dentro da espiritualidade, eu acho que ela é relacionada e não tem como ficar separada disso. E é isso aí, é a fé em Deus a espiritualidade, é o respeito com a diferença de religiões e crenças, acho que é importante a gente sempre falar que é um conforto tu relacionar tua fé com tua espiritualidade, de tu mostrar para as pessoas o quanto importante é eles terem fé em algo. (Enf. 6)*

Considera-se que o conceito de espiritualidade é confundido ou interligado à religião e/ou religiosidade, que é tida como crença que cultuam em um ser superior, compreendido como aceitação do sagrado nas experiências vividas. Em contrapartida, a percepção de espiritualidade está atrelada a energias e ações positivas que buscam encontrar e dar sentido às coisas, influenciando diretamente na qualidade de vida.



Nesse sentido, uma das entrevistadas descreveu a espiritualidade desvinculada da religião.

*Eu entendo que a espiritualidade é algo em que tu acreditas, que não necessariamente tem a ver com a religiosidade, acho que pode estar separado, pode estar disperso disso. Tu podes ser religioso e ter uma espiritualidade ou tu não precisas ser religioso. (Enf. 8)*

## A ESPIRITUALIDADE NA DIMENSÃO HUMANA

Em sua essência, a espiritualidade é uma dimensão construtiva da integralidade do ser humano que proporciona sentido ao viver e qualidade de vida. Essa percepção de multidimensionalidade do ser humano demonstra que seu bem-estar depende da busca de equilíbrio dessas dimensões.

*Espiritualidade para mim é uma coisa muito profunda, é um olhar para dentro de si mesmo, é se conectar com o meu espírito, minha alma, meu ser, é meu equilíbrio, é meu bem-estar, é o meu autoconhecimento, eu me conhecer para eu poder ajudar o próximo, é o meu equilíbrio interior para que eu esteja bem para eu poder ajudar o próximo. (Enf. 2)*

Percebeu-se que a cronicidade da doença e o longo tempo de tratamento realizado pelos pacientes exerce influência em todas as suas dimensões. Diante disso, uma das entrevistadas, além de colocar a espiritualidade como um assunto ainda não muito entendido ou abordado, considera esta como um apoio ao enfrentamento do processo de doença, de modo que é utilizada pelos profissionais na aderência dos pacientes ao tratamento.

*É um assunto que não estamos muito dentro, é tu atender um paciente e ver ele como um todo, não ver só a doença renal crônica, mas tu ver que é uma pessoa que chegou aqui e está com a doença e tem toda uma história por trás, e que a gente*

*precisa respeitar e entender essas virtudes dele e tudo, e o conhecimento dele e tentar trazer junto com ele para ele seguir, aderir ao tratamento. (Enf. 5)*

Diante disso, o entendimento da espiritualidade é tido como amplo e pessoal e faz parte da essência do ser humano. São os valores íntimos que se interligam à paz interior, harmonia, felicidade, energias positivas, trazendo significado e influenciando diretamente na qualidade de vida.

## A VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DA DIMENSÃO ESPIRITUAL DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

O cuidado de enfermagem deve ser realizado de forma ética, respeitando o ser humano nas suas multidimensões, suas crenças e nos seus valores. Considerando que a dimensão espiritual faz parte da integralidade do ser humano, esta deve ser evidenciada e abordada pela enfermagem no seu exercício, sendo moldada nos diferentes cenários e experiências vivenciadas.

## O CUIDADO NA DIMENSÃO ESPIRITUAL ATRELADO À HUMANIZAÇÃO

O cuidado humanizado faz parte da filosofia da enfermagem e busca valorizar a essência do ser humano, respeitando suas individualidades, o qual facilita a comunicação e as relações interpessoais. Porém nota-se, pela fala de uma das entrevistadas, que ações consideradas como o exercício do cuidado espiritual confundem-se com o conceito de humanização.

*Às vezes uma palavra de compreensão maior e mais profunda, e dar um direcionamento para ele é muito, então, a enfermagem não pode ser só técnico-científica, esse tratamento humanizado que eu te falo e eu prego a vida inteira. (Enf. 2)*

O cuidado humanizado, indiretamente, é uma ferramenta que potencializa e facilita o exercício da espiritualidade na atuação do enfermeiro, propondo-se a ajudar o paciente a compreender e enfrentar o processo de

doença. Oferece ao paciente novas possibilidades, conforto e esperanças e, assim, contribui para a melhora na qualidade de vida.

*Então essa parte da comunicação com o paciente, essa parte da espiritualidade, de conseguir conversar, de conseguir entender o paciente e ver quais as crenças dele, no que ele acredita, no que ele não acredita, acho isso bem importante e a Organização Mundial da Saúde já diz que a saúde é um conjunto de bem-estar físico e psíquico do paciente, então eu acho que tu tem que levar em consideração isso, tem que ter um todo, tem que fazer tratamento humanizado para tu ter um tratamento diferente pro paciente. (Enf. 8)*

Fica evidente a importância, por parte das entrevistadas, de realizar o cuidado na dimensão espiritual, porém é confusa, por parte de muitas, a maneira como esse cuidado pode ser exercido. Entretanto o cuidado, quando assistido pela espiritualidade, antes de tudo, é envolto de humanização, compreendendo o processo de valorização da vida humana concomitante ao acolher e reconhecer com sensibilidade as necessidades do ser humano, contribuindo para reavivar sua força interior ao enfrentar o processo de doença.

## O CUIDADO NA DIMENSÃO ESPIRITUAL ATRELADO À PRÁTICA RELIGIOSA

Nota-se que os profissionais estão mais sensibilizados ao exercer o cuidado, e a busca pelo ampliar de seu conhecimento reflete em maiores saberes sobre o cuidado na dimensão espiritual. Contudo as habilidades do enfermeiro necessitam ser aprimoradas e esclarecidas em relação a seu conceito. Muitas vezes, entende-se estar realizando o cuidado da dimensão espiritual, mas, na verdade, o que está sendo abordado é a religião e/ou religiosidade do paciente.

*Porque eles me conhecem também e então eu sempre tento assim dar uma palavra de conforto, falar do amor de Deus na vida deles. (Enf. 06)*

*Eu acho que é importante ter um conhecimento de todas as crenças e do que os pacientes creem, para poder abordar também, porque depende, uns não adianta tu nem chegar porque ele vai se fechar, não vai nem te ouvir, então eu acho importante a gente como profissionais também ter o conhecimento dessa área da espiritualidade e das crenças e estar aberto a isso. (Enf. 3)*

É importante que o enfermeiro respeite a religião e/ou a crença dos pacientes e, além disso, compreenda que a espiritualidade pode ser expressada de diversas maneiras. Na fala de uma das participantes, percebe-se a prática religiosa atrelada à espiritualidade, como entendimento do processo de doença.

*Porque às vezes o que a gente vê é que o paciente quando ele entra na clínica, é aquilo que eu te disse, ele entra e descobre que tem a doença e ele vem dialisar e ele não aceita, é o primeiro impacto e, às vezes, ele busca na espiritualidade, na religião alguma coisa para acreditar o porquê ele está aqui e a gente tenta não intervir, mas ouvir o que ele tem para dizer. (Enf. 7)*

Fica evidente também que a dimensão espiritual no cuidado está interligada à religião e/ou religiosidade e auxilia na aderência, por parte do paciente, ao tratamento.

## A ESPIRITUALIDADE COMO DIMENSÃO POTENCIALIZADORA PARA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

Quando o paciente descobre sua disfunção renal, a aceitação da doença e a aderência ao tratamento é um processo lento e doloroso. Diante disso, percebeu-se que as entrevistadas vinculam a dimensão espiritual à prática religiosa, e esta é vista como aliada no decorrer do processo de entendimento/aceitação da enfermidade.

*Tem situações que é bem difícil, parece que é muita coisa para uma pessoa só, mas aí a gente acaba lançando mão e, embora eu seja católica, eu respeito e acredito em todas, eu acho que isso faz parte, mas que a gente ter fé e tentar ter um entendimento, ou é um resgate ou são coisas que as pessoas têm que passar. (Enf. 5)*

A aderência ao tratamento reduz os efeitos colaterais da doença, além de ser fundamental para preservar a vida, no entanto ela causa alterações na rotina e nos hábitos diários dos pacientes, como perda da autonomia, restrição hídrica, mudança alimentar, entre outros aspectos. Ressalta-se a importância do enfermeiro nesse processo de inclusão do paciente às terapias substitutivas da função renal. A espiritualidade aparece nesse processo por meio de diálogo, de um abraço, ações que são fundamentais na aderência ao tratamento.

*Muitos que chegam aqui, chegam fragilizados e têm muitos que estão há muito tempo e a gente vê que eles não aceitam, então, às vezes, qualquer coisa que aconteça durante a hemodiálise eles falam: “Ah! Será que eu venho? Eu acho que não vou vir mais, é melhor eu não vir, porque eu estou bem.” Daí tu tem que ter toda uma conversa, dizendo que eles devem vir, outra situação é o paciente estar cansado [ . . . ] daí eu cheguei dei um abraço nela, conversei e eu acho que isso faz parte da espiritualidade, tu sentir que naquele momento ela precisava desse abraço. (Enf. 4)*

Percebe-se, então, a importância de aprimorar o cuidado integral com a inclusão da demanda espiritual, considerando que esta faz parte do absoluto do ser humano.

## **DISCUSSÃO**

Para que a dimensão espiritual seja incluída e exercida no cuidado de enfermagem, é necessário compreender o conceito de espiritualidade.

Para Santos (2014), a espiritualidade é constituída por um conjunto de valores pessoais que concedem sentido à vida, refletindo diretamente de forma positiva na saúde e no bem-estar do ser humano e, frente a momentos de adversidade, atua como fonte de suporte e consolo.

Nesta pesquisa, algumas participantes mencionaram a espiritualidade como um sinônimo de religiosidade, pois a vincularam às crenças religiosas, fé em um Deus, orações, entre outros aspectos. Nesse sentido, Nascimento *et al.* (2013) expõem a falta de clareza e a dificuldade dos enfermeiros para expressar seu entendimento acerca da espiritualidade e que, além de trazer a ideia de fé, vinculam-na a um Deus.

Entretanto observou-se, nos resultados deste estudo, que algumas das participantes têm sua concepção de espiritualidade atrelada ao exercício do cuidado ao ser humano na sua integralidade, trazendo a temática em questão como sinônimo de autoconhecimento, valores pessoais, fortalecendo seu equilíbrio e bem-estar. Frente a esse pensar, Mazzarollo (2011) descreve a espiritualidade como um modo mais abrangente de visualizar as coisas, com o significado e o sentido da vida expressos, também, por meio do amor ao próximo e do respeito à singularidade humana.

O cuidado é a essência do ser enfermeiro. Pessini (2002) compreende o cuidado como bem valioso, o qual deve ser realizado de forma ética, respeitando o ser humano nas suas dimensões e na sua singularidade. Os resultados deste estudo evidenciaram que algumas das entrevistadas realizam o cuidado da dimensão espiritual por meio de práticas de humanização. Entende-se que a humanização desenvolvida no cuidado de enfermagem torna-se potencializadora e facilitadora de ações voltadas para o cuidado na dimensão espiritual, o que auxilia o paciente no enfrentamento da doença.

Um estudo qualitativo desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul, com docentes e discentes do curso de graduação em enfermagem, menciona a necessidade de incentivar o cuidado humanizado e refere que a prática diária é fundamental para abarcar nesse cuidado as multidimensões, entre elas a espiritual, psicológica, social, cultural

e política. Dessa forma, o cuidado torna-se mais abrangente e eficaz (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009).

O conceito e as práticas de religião e espiritualidade se confundem nos múltiplos espaços de cuidados de enfermagem. A dimensão espiritual pode transparecer de diversas maneiras, como conversa, apego por objetos religiosos, oração. Nesse contexto, o conhecimento e a dimensão espiritual do enfermeiro, na sua construção pessoal, refletem diretamente no desempenho do seu trabalho, ou seja, na forma como põe em prática o cuidado (SANTOS, 2014; CORTEZ, 2009).

Nota-se, em algumas das falas, que práticas entendidas como o exercício do cuidado na dimensão espiritual são, na verdade, ações que contemplam a religiosidade do paciente. Um estudo de cunho qualitativo realizado na UCI de um Hospital Universitário, na cidade de São Paulo, composto de 34 membros da equipe de enfermagem em uma das subcategorias, refere que o profissional de saúde recorre ao discurso religioso ao realizar o cuidado do paciente, em situação de crise ou enfrentamento e, concomitante a isso, usam a religiosidade para que a dimensão espiritual seja contemplada (PENHA; SILVA, 2012).

Considerando que a expressão da espiritualidade é mais instigada frente a situações de enfrentamento, como é o caso da doença renal crônica, percebe-se a importância de o enfermeiro ampliar seu conhecimento na dimensão espiritual. Para isso, deve ser flexível nas suas manifestações e se utilizar de diversas maneiras de exercer o cuidado integral (BRITO *et al.*, 2013; CORTEZ, 2009).

Por meio das falas, percebeu-se que, para algumas das participantes, a espiritualidade atua como agregante e facilitador para a aderência dos pacientes ao tratamento, principalmente na renovação de esperanças. Em estudo feito por meio de revisão da literatura, para o qual foram consultados quatro diferentes bancos de dados e usados como um dos critérios artigos que abordassem a espiritualidade correlacionada à saúde de pacientes dialíticos, encontrou-se vários autores que fazem referência a pacientes que tinham sua espiritualidade e/ou religiosidade fortalecida/desenvolvida e demonstravam maior satisfação no cuidado,

porém não foi constatada sua relação com aderência ao tratamento (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010). Diante disso, percebe-se a importância de a espiritualidade ser considerada no cuidado aos pacientes em tratamento dialítico, pois isso influenciará na qualidade de vida e no enfrentamento da doença.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se que o objetivo deste estudo foi alcançado, pois possibilitou compreender, por meio da análise dos dados, o que o profissional de enfermagem entende acerca do conceito de espiritualidade, e se eles consideram e de que maneira a dimensão espiritual ao realizar o cuidado do paciente renal crônico. Percebeu-se, na fala das enfermeiras, que o conceito e as práticas de religião e espiritualidade se confundem nos múltiplos espaços de cuidados de enfermagem. No decorrer da coleta de dados, as participantes da pesquisa demonstraram interesse pelo assunto e mencionaram ser importante e necessário abordar a temática.

Como contribuições deste estudo, ressalta-se que foi possível demonstrar a importância de o profissional de enfermagem ampliar o seu conhecimento da dimensão espiritual, sendo que ela está interligada ao exercício do seu cuidado e desempenha um papel importante para o paciente renal crônico no processo de melhoria e recuperação da doença, pois atende o humano na sua integralidade. Fica o compromisso acadêmico de desenvolver/aplicar com as participantes da pesquisa, uma ação que aborde a temática da espiritualidade, com a intenção de ampliar o entendimento do profissional de enfermagem sobre o assunto e, a partir disso, qualificá-lo para atuar frente às diversas maneiras que a dimensão espiritual pode ser expressada pelos pacientes durante o tratamento substitutivo da função renal. Dessa forma, acredita-se estar incentivando a promoção do cuidado integral.



## REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S. *et al.* Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, p. 71-78, 2006. Edição especial.
- BARBOSA, C. **A tríade do tempo**: a evolução da produtividade pessoal. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRITO, F. M. *et al.* Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 4, p. 483-489, 2013.
- CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.
- CORTEZ, E. A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado**. 2009. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- FREITAS, E. O. *et al.* Tradução e adaptação transcultural do instrumento “Spiritual Assessment Scale” no Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 401-410, 2013.
- LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C. de; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 32, n. 1, p. 128-132, 2010.
- NASCIMENTO, L. C. *et al.* Espiritualidade e Religiosidade na Perspectiva de Enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013.

NEPOMUCENO, F. C. *et al.* Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 119-128, 2014.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v.10, n. 2, p. 51-72, 2002.

SANTOS, N. D. **Ser enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva**: a espiritualidade no cuidado de enfermagem. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 13-23, 2003.

SIVEIRO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. **Doença renal crônica**: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013.

SOUZA, M. L. *et al.* O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

# **ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Isabella dos Santos Salla

Adriana Dall'Asta Pereira

Cláudia Zamberlan

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

## **RESUMO**

Objetiva-se conhecer a atuação do(a) enfermeiro(a) na assistência a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de revisão de literatura na modalidade de revisão narrativa. A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na Base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Foram selecionados sete artigos conforme os critérios de inclusão preestabelecidos. Após a análise dos artigos, emergiram duas categorias: A atuação do(a) enfermeiro(a) entre qualidade de vida e dor; A importância da comunicação do(a) enfermeiro(a) junto ao paciente e à família. Os resultados evidenciam que a presença do(a) enfermeiro(a) nos cuidados paliativos é relevante, visto que sua atuação vai além do assistencialismo, junto ao paciente e à família.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Enfermagem. Cuidados paliativos. Neoplasias. Oncologia.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, as neoplasias se sobressaem como as doenças mais complexas que podem acometer um indivíduo, sempre relacionadas ao risco de morte iminente. Mesmo com os avanços tecno-científicos, que trazem consigo a possibilidade de prevenção (em alguns casos), detecção precoce e tratamento para inúmeros casos de câncer, o estigma da doença ainda é intenso e comprovado por elevados indicadores de mortalidade (RIBEIRO *et al.*, 2014).

O câncer vem se manifestando como uma das principais causas de letalidade no mundo. Por isso, essa doença merece particular atenção dos profissionais da saúde no sentido de atenuar o sofrimento, uma vez que se trata de uma enfermidade com probabilidade de cura, mas, na inexistência desta, os cuidados fundamentados na ideologia dos cuidados paliativos podem abrandar as angústias do paciente e de seus familiares (SALLES *et al.*, 2012).

A assistência em oncologia aborda, entre outros aspectos, a prevenção e o cuidado curativo. A cura, muitas vezes, tem como fator complicador o diagnóstico tardio, o que reduz a sobrevida e a qualidade de vida de pessoas acometidas por neoplasias. Nesse sentido, aponta-se para a implementação de planos de cuidados que tenham em vista a conservação do conforto e da qualidade de vida por meio da prática de cuidados paliativos (SILVA *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) apresenta cuidados paliativos como cuidados ativos e totais desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar que tem por propósito oferecer uma melhor qualidade de vida à pessoa com impossibilidade de cura e a seus familiares. Esses cuidados são praticados por meio da prevenção e do alívio do sofrimento e da dor, assim como de outros problemas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Nos cuidados paliativos, os profissionais de saúde constituem uma relação de confiança tanto para os pacientes em fase terminal como para suas famílias. Têm o propósito de prevenir e atenuar o sofrimento vivenciado a partir da identificação precoce e na avaliação verdadeira dos problemas que acometem o doente e seus familiares, como os de ordem física, psicossocial

e espiritual. Conseqüentemente esses cuidados se tornam mais do que uma escolha terapêutica, são uma forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida. (FRANÇA *et al.*, 2013).

O profissional enfermeiro tem uma ação essencial nos cuidados paliativos junto ao doente e aos familiares, pois atua diretamente no processo de aceitação do diagnóstico e no amparo para adaptarem-se à nova condição de vida que a doença apresenta. Desse modo, desenvolve uma assistência holística ao paciente e aos familiares por meio do ouvir atento e com o objetivo de suavizar a ansiedade devido ao medo da doença e o futuro que ela irá trazer (COSTA; CEOLIN, 2010).

A vivência de um membro familiar com doença oncológica gera impacto no dia a dia e no funcionamento do meio, impondo à família a necessidade de remodelar-se com o propósito de atender às demandas e precisões do doente. A presença dos familiares junto ao enfermo, independente do diagnóstico e tipo de tratamento que será realizado, permite que ele se sinta seguro e acompanhado, o que favorece a manutenção da dignidade como ser humano (RIBEIRO *et al.*, 2014).

A realização deste estudo justifica-se pela trajetória da pesquisadora, que vivenciou, em diferentes contextos, o cuidado a indivíduos e famílias na área da oncologia tanto em instituições públicas como privadas. Soma-se a isso, a experiência familiar, quando houve o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a área da oncologia.

Diante disso, questiona-se: O que tem sido produzido, na literatura científica sobre a atuação do(a) enfermeiro(a) na assistência a pacientes oncológicos em cuidados paliativos? Assim, nesta pesquisa, teve-se como objetivo conhecer a atuação do(a) enfermeiro(a) na assistência a pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. A revisão de literatura, tradicionalmente conhecida como revisão narrativa, tem um caráter descritivo-discursivo, e caracteriza-se pela ampla apresentação

e discussão de temas de interesse científico. Essa modalidade de revisão permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica de maneira concreta em intervalo de tempo relativamente curto, entretanto apresenta como desvantagens não ser reproduzível, às vezes incompleta e, em alguns casos, inconclusiva (ROTHER, 2007).

A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), na Base de Dados Eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados da Enfermagem (BDENF), no portal do periódico em que o artigo foi publicado (*homepage* da revista). A pesquisa nas bases realizou-se nos meses de março e abril de 2016, por meio do operador booleano *and*, a partir das palavras-chave “enfermeiro” *and* “enfermagem” *and* “cuidados paliativos” *and* “oncologia” *and* “neoplasias”. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, com disponibilidade de acesso ao texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais e escritos por enfermeiros. Como critérios de exclusão, definiram-se os seguintes: teses, dissertações, artigos que não abordassem a temática do estudo, artigos em inglês e artigos não disponíveis *on-line*.

Foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações encontradas a fim de verificar a adequação dos critérios de inclusão. Para a análise dos dados, foi considerada a análise de conteúdo em três etapas, definidas por Bardin (2011). A *pré-análise* constituiu-se em realizar a leitura flutuante e os fichamentos (ficha de mapeamento e de extração de dados) de todo o material a fim de possibilitar uma visão abrangente do conteúdo. Em seguida, na *exploração do material*, foi realizada a leitura integral dos artigos, o que possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com o desenvolvimento da leitura exaustiva, foi realizada a codificação dos achados, em que os fichamentos permitiram a elaboração das categorias. Assim, com referências dos autores e análise dos textos, foi possível visualizar o conteúdo de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores, constituindo a etapa de *interpretação dos resultados* (BARDIN, 2011).

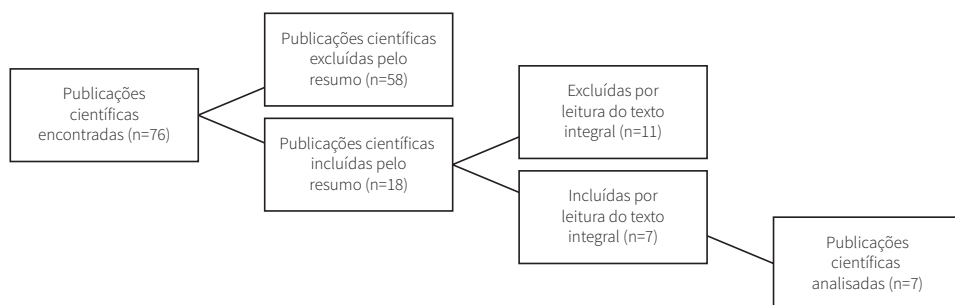
Em relação aos aspectos éticos, foram observadas e respeitadas as autorias de todos os autores dos artigos selecionados na BVS. Foi respeitada a Lei do Direito Autoral realizando-se as devidas referências em todas as citações. No quadro 1, demonstra-se a sinopse dos estudos encontrados com as variáveis: período de busca, palavras-chave, artigos encontrados e os estudos excluídos e incluídos.

**Quadro 1** - Roteiro de pesquisa realizada na Base de Dados LILACS e BDEFN

Período de busca	Palavras-chave	Artigos encontrados	Excluídos por título	Excluídos por resumo	Excluídos por texto	Incluídos
Março e abril	Enfermeiro <i>and</i> Cuidados Paliativos <i>and</i> Oncologia	13	6	1	2	4
	Enfermeiro <i>and</i> Cuidados Paliativos <i>and</i> Neoplasias	14	6	5	1	2
	Enfermagem <i>and</i> Cuidados Paliativos <i>and</i> Neoplasias	49	23	19	6	1

Fonte: as autoras.

**Figura 1** - Fluxograma - seleção dos artigos científicos sobre a atuação do(a) enfermeiro(a) na assistência a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, segundo as bases de dados estabelecidas



Fonte: as autoras.

## RESULTADOS

Neste capítulo, constam os resultados dos artigos selecionados, tabelados e de forma sistematizada. Para uma leitura mais objetiva, optou-se por relacionar (Quadro 1) a identificação e o título do artigo para posterior discussão, os autores, o ano, o objetivo; a seguir apresentam-se também os respectivos resultados (Quadro 2). Foi utilizado o método PICOD, com o intuito de posteriormente se dar resposta à questão de investigação formulada, assim como aos objetivos estabelecidos.

**Quadro 2** - Informações sobre os artigos incluídos neste estudo.

<b>Título do artigo</b>	<b>Autores / Ano</b>	<b>Objetivo</b>
A1 - Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras	WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. (2010)	Revelar as concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor em pacientes com câncer, por meio de uma proposta de educação no trabalho fundamentada nos pressupostos da educação problematizadora de Paulo Freire.
A2 - A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e ao adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura	COSTA, T. F. da; CEOLIM, M. F. (2010)	Identificar na literatura as ações de enfermagem nos cuidados paliativos à criança e ao adolescente com câncer, considerando as especificidades da doença e o processo de morte.
A3 - O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual	MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. de A. (2012)	Analisar compreensivamente o cuidado do enfermeiro à criança hospitalizada portadora de doença oncológica fora de possibilidade de cura atual.
A4 - Cuidados paliativos à criança com câncer	FRANÇA, J. R. F. S. <i>et al.</i> (2013)	Compreender a experiência existencial de enfermeiros no cuidar de crianças com câncer sem possibilidades terapêuticas.
A5 - Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal	FERNANDES, M. A. <i>et al.</i> (2013)	Conhecer a percepção do enfermeiro diante do paciente com câncer sob cuidados paliativos.



A6 - A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer*	FERNANDES, M. A <i>et al.</i> (2014)	Compreender as concepções de familiares de pacientes oncológicos, inseridos e acompanhados pelo Projeto de Extensão Cuidados paliativos ao doente com câncer e sua família, sobre o acompanhamento domiciliar a eles realizado durante a fase de tratamento e evolução da doença.
A7 - A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos	MONTEIRO, A. C. M. <i>et al.</i> (2014)	Conhecer a ação de cuidar do enfermeiro à criança com câncer em cuidados paliativos.

Fonte: as autoras.

### Quadro 3 - Resultados da análise dos artigos selecionados para o estudo.

Artigo	Participantes	Intervenções	Resultados	Metodologia
A1	Seis enfermeiras assistenciais que trabalham na unidade de Cuidados Paliativos	Na coleta de dados, foi adotado o Método do Arco, de Juan Charles Magueréz. Foram realizados encontros coletivos organizados conforme as etapas do Arco da Problematização: Observação da realidade; Levantamento dos pontos-chave; Teorização sobre o tema; Construção de hipóteses de solução; Aplicação à realidade. Essas etapas foram denominadas de “momentos educativos”. No total, foram realizados nove encontros. Cada encontro foi dividido em três atividades: Acolhimento e relaxamento, desenvolvimento do objetivo do momento educativo e reflexão do encontro realizado e preparo para o próximo momento.	Resultou em três categorias: O significado da dor - revela que as enfermeiras compreendem a dor no câncer como uma dor total; A forma de avaliação da dor praticada pelas enfermeiras - os enfermeiros e os demais profissionais não aplicam nenhuma escala de avaliação da dor; Contribuições para o cuidado - o que mais se destacou foi a importância da busca por uma relação dialógica, associada ao saber ouvir, com o paciente e a família, reforçada pelo vínculo e a confiança entre o profissional e o paciente e a família.	Pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial

A2	Seis artigos científicos	<p>Consiste de seis etapas: estabelecer a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser revista; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento. Na análise e posterior síntese dos artigos, foi desenvolvido um formulário de coleta de dados preenchido para cada artigo da amostra final do estudo. O formulário contempla informações sobre identificação do artigo e autores; objetivos do estudo; metodologia; análise dos dados, resultados e discussão; conclusões e ações de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos e no processo de morte. A apresentação dos dados e da discussão foi feita de forma descritiva.</p>	<p>Entre os artigos incluídos na revisão, três são de autoria de enfermeiros e, quanto aos demais, não foi possível identificar a categoria profissional. Os estudos foram realizados em ambulatórios e hospitais nos seguintes países: Canadá, Inglaterra, Brasil, Holanda, Austrália e Alemanha. Três estudos são de abordagem qualitativa e utilizaram-se da técnica de entrevista, um trata-se de estudo prospectivo e utilizou questionário previamente estruturado. Em dois adotou-se a análise estatística descritiva. As ações de enfermagem nos cuidados paliativos encontradas foram: Ajudar aos pais e familiares na tomada de decisões; Comunicação honesta; Trabalho e atuação da equipe multidisciplinar; Cuidado domiciliar; Ofertar conforto da criança; Manejo dos sintomas e alívio da dor; Atividades lúdicas; Auxílio nas necessidades da família, incluindo enlutamento; Considerar as particularidades do cuidado paliativo; Necessidades biopsicossociais.</p>	Pesquisa de revisão integrativa
----	--------------------------	--	---	---------------------------------

A3	12 enfermeiros	<p>Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro com a seguinte questão orientadora: <i>“Quando você cuida de uma criança fora de possibilidade de cura, o que você tem em vista?”</i> As entrevistas foram registradas em mp3 para que não se perdesse nenhum conteúdo das falas e para que a autora e os entrevistados pudessem estabelecer uma relação mais direta e empática possível. Após a sua realização, foram transcritas para posterior análise. A partir das falas dos sujeitos, realizou-se leitura cuidadosa e atenta, buscando o que havia de comum para construir as categorias.</p>	<p>As categorias que emergiram das falas dos sujeitos da pesquisa foram <i>“conforto”</i> e <i>“minimização da dor”</i>, apresentadas e analisadas.</p> <p>Os enfermeiros enfatizaram nessa ação de cuidar a necessidade de confortar a criança diante do seu estado. Os enfermeiros expressaram a importância de promover ações para minimizar a dor, avaliando e proporcionando o bem-estar para a clientela, tentando sempre minimizar o sofrimento, realizando um cuidado individualizado e direcionado para cada criança.</p>	Fenomenologia sociológica
A4	10 enfermeiros	<p>Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. Utilizou-se gravador, com as questões norteadoras: <i>Como você utiliza a comunicação em cuidados paliativos ao assistir a criança com câncer em fase terminal? Que estratégias você utiliza para promover cuidados paliativos direcionados para a criança com câncer em fase terminal?</i></p> <p>Os entrevistados foram contatados no hospital, e as entrevistas realizadas em suas dependências.</p>	<p>Da análise, emergiram duas categorias: A comunicação e o relacionamento interpessoal do enfermeiro com a criança com câncer em fase terminal - reconhecer a importância da comunicação entre o enfermeiro e a criança com câncer fora de possibilidades terapêuticas, por meio de uma relação autêntica; Estratégias pautadas nos cuidados paliativos para minimizar o sofrimento</p>	Estudo de campo, de natureza qualitativa

A4	10 enfermeiros	A análise de dados ocorreu por etapas: <i>pré-análise, exploração do material</i> , agrupamento de categorias e <i>tratamento dos resultados</i> .	existencial da criança com câncer - quando a comunicação e a observação são realizadas, é possível, conforme as falas dos depoentes, identificar a mudança de comportamento apresentada pela criança e reconhecer se ela, realmente, encontra-se bem ou mal. No que diz respeito à atenção dada às especificidades das crianças, os depoimentos constatam a ocorrência da relação dialógica.	Estudo de campo, de natureza qualitativa
A5	Nove enfermeiros assistenciais	Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada com questões pertinentes ao objetivo do estudo. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, que pressupõe as seguintes fases: <i>pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados</i> , inferência e interpretação. Após a organização do material, foram identificadas as unidades temáticas que emergiram dos depoimentos dos participantes. Essas unidades foram agrupadas por convergência dos significados, classificadas e agregadas em categorias que definiram a especificação dos temas, que foram analisados com subsídio da literatura com a finalidade de apreender as propostas da investigação.	Diante dos dados apresentados, foi realizada uma leitura criteriosa das respostas. Buscando alcançar o objetivo proposto desta pesquisa, deram origem a três categorias: Promoção de qualidade de vida por meio do alívio da dor e do sofrimento; Cuidados paliativos: um olhar para o paciente e a família no processo de terminalidade e luto; Comunicação: fonte de dignidade no processo de terminalidade. A primeira categoria expressa a percepção dos enfermeiros em relação ao paciente terminal oncológico sob cuidados paliativos.	Estudo exploratório com abordagem qualitativa

A5	Nove enfermeiros assistenciais		<p>Observa-se a tendência dos participantes da pesquisa em relacionar a qualidade de vida do enfermo ao alívio da dor e do sofrimento. Na segunda, os participantes da pesquisa relatam que os cuidados paliativos promovem uma assistência integral, humanizada e multidisciplinar e visa à minimização dos anseios do paciente e da família e dar suporte terapêutico durante o processo de enlutamento. Na terceira, os participantes da pesquisa afirmam que a comunicação é uma ferramenta de grande relevância em cuidados paliativos por promover uma assistência adequada para que o paciente chegue ao seu destino final com dignidade.</p>	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa
A6	Seis familiares	<p>As entrevistas foram abertas e gravadas, norteadas por esta questão: Como foi para você o acompanhamento realizado pelos alunos do Projeto de Extensão ao seu ente querido? Adotou-se um roteiro semiestruturado, contendo questões de caracterização sociodemográfica e anotação em um diário de campo da linguagem não verbal expressada pelos depoentes. Na análise de conteúdo, cumpriram-se algumas etapas:</p>	<p>Os seis familiares entrevistados eram do sexo feminino, com média de 57 anos, e foram as principais cuidadoras do paciente. Em relação à escolaridade, cinco tinham de um a oito anos de escolaridade e uma, ensino superior. O período de acompanhamento dos sujeitos variou de dois a dezoito meses, perfazendo média de 11 meses de acompanhamento.</p>	Pesquisa qualitativa avaliativa

A6	Seis familiares	<p>na fase pré-analítica, realizou-se a leitura flutuante dos seis depoimentos, que constituíram o <i>corpus</i> e o inventário. Posteriormente, realizou-se a <i>exploração do material</i>, etapa em que as falas foram lidas de modo exaustivo e repetidamente, a fim de estabelecer as questões importantes e construir as categorias empíricas do estudo. Finalmente, fez-se o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação, a qual foi relacionada com outros estudos sobre a temática da pesquisa.</p>	<p>Após a análise de dados, surgiram as seguintes categorias temáticas: 1) O apoio do enfermeiro no enfrentamento da doença; 2) Criando vínculo com o paciente e sua família; 3) As redes sociais de apoio. A primeira foi dividida em duas subcategorias: Ensinando o familiar no cuidado físico do doente; Apoio psicológico do enfermeiro ao paciente e cuidador. Na segunda, utilizou-se do vínculo e foi possível atenuar barreiras impostas e aproximar-se dos enfermos e da família. Os pacientes e seus familiares vislumbravam na enfermagem o apoio e a empatia que não identificaram em outros profissionais ou serviços disponíveis na rede de atenção à saúde. A terceira também foi dividida em duas subcategorias: A enfermagem como elo às redes de apoio; A ineficiência das redes de apoio.</p>	Pesquisa qualitativa avaliativa
A7	14 enfermeiras	<p>A captação das falas deu-se com entrevistas semiestruturadas e foi orientada pela questão: Que ações de cuidar você desenvolve junto à criança em cuidados paliativos?</p>	<p>Após síntese dos depoimentos, emergiram seis categorias: Dar conforto à criança; Atender às necessidades da criança; Proporcionar qualidade de</p>	Estudo descritivo de abordagem qualitativa

A7	14 enfermeiras	Após, foram transcritas para posterior análise. O tratamento das informações obtidas durante a entrevista está alicerçado na análise de conteúdo de Bardin na modalidade temática, o que permitiu codificação, desdobramento, agrupamento e síntese dos depoimentos, resultando em seis categorias analíticas.	vida à criança; Dar apoio espiritual, emocional e religioso; Estar mais próximo da criança mostrando-se disponível; Cuidar da família.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
----	----------------	--	--	--

Fonte: as autoras.

## DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos selecionados, emergiram as seguintes categorias: A atuação do(a) enfermeiro(a) na relação entre qualidade de vida e dor; A importância da comunicação da(a) enfermeiro(a) junto ao paciente e à família.

### A ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DOR

Em A1, os autores referem que os enfermeiros se esforçam para realizar um cuidado competente e que traga conforto e alívio do sofrimento, tanto ao paciente como à família. Descrevem a subjetividade como obstáculo no cuidado, e saber decifrar a dor por meio do olhar ou da voz de quem a sente é a maior dificuldade. Porém o enfermeiro tem consciência de que somente quem sente pode realmente mensurar a sua dor. Assim, é preciso que o profissional enfermeiro busque competência técnico-científica para realizar os cuidados com mais resolutividade.

No A2, os autores mencionam que o controle da dor é uma intervenção fundamental e, quando se trata de fase terminal, torna-se prioridade, visto que a dor é um dos sintomas que o paciente com câncer mais apresenta. Alguns estudos referem que o objetivo dos cuidados paliativos é

garantir qualidade de vida aos pacientes e familiares no momento em que a cura já não é possível e proporcionar morte digna e humanizada. Diante disso, percebe-se que os enfermeiros tendem a ter preocupação com esse conforto, pois buscam melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, controlando a dor e promovendo alívio do sofrimento. Segundo Freitas e Pereira (2013), amenizar a dor física é uma das principais finalidades dos cuidados paliativos, já que esse sintoma afeta diretamente a qualidade de vida e a recuperação do paciente, e grande parte daqueles que são acometidos por neoplasias necessitam de analgesia para alívio da dor.

Em A3, os autores compartilham da mesma ideia e referem que a dor é considerada um dos sintomas mais presentes em relação ao câncer sem possibilidades de cura e que esse controle é considerado como princípio essencial para manter a qualidade de vida.

Além da dor (um dos sintomas mais frequentes no paciente em cuidados paliativos), outros sintomas acometem a pessoa doente. Todos diminuem de alguma forma a qualidade de vida, tomando a atenção dos profissionais de saúde. O sofrimento de um indivíduo pode relacionar-se a vários aspectos, como físico, psicológico, espiritual, social, econômico. Assim também devem ser os princípios dos cuidados aos indivíduos sob os cuidados paliativos (SILVA; HORTALE, 2006).

Ao cuidarem de crianças portadoras de doença oncológica e fora de possibilidade de cura atual, os(as) enfermeiros(as) preocupam-se em proporcionar conforto no que se refere à promoção do cuidado. Nessa intenção de cuidar, surgem aspectos importantes para o indivíduo que promovem o alívio da dor e o conforto por meio da palavra. Quando se trata de crianças, o tratamento da dor é mais difícil, pois elas têm, muitas vezes, dificuldade para se expressar e relatar a verdadeira dimensão da dor (A3).

No que se refere à atuação do(a) enfermeiro(a) no controle da dor, os autores do estudo A5 mencionam que o(a) enfermeiro(a) deve possibilitar diferentes instrumentos disponíveis para caracterizar a dor, visto que este é um sentimento individual e que não se pode sentir pelo outro. Além disso, devem ser considerados aspectos como idade, comunicação, condição física, quadro geral em que o paciente se apresenta. Nesse estudo,



descreve-se que os cuidados paliativos se propõem a oferecer o conforto e o alívio necessários para minimizar o sofrimento e a dor. Dessa forma, proporcionam melhor qualidade de vida, que é componente essencial para ter uma vida digna. Dessa forma, o(a) enfermeiro(a) é o(a) profissional, que está mais próximo do paciente e que acaba tendo mais responsabilidade em atenuar o sofrimento e contribuir na melhora da qualidade de vida.

Como não foi identificado um método específico para poder mensurar devidamente a dor, isso se torna um desafio para os enfermeiros. Assim, essa avaliação depende do relato do paciente, que normalmente é subjetivo, ainda mais quando se trata de uma criança (FREITAS; PEREIRA, 2013).

No A7, os autores referem que é importante destacar que, no cuidado paliativo, as medidas de suporte e conforto para o alívio do sofrimento devem ser priorizadas visando ao bem-estar. São estratégias da equipe que implicam o compromisso de oferecer um cuidado integral para melhorar a qualidade de vida de crianças, adultos e seus familiares. Nesse contexto, é preciso que se dê atenção especial às ações interativas que se fundamentam na relação de respeito e valorização do ser cuidado e as que procuram promover sistematicamente o que há de saudável para proporcionar o conforto.

## A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) JUNTO AO PACIENTE E À FAMÍLIA

Os estudos apresentados no A1 revelam que o déficit na comunicação entre profissional e paciente/família pode influenciar na percepção da doença e na qualidade de vida. Assim, é imprescindível que a comunicação seja um aspecto valorizado na relação entre os envolvidos com a doença.

Em A2, descreve-se que é imprescindível que o(a) enfermeiro(a) auxilie a família no reconhecimento de suas dificuldades e, se for possível, a encontrar recursos para essas dificuldades. Esse auxílio se faz por meio de uma comunicação eficaz, que influencia na melhor adaptação de paciente e família aos sintomas apresentados. Por estar presente durante mais tempo, o(a) enfermeiro(a) torna-se referência no apoio às necessidades dos familiares e pacientes. O processo de morte por uma doença sem possibilidade de cura é

bastante estressante e desgastante, uma vez que, quando uma pessoa é acometida por uma doença agressiva, todo círculo familiar é afetado. Dessa forma, o(a) enfermeiro(a) pode ajudar a família a identificar mudanças, que poderão ocorrer à medida que evolui o processo terminal, e a conviver com elas.

No estudo apresentado em A3, os autores compartilham dessa mesma ideia, e mencionam que, ao cuidarem de uma criança portadora de doença oncológica e fora de possibilidade de cura, os(as) enfermeiros(as) também cuidam dos familiares. Esse cuidado pode se dar por meio de uma conversa, um abraço, um ombro, um consolo ou pelo simples fato de estar junto para amenizar momentos caracterizados por dores e medos decorrentes do processo de agravamento do quadro clínico e morte.

É necessário que sejam oferecidas informações concretas, sem omissões, de forma transparente e objetiva para a família cuidadora, de maneira que possa se sentir mais segura, conseguindo, assim, enfrentar a experiência e preparar-se para passar por momentos de dor e possível perda. Para uma comunicação adequada por meio da interação entre profissional de saúde e paciente/família, é necessário valorizar a importância da comunicação, sobretudo conhecer as estratégias; interrogar a respeito das expectativas e do conhecimento do paciente e da família sobre a doença e o tratamento (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Nos estudos, pode-se encontrar a comunicação como outra forma de cuidado ofertada pelos profissionais enfermeiros. A literatura revela que a comunicação de forma verbal ou não verbal promove um vínculo afetivo entre o profissional de enfermagem e o paciente, proporcionando uma relação intersubjetiva com ênfase nas necessidades individuais de cada ser doente (A4).

Os enfermeiros devem atuar junto à família contribuindo para minimizar o sofrimento, esclarecer dúvidas, encorajar atitudes positivas e ser acessível durante o tratamento do paciente. O cuidado é da natureza da enfermagem e cuidar do paciente terminal requer do enfermeiro conhecimentos específicos a respeito do controle da dor, da administração de analgésicos, da comunicação com o paciente, além da reflexão sobre o processo de morte (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Em A4, os(as) enfermeiros(as) mostram que, em cuidados pediátricos, a conversa e a brincadeira que fazem a criança sorrir adquirem grande relevância no processo de cuidar. Dessa forma, o enfermeiro deve saber como se expressar e como lidar, pois se trata de uma criança que está vivenciando os seus últimos dias de vida. É fundamental que o(a) enfermeiro(a) saiba identificar as necessidades dessas crianças com câncer por meio da comunicação autêntica e da observação, de maneira minuciosa, durante a assistência.

No estudo A5, os autores descrevem que a comunicação entre enfermeiro(a) e paciente tem como finalidade esclarecer dúvidas relacionadas às questões pessoais em situação terminal, e esse profissional deve dar a oportunidade para o paciente expressar os aspectos que lhe são obscuros. Nesse sentido, é muito importante que o(a) enfermeiro(a) esclareça sobre procedimentos e condutas a serem adotados. Cabe a ele valorizar a comunicação com os pacientes e, para isso, deve saber como abordar e identificar o que querem expressar com seus gestos, olhares e falas. Pode-se perceber que a boa comunicação entre enfermeiro(a) e paciente poderá proporcionar uma assistência mais efetiva, facilitar a assistência prestada e atenuar medos e ansios proporcionados pela doença terminal, o que mostra a importância da comunicação na prestação desses cuidados.

A comunicação em enfermagem permite que o profissional enfermeiro ajude os pacientes a se adaptarem melhor às situações, além de identificar e atender suas necessidades de saúde e transmitir-lhes confiança a fim de que se sintam satisfeitos e seguros, o que diminui o medo e a ansiedade. Além disso, a comunicação terapêutica é fundamental para um cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte do enfermeiro (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Em alguns estudos, foram abordadas questões relacionadas à equipe multidisciplinar. Esse assunto não está diretamente relacionado à atuação do(a) enfermeiro(a), mas, como foi abordado por alguns estudos, é importante relatar. Diante desse aspecto, é necessário que haja a participação de outros profissionais, ou seja, uma equipe multiprofissional para que seja possível suprir a atuação que não compete ao enfermeiro ou que não está ao seu alcance (A1). Levando em consideração que os cuidados paliativos têm foco

no alívio dos sintomas e na melhora da qualidade de vida, em uma abordagem física, psicológica, espiritual e social, além de estar presente no processo de luto, se faz indispensável a presença de uma equipe multidisciplinar para que atenda o paciente e a família em vários pontos e fragilidades (A2; A5).

No artigo A6, refere-se que, nos casos em que a terapêutica aplicada não é completa, para que seja proposto um cuidado holístico que consiga contemplar todas as necessidades do paciente e de sua família, é necessária a presença e atuação de uma equipe multidisciplinar. Os estudos de A2 relatam que o trabalho em equipe multidisciplinar é considerado de extrema relevância em cuidados paliativos, visto que, para garantir uma melhor assistência, é indispensável que os problemas do paciente e dos familiares sejam vistos sob óticas e perspectivas diferentes. Outro aspecto que merece ser mencionado após os achados refere-se à possibilidade de os cuidados paliativos serem desenvolvidos no domicílio.

Ao identificar as dificuldades enfrentadas, é destacada a inexistência de equipe multiprofissional para atendimento em cuidados paliativos. Assim, salienta-se a necessidade da presença de equipes capacitadas por meio da educação permanente, de modo a facilitar o desempenho das ações (SILVA *et al.*, 2015).

Em A2, descreve-se que o cuidado paliativo domiciliar beneficia a recuperação do vínculo familiar e das rotinas da casa, além de proporcionar maior conforto ao paciente e à família. A ênfase na assistência domiciliar garante que o paciente e a família não sejam separados de forma súbita de lugares, objetos queridos e rotinas habituais.

Permanecer no domicílio pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos pacientes. O ambiente permite aos pacientes a convivência com familiares e amigos, além de proporcionar maior flexibilidade e bem-estar no que se refere a horários para higiene, alimentação e lazer, ou seja, as ações comuns ao cotidiano familiar (NUNES; RODRIGUES, 2012).

Os autores do artigo A6 referem que a visita domiciliar é um dos instrumentos mais valiosos que o(a) enfermeiro(a) pode desenvolver, uma vez que, nesse contexto, é possível identificar as necessidades do paciente e de seus familiares, bem como conhecer a realidade e os fatores que

podem contribuir no tratamento e no processo de cuidado. Pode-se evidenciar que os familiares consideram a atuação da enfermagem domiciliar paliativista essencial ao ente adoecido, visto que se sentem amparados e fortalecidos para enfrentar a doença e suas consequências. Optar pela internação domiciliar traz benefícios para o paciente, para a família e para o sistema de saúde.

Nessa direção, para o paciente, estar no domicílio é importante, pois permanece dentro de um ambiente conhecido, mantém sua intimidade, pode realizar certas tarefas e permanecer com seus hábitos e alguns lazeres. Os familiares, por sua vez, desfrutam de maior satisfação por participar ativamente do cuidado de seu familiar, e sentem-se aliviados em respeitar o desejo do paciente de permanecer em seu domicílio. Para o sistema de saúde, diminuem as internações prolongadas e de alto custo (SALES; ALENCASTRE, 2003).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, evidenciou-se, por meio da literatura, que a atuação do(a) enfermeiro(a) nos cuidados paliativos vai muito além do cuidado clínico, e é indispensável ao paciente e à família em todas as etapas do tratamento. A análise de dados mostrou essa atuação no que refere à qualidade de vida e dor. Além disso, revelou o quanto é importante o cuidado aliado à comunicação junto ao paciente e à família.

Ao concluir esta pesquisa, percebeu-se a falta de uma equipe multidisciplinar junto à prestação dos cuidados paliativos, muitos(as) enfermeiros(as) relatam sobre essa ausência e como ela poderia trazer melhoras na assistência prestada. O diagnóstico de um paciente sem possibilidade de cura coloca o profissional em uma situação de fragilidade. Diante disso, é necessário que essas situações e o processo de luto sejam trabalhados desde a graduação para que se possa ofertar um cuidado de qualidade.

Como fragilidade, aponta-se a falta de uma política pública que aborde os cuidados paliativos. Emergiram nos estudos a preferência e o benefício para a qualidade de vida, de oferecer um cuidado domiciliar, bem como oferecer leitos diferenciados nos hospitais que adotam esse

tipo de cuidado. Dessa forma, é fundamental o desenvolvimento e o aprimoramento de programas de cuidados paliativos.

Para finalizar, ressalta-se a importância do(a) enfermeiro(a) frente aos cuidados paliativos e a significativa relevância da sua atuação na assistência, tanto ao paciente como à família, que está diretamente relacionada ao paciente.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

COSTA, T. F.; CEOLIM, M. F. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 776-784, 2010.

FERNANDES, M. A. *et al.* A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Revista Rene**, v. 15, n. 3, p. 499-507, 2014.

FERNANDES, M. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

FRANÇA, J. R. F. S. *et al.* Cuidados paliativos à criança com câncer. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 779-784, 2013. Edição especial.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 450-457, 2013.

MONTEIRO, A. C. M. *et al.* A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 778-783, 2014.

MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 16, n. 4, p. 741-746, 2012.

NUNES, M. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tratamento paliativo: perspectiva da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 338-343, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World cancer report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2008.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SALES, C. A. *et al.* Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 5, p. 566-569, 2003.

SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 28-35, 2014.

SILVA, M. M. *et al.* Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery: revista de enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 692-697, 2011.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

# contexto da saúde mental





# **HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: REVISÃO NARRATIVA**

Angelise Penteado da Silva

Maria Helena Gehlen

Jeferson Ventura

Karine de Freitas Cáceres Machado

Dirce Stein Backes

## **RESUMO**

Objetiva-se, neste estudo de revisão narrativa de literatura, conhecer o que a comunidade científica de enfermagem psiquiátrica tem publicado acerca da humanização, a fim de reconhecer a sua efetividade no cotidiano do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. A busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), pela base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Por meio dos resultados, foi possível reconhecer que há uma efetiva humanização no cotidiano do cuidado de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico, porém percebe-se que a literatura brasileira tem produzido um número limitado de pesquisas voltadas à temática humanização do cuidado na enfermagem psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Enfermagem psiquiátrica. Cuidado humanizado. Saúde mental.

## INTRODUÇÃO

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 (COREN, 2015).

Nessa direção, o enfermeiro poderá aprimorar e qualificar suas práticas e seus saberes por meio das diversas áreas do conhecimento, como enfermagem obstétrica, pediátrica, gerontológica e psiquiátrica. A enfermagem psiquiátrica compreende um arcabouço teórico, filosófico e científico para a prática humanizada da profissão ao sujeito em sofrimento psíquico.

A humanização do cuidado é um tema que vem sendo discutido atualmente no campo da saúde, sendo uma expressão muito usada nas instituições de saúde pelos trabalhadores de enfermagem, responsáveis direta e indiretamente pela continuidade da assistência. O cuidado é a essência da enfermagem, sendo característica fundamental à preservação da dignidade humana. A humanização e o cuidado são indissociáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, o cuidar da saúde deve ser percebido em uma nova perspectiva, na qual o ser humano é valorizado em sua integralidade. É necessário compreender que cada indivíduo tem sua singularidade constituindo-se de uma identidade única.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a humanização consiste na associação dos recursos tecnológicos com o reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e ao mesmo tempo singular em suas necessidades. Nesse contexto, valoriza-se o processo de produção da saúde entre usuários, trabalhadores e gestores.

O início do processo de reforma psiquiátrica, no Brasil, deu-se nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005). A reforma

psiquiátrica se constitui em processo político e social complexo. É compreendida como conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, construído no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por inúmeros desafios (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

A partir da reforma psiquiátrica, a visão quanto à prestação de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico expandiu, estimulando a autonomia do paciente, a sua reinserção social, em ambiente familiar e na comunidade. Nesse sentido, o cuidado humanizado na enfermagem psiquiátrica não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas dos agravos mentais, mas envolve o indivíduo e sua história de vida, considerando as suas dimensões pessoais, sociais, emocionais e financeiras (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Diante disso, urge a necessidade de refletir a respeito da efetividade do cuidado humanizado na psiquiatria. Sendo assim, questiona-se: As publicações bibliográficas sobre a efetividade do cuidado humanizado na enfermagem psiquiátrica vêm refletindo de forma efetiva no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico?

A enfermagem psiquiátrica presta os cuidados em tempo integral, sendo o profissional enfermeiro o que tem maior vínculo com os indivíduos, tornando-se imprescindível ao cuidado humanizado. Assim, justifica-se a importância desta pesquisa por acreditar que ela irá contribuir para a construção de conhecimentos e para a prática clínica baseada em evidências científicas na enfermagem, em psiquiatria.

No presente estudo, objetivou-se identificar nas publicações da área de enfermagem psiquiátrica aspectos relacionados à humanização, a fim de reconhecer a sua efetividade no cotidiano do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico.

## **METODOLOGIA**

Para atender ao objetivo deste estudo e responder à questão problema, optou-se pela pesquisa narrativa, a qual corresponde a um método

que proporciona a síntese de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. No desenvolvimento desta pesquisa, realizou-se uma busca eletrônica dos artigos publicados e indexados em bancos de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram realizadas leituras críticas e narrativas dos textos encontrados para a melhor sustentação do tema.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos indexados nos bancos eletrônicos referentes ao tema da pesquisa, artigo na íntegra, em língua portuguesa, com as palavras-chave “enfermagem psiquiátrica, cuidado humanizado e saúde mental”. A delimitação temporal foi realizada a partir da reforma psiquiátrica no Brasil (década de 70) e pela Lei Federal nº 10.216/2001 - uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de reforma psiquiátrica - que dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área. Adotou-se como critérios de exclusão as publicações que não estivessem de acordo com o objetivo proposto pelo estudo, o qual foi conhecer nos bancos e bases de dados publicações divulgadas na área da enfermagem psiquiátrica acerca da humanização no cuidado ao ser humano com agravos psiquiátricos e mentais.

Foram encontrados 45 artigos com foco nas palavras-chave mencionadas. Dos 45 artigos, 11 não foram encontrados na íntegra e 28 não estavam de acordo com a temática do estudo. Por isso, foram descartados da pesquisa. Desenvolveu-se uma análise de conteúdo formada por três etapas: a etapa da *pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados* (BARDIN, 2009). Na primeira etapa, a *pré-análise*, foram realizadas leituras dos artigos selecionados, o que possibilitou uma visão abrangente do conteúdo dos artigos. A etapa de *exploração* foi desenvolvida por meio da análise do conteúdo dos resultados. Por fim, na etapa de *interpretação dos resultados*, foram realizadas as inferências dos dados, relacionando-os com a literatura, proporcionando a revisão e síntese do conhecimento.

Este trabalho incluiu a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática de trabalho, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. É um método fundamental para a enfermagem, pois, por vezes, os profissionais não dispõem de tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido à grande quantidade de material, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise e discussão dos dados deste estudo, foi utilizada uma amostra de seis artigos. Para a seleção dessa amostra, foram considerados os critérios de inclusão e exclusão. Por fim, na coleta de dados, foram identificados os dados de localização do artigo (Quadro 1): título, ano, autores e objetivo(s), empregando o instrumento elaborado especificamente para esta pesquisa.

**Quadro 1** - Dados de localização do artigo: título, ano, autores e objetivos

Ident.	Título	Autor /Ano	Objetivo
A1	A Enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. (2004)	Analisar o processo de assistência de enfermagem ao doente mental por meio de serviços externos ao hospital.
A2	A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil	NUNES, M. <i>et al.</i> (2008)	Estudar como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, como planejam e desenvolvem suas intervenções nessas instituições.
A3	Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas	BRISCHIALIARI, A. <i>et al.</i> (2008)	Descrever e avaliar o resultado da implementação de oficinas de sensibilização da equipe de enfermagem para um cuidado humanizado ao paciente com transtorno mental.

A4	A prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo	BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. (2010)	Compreender como se dá a produção do cuidado e as tecnologias das relações (humanização, acolhimento, relação usuário trabalhador da saúde) dos usuários e seus respectivos familiares em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral II da cidade de Sobral (CE).
A5	Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura	AMORIM, A. M. M. N. E.; CRUZ, D. K. R.; CARDOSO, M. L. L. O. (2013)	Analisar os estudos publicados sobre a percepção do enfermeiro no cuidado ao portador de transtorno mental.
A6	Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental	OLIVEIRA, L. C. <i>et al.</i> (2015)	Identificar o cuidado humanizado como instrumento da reorganização da prática de enfermagem em saúde mental.

Fonte: os autores.

A partir da análise do quadro, observa-se que o tema deste estudo, embora atual, é pouco discutido no cenário da saúde.

Para os autores do A1, a ênfase está nos aspectos político-sociais que envolveram a reforma da assistência psiquiátrica, enfocando o processo de desinstitucionalização como humanização do cuidado. No artigo, foram abordadas questões relacionadas ao comprometimento dos trabalhadores na área de saúde mental, com a “(des)construção” acerca do cuidado, em que é necessária uma abordagem humanizada por meio do relacionamento interpessoal de pacientes, enfermeiros e equipes responsáveis pela assistência ao doente mental.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica, iniciado nos anos 70, teve inspiração nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana e compartilhou com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, com amplo e desafiador movimento político, econômico, jurídico, social e cultural em direção à mudança e transição do modelo de atenção à saúde mental por meio da humanização (BRASIL, 2005).

No transcurso da implantação das novas políticas, emergiram instrumentos legais atribuindo valor às experiências exitosas para a eliminação do

modelo manicomial e asilar no país. A partir da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma, e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) impulsionou-se, nos últimos anos, a construção de um modelo humanizado de atenção integral, mudando-se o foco de atuação (PITTA, 2011).

Em A2, os autores reforçam o sistema de signos, significados e práticas em saúde mental utilizado por profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como estratégia para a humanização, identificando também a coexistência de três modelos de cuidado: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial, com ênfase na instituição, e o psicossocial, com ênfase no território. Os resultados mostram pontos de conflito entre os profissionais na forma de vislumbrar a reforma psiquiátrica desejada e o alcance das práticas nessa perspectiva.

A despeito das diferenças, há uma evidência inquestionável de transformação do cuidado humanizado quando comparado ao modelo asilar fundado, principalmente, em uma “clínica do encontro”, alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, na experimentação de relações interpessoais mais dialógicas e na escuta do outro, o que justifica o impacto clínico-social desta clínica (NUNES *et al.*, 2008).

Os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital foram criados com o intuito de garantir uma assistência contínua aos egressos, propondo novas formas de acolher/cuidar segundo o paradigma da reabilitação psicossocial. Com isso, o modelo clínico e excludente que restringia o indivíduo com agravo ao asilo foi substituído pelo modelo humanizado inclusivo clínico-epidemiológico, buscando proporcionar ao ser humano a dinâmica da vida social e familiar como forma de ressaltar suas potencialidades e vulnerabilidades no manejo com o seu adoecimento (MACIEL, 2012).

Em A3, percebeu-se que os profissionais, ao desenvolverem oficinas educativas como estímulo às necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, proporcionaram a humanização na integralidade do cuidado. Além disso, o desenvolvimento das oficinas proporcionou uma reflexão sobre o cuidado desenvolvido e um despertar do senso crítico da prática profissional, possibilitando uma redefinição do cuidado humanizado.

O enfermeiro com atuação na enfermagem psiquiátrica deve ser capaz de compreender o problema do sujeito em sofrimento psíquico, entender os efeitos de suas atitudes e habilidades para intervir nesse contexto assistencial, utilizando-se da relação interpessoal para identificar, descrever e avaliar o efeito dos cuidados humanizados que dispensa ao paciente, à família e à comunidade. O cuidado humanizado na enfermagem psiquiátrica tem a finalidade de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade (DUARTE; PINHO; MIASSO, 2011).

Já em A4, os autores demonstram que, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial, os participantes destacaram a corresponsabilidade prestada pelo serviço de saúde mental, na melhoria da assistência e a construção de elementos que favorecem a humanização como autonomia e emancipação cidadã. Dessa forma, contextualiza-se um espaço caracterizado pelo cuidado humanizado em que o acolhimento, o vínculo e a inserção do familiar transversaliza toda a prática psicossocial.

O cuidado se constitui como condição humana e é essencial para o desenvolvimento do indivíduo. O cuidado humanizado envolve compromisso, responsabilidade, conhecimento científico, vínculo e acolhimento. Assim, o cuidado é uma associação de tecnologias, articulação entre profissionais e ambientes terapêuticos, que tem o intuito de atender às necessidades peculiares de cada indivíduo (GABRIEL *et al.*, 2010).

Em A5, foi dada ênfase às atribuições do enfermeiro no cuidado humanizado aos doentes mentais voltadas para o âmbito individual. A reforma da assistência psiquiátrica assinala outros modelos de assistência, como reabilitação psicossocial.

Dispensar maior tempo ao sujeito em sofrimento psíquico é uma característica da prática de enfermagem que a diferencia das demais profissões da saúde. Assim, os profissionais de enfermagem psiquiátrica devem valer-se dessa condição e instigar esforços para promover o bem-estar do ser humano e, para isso, é necessário ter a capacidade de perceber necessidades nos diferentes momentos da vida, e buscar supri-las mediante o desenvolvimento do cuidado humanizado (DUARTE; NORO, 2010).



No artigo A6, os autores reforçaram que os profissionais de enfermagem entendem que a humanização significa cuidar das pessoas, coletivamente, com responsabilidade, compromisso e ética, ajudando-as a vencer suas limitações. Nesse contexto, fundamenta-se na concepção da reforma psiquiátrica enquanto movimento que trouxe ganhos significativos para o novo enfoque da saúde mental, em que a filosofia da humanização pode contribuir para uma assistência de enfermagem eficaz e resolutiva.

O cuidado humanizado realizado pela equipe de enfermagem visa desenvolver as capacidades e habilidades do sujeito em sofrimento psíquico para conviver da melhor forma possível com as dificuldades que ele possui (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O profissional que atua na área de saúde mental deve ser capaz, portanto, de estabelecer relacionamentos terapêuticos saudáveis, produzindo novas possibilidades de reabilitação psicossocial na humanização. Isso inclui educar os pacientes para o autocuidado, possibilitar a melhora de sua autoimagem e atentar para suas necessidades básicas (BORGES *et al.*, 2012). A prática da enfermagem psiquiátrica tem exigido uma maior percepção das necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, e o enfermeiro desenvolve habilidades que podem conferir maior competência para o melhor desempenho de suas funções na promoção do cuidado humanizado.

É necessário estabelecer, então, uma relação positiva com a família e incentivar a participação nos cuidados, a manutenção dos laços afetivos e a comunicação terapêutica. O uso da comunicação para a realização do cuidado é imprescindível, e cabe ao enfermeiro atender o sujeito em sofrimento psíquico e seu familiar de forma integral, levando em consideração o uso desse instrumento ao planejar e desenvolver o cuidado humanizado (DUARTE; NORO, 2010).

O cuidado humanizado deve ser desenvolvido e sustentado em princípios de dignidade e respeito, centrado na interação com o outro, primando pela isenção de estigmas, crendices e preconceitos, bem como valores, atitudes e crenças pessoais. Um cuidado humanizado deve ser construtivo, verdadeiro, consciente e transformador, contemplando a totalidade do outro (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A noção de cuidado não é vista como nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que é tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento, o que pressupõe capacidade de escuta e disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que demandam atenção em saúde. Assim, o cuidado humanizado deve ser orientado para a busca da reabilitação psicossocial dos sujeitos e da reinserção social deles no seu cotidiano (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Na enfermagem psiquiátrica, compreende-se a integralidade como uma ação humanizada compromissada para romper barreiras, desmontando o ideal de hospitalização, medicalização, isolamento e perda da autonomia como a melhor forma de intervenção. O que se procura é resgatar um conceito mais positivo sobre transtorno mental, exigindo que o cuidado de enfermagem ocorra em diferentes espaços por meio de uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, na qual a inclusão, a cidadania, a autonomia e a solidariedade aparecem como conceitos norteadores para ações integrais (DUARTE; PINHO; MIASSO, 2011).

A prática do cuidado humanizado na psiquiatria deve ser uma ação complexa, integral, que respeite e acolha as necessidades e subjetividades de cada sujeito em sofrimento psíquico. Assim, o cuidado pressupõe a capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade para perceber o outro como um indivíduo com potencialidades, que pode resgatar a autonomia e a cidadania (GABRIEL *et al.*, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao identificar as publicações divulgadas na área de enfermagem psiquiátrica acerca da humanização, foi possível reconhecer que há uma efetiva humanização no cotidiano do cuidado de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico. Pois ficou evidente, nesses estudos, que os profissionais da enfermagem psiquiátrica buscam, além dos procedimentos, outra forma de cuidar dos pacientes.

A partir da realização deste estudo, é possível considerar, também, que a literatura brasileira tem produzido um número limitado de pesquisas voltadas à temática humanização do cuidado na enfermagem psiquiátrica. Assim, são necessárias novas pesquisas nessa área para subsidiar o trabalho da enfermagem com pacientes em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, possibilitar atendimento com maior qualidade e mais humanizado com o foco nesses indivíduos.

Percebe-se que o cuidar em saúde mental realizado pela enfermagem vem sendo remodelado com o passar das décadas. Passou do modelo assistencial, que era centralizado nos sintomas, para um modelo de cuidar realizado na perspectiva humanista, que envolve questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o sujeito em sofrimento psíquico, ou seja, o cuidado humanizado passa a ser considerado como categoria central da profissão ao portador de transtorno mental.

Convém destacar, também, que o cuidar em saúde mental deve ser realizado tendo como fundamento um processo de produção de saúde aliado à qualificação do profissional da enfermagem que priorize, quer na formação, quer na educação permanente, conhecimentos e modos de fazer e de prestar cuidado humanizado e de qualidade. A atualização e a continuidade de estudos são de extrema importância para a utilização de um plano terapêutico voltado para reinserção social, visando à humanização do cuidado a pacientes em sofrimento psíquico.

Conforme o referencial levantado, as ações de enfermagem devem adquirir uma postura que coadune com os objetivos da reforma psiquiátrica na inserção da comunidade na assistência ao portador de transtornos mentais. Desde a década de 70, essa política vem sendo implementada nos diferentes serviços de saúde mental, embora em alguns ainda se presencie a tendência medicalocêntrica. A partir das décadas de 80 e 90, alguns trabalhadores na área de saúde mental têm-se comprometido com a “desconstrução” dos aparatos manicomial e a construção de novas formas de manejo junto ao sujeito em sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 14, n. 1, p. 64-70, 2010.

AMORIM, A. M. M. N. E.; CRUZ, D. K. R.; CARDOSO, M. L. L. O. Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 2, p. 53-62, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 72-83, 2010.

BORGES, M. C. L. A. *et al.* Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 42-48, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRISCHIALIARI, A. *et al.* Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1080-1090, 2008.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D. da; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem, v. 15, n. 4, p. 686-693, 2011.

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/>. Acesso em: 3 maio 2015.

DUARTE, M. L. C.; DE PINHO, L. B.; MIASSO, A. I. Estágio do curso de especialização em saúde mental: relato de experiência em um CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 753-756, 2011.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 685-692, 2010.

GABRIEL C. S. *et al.* Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 529-535, 2010.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 73-82, 2012.

NUNES, M. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 188-196, 2008.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1774-1782, 2015.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.



contexto  
da saúde  
ambiental

# **ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE AMBIENTAL**

Francielle da Costa Vieira  
Mara Regina Caino Teixeira Marchiori  
Dirce Stein Backes  
Cláudia Zamberlan

## **RESUMO**

Objetivou-se identificar na literatura científica a atuação da enfermagem na saúde ambiental. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura na modalidade narrativa, desenvolvida por meio da leitura de cinco artigos científicos, a partir da busca realizada no ano de 2017, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal do periódico da CAPES, utilizando os descritores “saúde ambiental” *and* “atenção primária em saúde”. Da análise do conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: Interface Saúde e Meio Ambiente; Interface da Saúde Ambiental e a Enfermagem. No Brasil, as ações e intervenções realizadas pela enfermagem em saúde ambiental ainda são incipientes. As práticas da enfermagem estão voltadas para ações curativas e, nesse contexto, é necessário aprimorar ações de promoção em saúde, de educação em saúde ambiental, participação da comunidade e no âmbito da gestão no planejamento territorial das áreas de risco ambientais.

**Palavras-chave:** Saúde ambiental. Atenção primária em saúde. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O debate sobre a problemática ambiental está cada vez mais evidente na mídia, que tem sido um veículo de grande divulgação sobre os impactos e catástrofes ambientais que vêm ocorrendo no planeta em decorrência das alterações resultantes do mau uso dos recursos naturais. A preocupação com a sobrevivência do planeta e da própria espécie humana tem motivado a ampliação das discussões sobre temas, como mudanças climáticas e destruição de ecossistemas (FREITAS, 2011).

Os seres humanos estão transformando cada vez mais o ambiente por meio de suas ações. Estimativas apontam que cerca de um quarto das doenças e mortes que ocorrem, bem como as suas causas, estão relacionadas a fatores ambientais, sendo que, entre a população infantil, na faixa etária de 0 a 4 anos, a proporção de mortes chega a ultrapassar um terço, principalmente em regiões mais pobres onde as degradações ambientais ainda são maiores (FREITAS, 2011).

Diferentes setores da sociedade têm debatido a questão da problemática ambiental. Essas discussões são relevantes na área da saúde pela incorporação da concepção de saúde ambiental como a área da saúde coletiva que diz respeito ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural, antrópico e sociais que a determinam, condicionam e influenciam, com o propósito de melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade (BRASIL, 2005).

A sustentabilidade requer o esforço contínuo de educação e conscientização de cada ser humano, em se tratando de preservar, racionalizar e cuidar dos recursos para que estes continuem mantendo o sustento atual e das gerações futuras. Essas mudanças, ao atingirem de maneira peculiar diferentes setores da vida cotidiana e áreas de conhecimento do ser humano de maneira integral, estarão contribuindo para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas e populações (BARCELLOS; DELLAGNELO, 2013; ADOBENT *et al.*, 2014).



No Brasil, a Política em Saúde Ambiental está em processo de efetivação com o desenvolvimento de ações compatíveis com as necessidades do setor da saúde. A vigilância nessa área começou a se estruturar no final da década de 90, no Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Com a extinção do CENEPI, suas atividades passaram a ser competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), criada em 2003. A SVS, atualmente, é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2007).

Desde a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, a integração das vigilâncias foi se fortalecendo nas três esferas de governo. Essa integração é impulsionada pela relevância das doenças e dos agravos não transmissíveis, pela necessidade do fomento às ações de promoção da saúde, pela redução da morbimortalidade da população em geral e dos trabalhadores em particular, pela preocupação com os riscos sanitários, caracterizados como os eventos que podem afetar adversamente a saúde de populações humanas, e pela urgência em organizar respostas rápidas em emergências de saúde pública.

A enfermagem, como profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, tem sido protagonista de ações de saúde e educação como prática social, atuando em diferentes dimensões da vida humana, entre elas, a ambiental (BRASIL, 1987). Assim, a enfermagem tem buscado inserir-se nesse campo de atuação por meio de ações de promoção da saúde que capacitem o indivíduo e a comunidade a exercerem empoderamento e autonomia nas condutas ecologicamente corretas, uma vez que ainda é insipiente a produção de conhecimentos e publicações sobre a importância do trabalho da enfermagem na promoção de ações ambientais adequadas e sua relação histórica com a saúde (BESERRA; ALVES, 2010).

Destaca-se que as pesquisas sobre o ambiente precisam explorar o conceito de Educação, incorporando a complexidade de duas inter-relações

sistêmicas e de sua problemática, assim como a análise dos significados, dos valores e das potencialidades socioculturais e ambientais, visando reorganizar os modos de pensar e agir frente ao processo de viver saudável e as interações com as questões ambientais (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009). Percebe-se que há pouca ou nenhuma valorização do meio ambiente como parte indissociável do processo de viver humano e, portanto, do processo saúde-doença. Por mais que alguns profissionais da saúde, como os enfermeiros, tenham efetivado sua formação em período em que a crise ecológica não era tão veiculada pela mídia, ou mesmo para os que passaram por processo formativo mais recentemente, fica clara a ideia de que os conteúdos relacionados a esses assuntos ainda são reduzidos nos currículos, sobressaindo-se uma visão dicotômica entre sociedade e natureza. A expressividade da dimensão ambiental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não alcançou a amplitude necessária a ponto de mobilizar uma discussão mais intensa, tampouco a ponto de fazer parte do rol temático da formação profissional em saúde (CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2011).

Para Beserra e Alves (2010), a atuação do enfermeiro está diretamente relacionada ao cuidado humano, por dedicar-se à qualidade de vida individual ou coletiva por intermédio de ações de promoção da saúde. Assim, ações educativas que favoreçam a compreensão do significado de saúde e que incentivem as pessoas a refletirem sobre seu compromisso socioambiental podem ser desenvolvidas em uma perspectiva de transformação do processo de aprendizagem. O enfermeiro caracteriza-se como um educador não só nos serviços de saúde, mas também nas instituições de ensino, sendo capaz de desenvolver educação em saúde em diferentes cenários.

Nesse contexto, há necessidade de se ampliar o debate sobre a interface da saúde ambiental e as ações de saúde, especificamente a inserção dos profissionais da enfermagem como atores responsáveis pela ação e intervenções na preservação ambiental.

Diante dessa temática, questiona-se: Quais as pesquisas realizadas na literatura científica sobre a atuação da enfermagem na saúde ambiental?;

Como são desenvolvidas as ações de saúde e intervenções em relação à saúde ambiental?

Na tentativa de responder aos questionamentos explicitados objetivava-se identificar, na literatura científica nacional, a atuação da enfermagem na saúde ambiental e a inter-relação das intervenções e ações de saúde.

## **METODOLOGIA**

Neste estudo, optou-se pela revisão de literatura na modalidade narrativa que apresenta um caráter descritivo-discursivo, caracterizando-se pela ampla apresentação e discussão de temas de interesse científico. A revisão narrativa é elaborada por profissionais de reconhecido saber e experiência, para descrever o estado da arte sob o ponto de vista teórico ou contextual. Essa modalidade de revisão permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica de maneira concreta em um intervalo de tempo relativamente curto, entretanto apresenta as desvantagens de não ser reprodutível, às vezes, incompleta e, em alguns casos, inconclusiva (MUNOZ *et al.*, 2002; ROTHER, 2007).

A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na Base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal do periódico em que o artigo foi publicado (*homepage* da revista) e no portal CAPES.

A revisão foi realizada de março a setembro de 2017, a partir dos descritores: “saúde ambiental” *and* “atenção primária em saúde”. Foi utilizado o operador booleano *and* para combinar os termos da pesquisa, que mostra os artigos que contenham todas as palavras-chave digitadas, restringindo a amplitude da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, publicados a partir do ano de 2012. Essa delimitação temporal foi feita para captar artigos publicados há cinco anos, ou seja, pesquisas atuais sobre o tema. Além disso, buscou-se por textos com disponibilidade de acesso completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e artigos que não abordavam a temática do estudo e não disponíveis *on-line*.

Foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações encontradas a fim de verificar a adequação dos critérios de inclusão. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para definir a seleção, foi feita a busca da publicação na íntegra. Foi delineado um instrumento de coleta de dados, em que os dados extraídos de todos os artigos selecionados foram registrados em dois quadros sinópticos (com a identificação, título, autor (es), periódico publicado e ano de publicação, objetivo(s), método, principais resultados e conclusões) para melhor visualização e, assim, obter a essência de cada artigo, buscando fundamentos para alcançar o objetivo do estudo.

Para a análise dos dados, considerou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), segundo as três etapas do método. Na *pré-análise*, realizou-se a leitura geral (flutuante) de todo o material, ou seja, dos artigos e fichamentos (ficha de mapeamento e de extração de dados) a fim de possibilitar uma visão abrangente do conteúdo. Em seguida, na *exploração do material*, realizou-se a leitura integral dos artigos, o que possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com o desenvolvimento da leitura exaustiva, foi desenvolvida a codificação dos achados, em que os fichamentos permitiram a elaboração das categorias. Assim, com referências dos autores e análise dos textos, foi possível visualizar o conteúdo de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores, constituindo a etapa de *interpretação dos resultados* (BARDIN, 2011).

A partir dos descritores e das base de dados já citadas, foram encontrados 465 artigos. Destes, foram selecionados cinco artigos, que foram lidos na íntegra e selecionados para análise por atender aos critérios previstos de inclusão e se adequarem ao objetivo do estudo. Em relação aos aspectos éticos, foram observadas e respeitadas as autorias de todos os autores dos artigos selecionadas na BVS. Foi respeitada a Lei do Direito Autoral, com as devidas referências, tanto na citação direta como na indireta (BRASIL, 2013).

## RESULTADOS

Na apresentação dos resultados das informações, os dados foram organizados de forma descritiva e por meio da construção de um quadro sinópticos. Os cinco artigos selecionados e que compuseram a análise de conteúdo temática estão apresentados no quadro 1.

**Quadro 1** - Síntese dos artigos a partir da identificação, título do artigo, autores, periódico publicado e ano de publicação

Ident.	Título	Autores	Periódico/ano
A1	Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas	ROMÃO, L. M. V.; MAIA, E. R.; ALBUQUERQUE, G. A.	Revista Enfermagem UERJ, 2014
A2	Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada a saúde ambiental consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia	DE MORAIS, V. S.; CHAVES, A. P. L.	Saúde e Sociedade, 2016
A3	Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde	PESSOA, V. M. <i>et al.</i>	Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2013a
A4	Pesquisa-ação a proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador	PESSOA, V. M. <i>et al.</i>	Interface: comunicação, saúde, educação, 2013b
A5	A educação ambiental como estratégia da Atenção Primária à Saúde	PEREIRA, C. A. R.; MELO, J. V. de; FERNANDES, A. L. T.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2012

Fonte: as autoras

**Quadro 2** - Síntese dos artigos a partir da identificação, objetivo(s), método, principais resultados e conclusões

Ident.	Objetivo(s)	Método	Principais Resultados/Conclusões
A1	Identificar a percepção dos enfermeiros acerca dos riscos ambientais em áreas adscritas bem como suas ações em caso de riscos identificados.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas a 27 enfermeiros.	Os enfermeiros são sensíveis à situação de risco ambiental e veem a educação em saúde como meio para enfrentar o problema. Para isso, é necessário realizar intervenções interdisciplinares e intersetoriais na área da promoção da saúde e não apenas no enfoque saúde-doença.
A2	Conhecer a percepção dos gestores intermunicipais na Região de Tocantins Araguaia, em relação à saúde ambiental.	Processamento de depoimentos estrategicamente elaborados com total de 46 participantes, gestores dos municípios.	Os resultados obtidos mostram uma dicotomia entre a visão do tema expressa pelas normas e pela legislação vigente e sua respectiva operacionalização, evidenciando que os gestores pouco ou nada conhecem sobre a Ação Primária em Saúde Ambiental (APRIMA) e suas estratégias, o que contribui para a inexistência de trabalhos coletivos entre as diferentes secretarias municipais na promoção da saúde ambiental. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de capacitação no âmbito do Conselho Estadual de Saúde e outras instâncias de controle social.
A3	Saber a importância do mapeamento participativo para a comunidade e territorialização em saúde em Quixeré, Ceará, Brasil.	Em uma abordagem qualitativa, foi realizada uma pesquisa-ação. Para a composição do grupo de pesquisa, formado por 14 sujeitos, adotou-se como critério a participação social e a representatividade no território local.	Foi possível identificar as necessidades de saúde, a reapropriação do território reforçando a atuação intersetorial, fortalecendo a interlocução entre a saúde ambiental e do trabalhador, avançando na superação dos processos contribuintes para a insuficiência das práticas da Atenção Primária em Saúde.

A4	Conhecer as tramas que envolvem o acesso à saúde na inter-relação com o desenvolvimento econômico e as implicações no trabalho e ambiente em comunidades no Nordeste brasileiro, com o intuito de elaborar, em parceria com o SUS local, um plano de ação em relação à saúde do trabalhador e saúde ambiental a ser implantado na Estratégia Saúde da Família.	Pesquisa-ação desenvolvida no contexto da modernização agrícola na Chapada do Apodi-Ceará, com abordagem qualitativa.	Este cenário vivencia processos de reestruturação produtiva, centrado no agronegócio, inserindo o Ceará no mundo globalizado com severos impactos à saúde e ao ambiente. Foi possível ver a importância do planejamento conjunto, bem como promover mudanças no contexto local. A percepção ecossistêmica também ajuda no próprio sistema com a participação da comunidade e o engajamento de profissionais, gestores e trabalhadores.
A 5	Estudar a importância da estratégia da Educação Ambiental para os trabalhos em Atenção Primária à Saúde com base no projeto interdisciplinar desenvolvido em Santa Fé, em Uberaba, MG.	Realizado um diagnóstico socioambiental por meio de questões semiestruturadas com pesquisa qualitativa abordando os temas: saúde, educação, economia familiar, alimentação, meio ambiente e meio sociocultural para melhor entendimento da dinâmica da comunidade e para estruturar as atividades de AP à Saúde e Educação Ambiental com base em seus resultados.	Foi possível detectar problemas de saúde em decorrência do impacto ambiental. A educação ambiental é um bom caminho para mudar o cenário atual em que há problemas de saúde decorrentes de fatores ambientais.

Fonte: as autoras

Foram analisados cinco artigos sobre atuação da enfermagem na saúde ambiental e na inter-relação das intervenções e ações de saúde. A pesquisa dos artigos encontrados possibilitou ampliar o objetivo, trazendo nas categorias aspectos sobre saúde ambiental e as intervenções e ações de saúde que podem ser desenvolvidas pela enfermagem. Da análise do conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: Interface saúde e meio ambiente; Interface da saúde ambiental e a enfermagem.

## INTERFACE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

No artigo A3 e no artigo A4, evidenciam-se mudanças ocorridas nos últimos anos em territórios nacionais, referentes à qualidade de vida da população local, como as intercorrências no cotidiano, que causam alterações na vida pessoas, e as mudanças que aconteceram no processo saúde-doença. No artigo A3, tem-se como objetivo identificar a importância do mapeamento participativo para a comunidade e a territorialização em saúde em Quixeré, Ceará, Brasil. Nesse estudo, também se descreve uma pesquisa-ação em território que passou por transformações socioambientais nos últimos 10 anos. A partir da elaboração dos mapas (mapeamento participativo), foi identificado que a empresa transacional de fruticultura irrigada para exportação causou impacto na saúde dos moradores locais e trabalhadores. Por meio da análise do mapa ambiental construído, identificaram-se numerosas formas de contaminação ambiental nas comunidades, como as causadas por agrotóxicos, por meio da ação do agronegócio, bem como aquelas causadas por caieiras, por fornos de padaria e os veículos que lançam poluentes atmosféricos.

Percebe-se, também, que o mapeamento do território possibilitou delinear aspectos singulares da região, e, a partir disso, os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) podem ter uma melhor compreensão de como abordar a família e os aspectos relacionados à saúde ambiental. Alguns elementos que interferem na saúde do meio ambiente desapareceram do território e foram identificados a partir dos grupos. Segundo relatos, já não é mais possível brincar nos campos, pois hoje estão ocupados por plantações, e animais, antes comuns no local, como onça, ema, macaco, jacu, seriema, canário amarelo, avestruz, arara, guaxinim, gato do mato e tamanduá, hoje, são raros. As pessoas poderiam se alimentar de outras coisas além do que foi plantado, ninguém consome nem o que foi plantado na região.

Os resultados mostram que o modelo econômico e a relação de consumo têm influenciado na saúde do meio ambiente, causando alterações.



Destaca-se o mapeamento participativo como dispositivo para evidenciar os condicionantes e determinantes ambientais e sociais que causam agravos à população, bem como a contribuição dos profissionais nesse registro de dados.

No artigo A4, objetivou-se conhecer as tramas que envolvem o acesso à saúde na inter-relação com o desenvolvimento econômico e as implicações no trabalho e no ambiente em comunidades do nordeste brasileiro. Trata-se de uma pesquisa-ação desenvolvida no contexto da modernização agrícola na Chapada do Apodi-Ceará. Esse cenário vivencia processos de reestruturação produtiva centrada no agronegócio, inserindo o Ceará no mundo globalizado com severos impactos à natureza e à vida da população.

## INTERFACE DA SAÚDE AMBIENTAL E A ENFERMAGEM

No artigo A1, objetivou-se conhecer a percepção dos enfermeiros acerca dos riscos ambientais em áreas adscritas, bem como suas ações em caso de riscos ambientais. O estudo evidenciou que os enfermeiros são sensíveis à situação de risco ambiental e em suas ações têm enfrentado o problema por meio da educação em saúde, com limitações na realização de intervenções interdisciplinares e intersetoriais na área da promoção da saúde e não apenas no enfoque saúde-doença.

Mostra-se, no artigo A2, que os gestores pouco conhecem sobre a atenção primária ambiental, sabem que o ambiente interfere na saúde-doença, mas não sabem identificar e ou planejar ações para que haja uma mudança no processo de saúde-meio ambiente. O consórcio intermunicipal foi criado com o intuito de propiciar ações intersetoriais, incluída aí a questão ambiental, mas que não são desenvolvidas de forma ampliada.

Já no artigo A3, apresenta-se o mapeamento participativo em que o enfermeiro como profissional integrante da equipe da estratégia da saúde da família tem participado na construção dos mapas. Por meio desse dispositivo, tem identificado problemas ambientais e que interferem na vida das pessoas e dos trabalhadores. Destaca-se a atuação

na equipe no desenvolvimento de planejamento em saúde, baseado nas necessidades de saúde das pessoas e no conhecimento do ambiente e sua interface com saúde e condições de vida das pessoas.

Percebe-se, também, no artigo A5, a interface da saúde ambiental e a enfermagem, pois este tem como objetivo a importância da estratégia da Educação Ambiental e Atenção Primária à Saúde (APS) realizada com base em um projeto interdisciplinar, desenvolvido em uma Comunidade Santa Fé. Destaca-se a importância da ação evidenciada no diagnóstico socioambiental, abordando temas como: saúde, educação, economia familiar, alimentação, meio ambiente e meio sociocultural, para melhor entendimento da dinâmica da comunidade e para estruturar as atividades de Atenção Primária à Saúde e Educação Ambiental com base em seus resultados e com o protagonismo da comunidade, agentes da transformação social.

## **DISCUSSÃO**

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece atribuições aos profissionais, como participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Além disso, sugere a participação da comunidade na elaboração de mapas ambientais, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e na atualização contínua das informações, priorizando as situações que precisam de planejamento local. Destaca-se que a territorialização é uma ação primordial, pois, por meio dela, identifica-se a situação da saúde, instrumentaliza-se o planejamento e a implantação de ações estratégicas que garantem a intervenção e a resolutividade de vulnerabilidades de necessidades de saúde no sistema (BRASIL, 2006).

De acordo com Santos e Cutolo (2004), para o desenvolvimento de ações em saúde ambiental, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade constituem-se dimensões fundamentais. A primeira caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, destaca-se o enfermeiro como ligação com os outros profissionais para a busca de soluções em saúde ambiental, enquanto a

segunda visa alcançar resultados em saúde em que os diferentes profissionais devem se comunicar, dentro e fora do seu setor, criando uma rede de proteção aos usuários, em prol da saúde individual e coletiva.

Dessa forma, a articulação entre os serviços, estruturada por meio de conexão próxima entre seus diversos profissionais, ações e projetos, criaria uma rede de interdependência e compartilhada de ações de saúde integral, materializando, assim, o conceito de trabalho em rede (BOURGUIGNON, 2001). O consórcio intermunicipal de saúde é uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito SUS, utilizado para desafios locais a serem superados, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações, preservando, assim, a decisão e a autonomia dos governos locais. Na prática, tem sido utilizada no campo do saneamento para proteção de recursos hídricos e solução de problemas relacionados à destinação de resíduos sólidos (BRASIL, 1998).

Dentro da Atenção Primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como base a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Atua em questões das coletividades, em áreas como educação em saúde, saneamento, controle de doenças contagiosas e vetores, intervenções sobre o meio ambiente e prevenção de fatores de risco e promoção da saúde. (BROMBERGER, 2003).

O enfermeiro, como profissional que compõe a ESF, desenvolve ações de Saúde frente a problemática ambiental em sua área de abrangência. Atua na assistência integral à saúde dos indivíduos e das famílias nos diferentes cenários comunitários, de modo a identificar situações de riscos ambientais, com vistas ao planejamento, à coordenação de ações de promoção e proteção da saúde (CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2011).

A promoção da saúde vem sendo evidenciada nas pesquisas como ação em saúde para a mudança do modelo técnico-assistencial, trazendo possibilidades de diálogo e com outros saberes e fazeres que oportunizam aos sujeitos melhorem a qualidade da sua vida e da sua

comunidade (GRILLO *et al.*, 2009). É nesse contexto que a educação ambiental é um componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não formal (BRASIL, 1999).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pouca quantidade de artigos encontrados mostrou que ainda são escassos os estudos sobre a temática aqui abordada, e ações e intervenções desenvolvidas pela enfermagem em saúde ambiental estão ainda incipientes. Destaca-se também a política em saúde ambiental não efetivada de forma ampliada na prática e o despreparo dos profissionais para atuar em situações incertas e complexas.

Como são poucos os estudos sobre a temática e diante da sua relevância para a saúde do ser humano, destaca-se a reponsabilidade que a enfermagem tem diante da saúde da pessoa, família e coletividade. O estudo tornou-se árduo, pois encontrar evidências na atuação da enfermagem em saúde ambiental em artigos foi difícil diante do que se esperava encontrar.

A promoção da saúde como ação de saúde interdisciplinar e transdisciplinar deve ser desenvolvida na enfermagem e pela equipe multiprofissional, para que se alcance um novo referencial que fundamente a atuação dentro da saúde. É necessário o desenvolvimento de competências e habilidades atitudinais que direcionem os profissionais para a atuação adequada. Além disso, é preciso que se tracem caminhos de mudança dentro das equipes para ações efetivas nesta área tão imprescindível para a saúde.

Conclui-se, dessa forma, que as diversas ações de educação ambiental evidenciadas pelas pesquisas, com destaque aquelas voltadas para a saúde e o ambiente proporcionam às pessoas a oportunidade de reflexão sobre o processo saúde-ambiente, ação necessária para o protagonismo dos sujeitos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ADOMBENT, M. *et al.* Emerging areas in research on higher education for sustainable development e management education, sustainable consumption and perspectives from Central and Eastern Europe. **Journal of Cleaner Production**, v. 62, n. 1, p. 1-7, 2014.

BACKES, M. T.; ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S. Ecological care: meaning for health care professionals from a general hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 183-191, 2009.

BARCELLOS, R. de M. R.; DELLAGNELO, E. H. L. Novas formas organizacionais: do dominante às ausências. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BESERRA, E. P.; ALVES, M. D. S. Educação ambiental: pesquisa bibliográfica utilizando portal CAPES. **Revista Rene**, v. 10, n. 3, p. 68-73, 2010.

BOURGUIGNON, J. A. de. **Concepção de rede intersetorial, 2001**. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetyor.htm>. Acesso em: 10 de out. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jun. 1987.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999**. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução Normativa nº 01, de 7 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BROMBERGER, S. M. Estratégia Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção da saúde. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2KrxBlt>. Acesso em: 7 jan. 2014.

CAMPONOGARA, S.; KIRCHHOF, A. L. C.; RAMOS, F. R. S. A problemática ecológica na visão de trabalhadores hospitalares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3561-3570, 2011.

DE MORAIS, V. S.; CHAVES, A. P. L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada a saúde ambiental consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 349-360, 2006.

FREITAS, C. M. **Um equilíbrio delicado**: crise ambiental e a saúde no planeta. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

GRILLO, M. J. C. *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

PEREIRA, C. A. R.; MELO, J. V.; FERNANDES, A. L. T. A educação ambiental como estratégia da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 108-115, 2012.

PESSOA, V. M. *et al.* Pesquisa-ação a proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 17, n. 45, p. 301-314, 2013b.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013a.

ROMÃO, L. M. V.; MAIA E. R.; ALBUQUERQUE, G. A. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 2, p. 264-270, 2014.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2004.

# ***CUIDADO SISTÊMICO-COMPLEXO: IMPERATIVO PARA A CONVIVÊNCIA HUMANA SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL***

Dirce Stein Backes

Silomar Ilha

Cláudia Zamberlan

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Adriana Dall'Asta Pereira

Alacoque Lorenzini Erdmann

## **RESUMO**

Objetivou-se refletir acerca do cuidado como fenômeno sistêmico-complexo no processo de vida saudável e sustentável. Trata-se de um ensaio teórico, de caráter reflexivo, sustentado em fontes bibliográficas brasileiras e estrangeiras em formatos impressos e eletrônicos, como livros e artigos científicos, acerca da temática cuidado sistêmico-complexo e sustentabilidade. Sinalizam-se aspectos que direcionam para a necessidade de adotar novos modelos de pensamento, capazes de comportar a transdisciplinaridade como ponto de partida para o alcance de comportamentos saudáveis e sustentáveis. Dois eixos sustentam a reflexão teórica: Cuidado no processo de vida saudável e sustentável: categoria central do novo paradigma planetário; Educar para a vida saudável e sustentável: a quem cabe essa tarefa? Identificou-se a necessidade de processos educativos focados para a vida sustentável, isto é, para o viver na perspectiva cósmica. Educar para uma vida sustentável supõe novas apreensões teóricas, capazes de dialogar com a realidade cósmica, na qual o cuidado complexo é fonte e destino para tudo o que se move na dinâmica do ciclo vital.

**Palavras-chave:** Dinâmica não linear. Responsabilidade social. Desenvolvimento sustentável. Saúde. Enfermagem.



## INTRODUÇÃO

Refletir sobre o cuidado implica transcender a compreensão pontual e até mesmo a representação social de que o cuidado se limita à profissão de enfermagem e/ou aos profissionais da saúde. O cuidado está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano; acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no âmago das discussões antropológicas e ecológicas (SILVA *et al.*, 2009).

Falar do cuidado, a partir da lógica da complexidade, possibilita reflexões sobre o processo de viver humano, seja em sua manutenção e/ou seja em sua construção social. A vida sustentável pode/deve ser compreendida como um modo de vida justo, produtivo e sustentável, isto é, de bem viver entre os humanos, em harmonia (equilíbrio dinâmico) com a natureza, entendida como sistema aberto que entra em comunicação com todos os demais sistemas (GADOTTI, 2008).

Mais do que buscar o desenvolvimento saudável, é preciso investir na promoção de vida e sociedade sustentável, na qual os diferentes fios se conectam/interconectam pelas relações de cuidado. O cuidado, no entanto, somente surge quando a existência de alguém e/ou de alguma coisa tem importância, e a pessoa passa a adotá-la e reverenciá-la como parte integrante da vida (BOFF, 2012).

O cuidado, além de necessário, constitui-se em elemento integrador entre a vida, a saúde, o ambiente e a relação com a Terra como fenômeno planetário complexo. Assim, cuidar consiste em forma singular de viver, de ser, de se expressar. Trata-se de uma postura ética e estética frente ao mundo; um compromisso com o estar-no-mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da espiritualidade; uma contribuição na construção da história, do conhecimento da vida. Logo, o cuidado é um ingrediente essencial para a convivência humana saudável e sustentável (BOFF, 2011; BOFF, 2012) e se efetiva pela cooperação, complementaridade e articulação de ações e conexões (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

O termo sustentabilidade foi utilizado pela primeira vez em 1984 pela Organização das Nações Unidas (ONU), na comissão Mundial do Meio Ambiente e Desenvolvimento, com vistas à promoção de estratégias que impedissem a deterioração ambiental. Em 1988, por sua vez, definiu-se a sustentabilidade motivada pelo desenvolvimento, capaz de satisfazer as necessidades do presente sem, no entanto, comprometer a capacidade das gerações futuras para atender às próprias necessidades (ONU, 1988).

Cuidado e sustentabilidade são, portanto, categorias centrais do novo paradigma planetário. Além de possibilitar o desenvolvimento que satisfaça as necessidades humanas e dos demais seres da comunidade biótica, elas preservam a integridade, a beleza e a capacidade de regeneração da natureza com seus recursos para o viver saudável, também, das gerações futuras (BOFF, 2011). Nessa perspectiva, o cuidado, deixa de ser percebido como fenômeno pontual e linear e adquire o caráter de *Complexus*, no sentido originário da palavra, o que necessita ser tecido junto (MORIN, 2011).

Por meio do conceito ampliado de cuidado, sustentado pela complexidade, os diferentes sistemas interagem e se auto(re)produzem por meio do cuidado sistêmico-complexo. Desse modo, o cuidado comporta a união entre a unidade, a multiplicidade e a interligação entre todas as espécies e formas de vida terrestre (MORIN, 2011). Com base nos argumentos expostos, objetiva-se contribuir para a ampliação do cuidado como fenômeno sistêmico-complexo no processo de vida saudável e sustentável.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um ensaio teórico, de caráter reflexivo, em que se objetiva contribuir para a ampliação do cuidado como fenômeno sistêmico-complexo no processo de vida saudável e sustentável. Neste trabalho, pretendeu-se transcender à concepção pontual, linear e previsível de cuidado e de sustentabilidade, ainda fortemente presente no pensar e no agir dos profissionais de enfermagem e saúde. Para tanto, sustentou-se em fontes bibliográficas brasileiras e estrangeiras em formatos

impressos e eletrônicos, como livros e artigos científicos, acerca da temática cuidado sistêmico-complexo e sustentabilidade.

Os materiais selecionados para a reflexão foram submetidos à análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: unitarização, estabelecimento de relações e comunicação (MORAES; GALIAZZI, 2011). Inicialmente, os pesquisadores examinaram os textos com intensidade e profundidade, formando a categoria central, a partir da identificação do cuidado como fenômeno sistêmico-complexo no processo de vida saudável e sustentável. As informações referentes ao cuidado foram unitarizadas em duas unidades de base: na primeira, agruparam-se todas as informações referentes ao cuidado para o processo de vida saudável e, na segunda, aquelas referentes à educação para o processo de vida saudável.

Após, foi realizada nova leitura a partir da categoria central e das unidades de base, em que os pesquisadores buscaram o estabelecimento de relações entre essas unidades. Por fim, procedeu-se à última etapa do método de análise, na qual apresentaram-se as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, pelo processo de comunicação, o que resultou em duas categorias finais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os materiais analisados para essa reflexão, resultaram em dois eixos: Cuidado no processo de vida saudável e sustentável: categoria central do novo paradigma planetário; Educar para a vida saudável e sustentável: a quem cabe essa tarefa?

### **CUIDADO NO PROCESSO DE VIDA SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL: CATEGORIA CENTRAL DO NOVO PARADIGMA PLANETÁRIO**

O cuidado é, a priori, ontológico, entendido como fenômeno que sempre existiu e essencial para o surgimento da vida em suas diferentes expressões. O cuidado está na raiz frontal da constituição do ser humano.

Sem cuidado, nada que é vivo sobrevive. Sob esse enfoque, o cuidado precisa ser resgatado como categoria central para a preservação da herança biótica que é recebida do universo e, dessa forma, garantir o futuro comum da humanidade cósmica (BOFF, 2011).

Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, pode ser considerada protagonista do cuidado ecossistêmico. Ao partir de Londres para um hospital militar na Turquia, imbuída pelo cuidado, Florence reduziu, em dois meses, o percentual de mortalidade de 42% para 2%. Preconizou um ambiente estimulador para o desenvolvimento de uma vida saudável. Para tanto, passou a considerar componentes físicos, sociais, psicológicos, além de fatores, como ventilação, ar e água limpos, higiene e calor e outros elementos próprios da natureza (MORESCHI *et al.*, 2011).

O ser humano é, portanto, um ser essencialmente de cuidado. Sob essa lógica, o cuidado deve ser considerado fenômeno ontológico-existencial básico. Serve-se da ciência e da técnica sempre em consonância com essa comunidade e nunca em detrimento de sua integridade e beleza. Cuidar, na perspectiva ontológico-existencial, é um convite para ecologizar tudo o que se faz como comunidade da vida, bem como rejeitar interações prejudiciais aos ecossistemas ou que causam sofrimento aos representantes da comunidade da vida (BOFF, 2011).

A sustentabilidade representa o lado objetivo, ambiental, econômico e social da gestão dos bens naturais e de sua distribuição, enquanto que o cuidado denota o lado subjetivo, as atitudes, os valores éticos e espirituais que acompanham todo esse processo, sem os quais a própria sustentabilidade não se realiza adequadamente. Sustentabilidade significa, portanto, o uso racional dos recursos escassos da Terra, sem prejuízo do capital natural, mantido em condições de sua reprodução e de sua coevolução, considerando ainda as gerações futuras que também têm direito a um planeta habitável (BOFF, 2012). Logo, por que falar de cuidado e sustentabilidade como categorias centrais do novo paradigma planetário?

O cuidado abrange dimensões amplas e complexas que englobam o cuidado de si, do outro, do meio ambiente, da natureza e do planeta como um todo (BACKES *et al.*, 2011). Ao contrário dos sistemas

simplificados, o cuidado como fenômeno complexo, tem muitas partes/dimensões que interagem entre si. Nesse processo sistêmico, no qual as partes - singularidades - constituem o todo multidimensional, o movimento é gerado e dinamizado pelo modo como estas interagem. Logo, quanto mais intensas as relações, interações e associações que processam o cuidado, tanto maior as possibilidades de diálogo criativo e tanto maior a integralidade cósmica do cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2014).

O cuidado, como fenômeno sistêmico-complexo por excelência, necessita, portanto, unir e integrar os diferentes aspectos vitais ameaçados pelo reducionismo mecanicista que desapropria a parte do todo e o todo da parte. Pensar em cuidado é apostar na vida humana, nas relações humanas com os demais seres vitais e o com o meio em que vivem, ou seja, no ambiente, nas interações e associações que envolvem o sistema cósmico (BACKES *et al.*, 2011).

#### EDUCAR PARA A VIDA SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL: A QUEM CABE ESSA TAREFA?

Educar para a sustentabilidade é, essencialmente, educar para a manutenção da vida saudável e sustentável, que significa, entre outras coisas, educar para a solidariedade voluntária, para a quietude, mas, sobretudo, para respeitar a opção de vida de cada ser. A vida humana precisa ser guiada por valores sustentáveis, tais como a simplicidade, a austeridade, a proximidade, o saber viver juntos, o diálogo e o fazer juntos. Introduzir a cultura da sustentabilidade e da paz nas comunidades escolares é essencial para que elas sejam mais cooperativas e menos competitivas (MORESCHI *et al.*, 2011).

A promoção da sustentabilidade se concretiza, entre outros fatores, pela formação de atitudes inovadoras e recriadoras, capazes de problematizar as diferentes situações e ambientes nos quais o ser humano está inserido, no sentido de proteger a vida a partir de sua unidade planetária. Suscita à busca de estratégias duradouras e novas possibilidades sustentáveis, a partir da integração das contradições e incertezas do tempo presente (BACKES *et al.*, 2011).

O conceito de sustentabilidade pode ter impacto positivo não só no que se refere às pessoas, mas, sobretudo, nas necessárias mudanças do sistema educacional. É preciso, gradativamente, gerar ações locais de impacto global, movidas por atitudes reflexivas e comprometidas com a sustentabilidade social, ambiental e econômica. Educar para a sustentabilidade implica mudar o sistema educacional, respeitar e referenciar a vida no cuidado diário com toda a comunidade da vida, da qual a vida humana é parte de um todo complexo. Significa compartilhar valores fundamentais, princípios éticos e conhecimentos, como respeitar a natureza; cuidar da comunidade da vida com compreensão, compaixão e amor; promover sociedades democráticas que sejam justas, participativas, sustentáveis e pacíficas. Assim, a sustentabilidade é um conceito central de um sistema educacional voltado para o futuro, isto é, para a vida sustentável (GASOTTI, 2008).

A compreensão da complexidade ambiental está relacionada, entre outros fatores, à mudança de pensamento. Educar para a vida sustentável é tarefa de cada cidadão. Para tanto, é preciso transcender à compreensão linear e fragmentada de apreender a realidade cósmica, geralmente vista de dentro para fora, e alcançar uma nova racionalidade, capaz de direcionar o desenvolvimento sustentável (LEFF, 2003).

A educação em saúde, por meio de práticas inovadoras, deve ser (re) pensada como possibilidade para novas gerações empreendedoras e dos novos protagonistas sociais. Para tanto, requer-se espaços que ofereçam oportunidades para a criatividade e a formação de redes de solidariedade, no sentido de potencializar a responsabilidade e o comprometimento por meio das interações e ações ecossistêmicas centradas no bem-comum (BACKES *et al.*, 2011).

Destaca-se, nesse processo cultural, a transdisciplinaridade baseada na formação articulada e contextualizada do todo na parte e da parte ao todo. O saber transdisciplinar é capaz de transpor os limites das fronteiras das disciplinas, uma vez que se propõe analisar as disciplinas a partir de uma perspectiva sistêmica. A transdisciplinaridade tem a capacidade de englobar características intrínsecas ao ser humano, como a filosofia,

a arte, a tradição espiritual e a ciência (LEFF, 2003). Apresenta-se, dessa forma, como conhecimento ampliado e complexo em que diferentes áreas do saber formam juntas, independente das disciplinas, um conhecimento complexo, duradouro e sustentável (MORIN, 2010).

O ser humano, sua complexidade e o mundo como um todo são objetos de estudo transdisciplinar. O mundo é tão complexo como os seres vivos nele, sendo, dessa forma, pouco provável que se consiga entender sua completa essência se o fragmentarmos (GUEDES *et al.*, 2010). Mas, afinal, a quem cabe de fato a tarefa de promover a vida sustentável?

Nada do que o ser humano realiza tem fim em si mesmo. Suas ações estendem-se no espaço e têm consequências para o outro e vice-versa. As pessoas podem e devem viver em solidariedade e em conjunto, visto que nenhum movimento é finalizado em si mesmo. A solidariedade é, assim, a primeira resposta que permite aos seres viverem em parceria e não em competição, o verdadeiro encontro, isto é, permite construir algo em comum conjuntamente. Isso possibilita a percepção da vida ao redor, o que permite a sustentabilidade real. A solidariedade, por sua vez, exige o compromisso e a confiança entre os seres humanos (ONU, 1988; PFEIFFER, 2014).

A tarefa de viver e promover uma vida sustentável é transdisciplinar e, como tal, é de responsabilidade de todos os cidadãos. Tal aposta requer nova postura frente as desigualdades sociais e o modo de vida imposto pela contemporaneidade que exige das pessoas, em diferentes contextos, constante reestruturação de suas capacidades pessoais e profissionais. A globalização, o neoliberalismo, a competitividade, o tecnicismo, entre outros fatores, conduz a reflexão para a necessidade de criar mecanismos duradouros de sustentabilidade, isto é, mecanismos que efetivamente contribuam com reflexões teórico-práticas propositivas de novos modos de ser e viver em sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O paradigma clássico, fundado na visão fragmentada, linear e pontual, está fadado ao insucesso, pela incapacidade de conceber e ampliar

o cuidado como fenômeno sistêmico-complexo no processo de vida saudável e sustentável. Na complexa rede de relações humanas e sociais, somente referenciais complexos, balizados por uma visão planetária, darão conta de responder às necessidades presentes e futuras. Sob esse entendimento, necessita-se processos educativos focados para a vida sustentável, isto é, para o viver na perspectiva cósmica. Educar para uma vida sustentável supõe novas apreensões teóricas, capazes de dialogar com a realidade cósmica, na qual o cuidado complexo é fonte e destino para tudo o que se move na dinâmica do ciclo vital.

A revolução do cuidado, como fenômeno singular e multidimensional, é imprescindível para a vida sustentável. Como essência do ser humano, o cuidado pode/deve servir de consenso mínimo sobre o qual se pode fundar uma ética planetária, isto é, uma ética compreensível por cada um e praticável por todos. Enfim, somente o cuidado sistêmico-complexo fundado no saber transdisciplinar é capaz de garantir a viabilidade cósmica, ou seja, a convivência saudável e sustentável com todos os seres da comunidade biótica.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. *et al.* Del cuidado previsible al cuidado complejo de enfermería.

**Enfermería Global**, n. 36, p. 282-288, 2014.

BACKES, M. T. S. *et al.* Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo.

**Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 876-878, 2011.

BOFF, L. **Ética e ecoespiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BOFF, L. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012.

GADOTTI, M. Educar para a sustentabilidade. **Inclusão Social**, v. 3, n. 1, p. 75-78, 2008.



GUEDES, C. O. *et al.* Importância das aplicações da transdisciplinaridade na educação humana. **Revista Graduação**, n. 1, p. 21-32, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2HWmnDT>. Acesso em: 17 nov. 2017.

LEFF, E. **A complexidade ambiental**. São Paulo: Cortez; 2003.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2011.

MORESCHI, C. *et al.* Homenagem a Florence Nightingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 203-208, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: UNESCO, 2011.

ONU - ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe Brundtland “Nuestro futuro común”**. (ONU/Comisión Mundial para el Medio Ambiente y el Desarrollo; 1988). Disponível em: <https://bit.ly/2eE0ni7>. Acesso em: 25 set. 2017.

PFEIFFER, M. L. El deber moral de los estados y ciudadanos de preservar la sustentabilidade. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 203-212, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Z5KG80>. Acesso em: 26 out. 2017

SILVA, I. J. *et al.* Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHE, L. E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 263-271, 2011. Edição especial. Disponível em: <https://bit.ly/2WcZdNs>. Acesso em: 14 set. 2017.

# contexto da segurança do paciente



# **SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Douglas Jamiê Nunes Barcellos  
Mara Glarete Rodrigues Marinho  
Dirce Stein Backes  
Silomar Ilha

## **RESUMO**

Objetivou-se conhecer a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre a temática da segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, realizada com trinta acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior da região central do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados coletados durante o primeiro semestre de 2017, por meio de uma entrevista semiestruturada, foram submetidos à análise de conteúdo, resultando em cinco categorias: Acadêmicos que participaram ou não da disciplina de segurança do paciente; Representação com palavras sobre o que os acadêmicos de enfermagem entendem por segurança do paciente; Vantagens da construção de estratégias para a segurança do paciente; Atitudes que fortalecem a segurança do paciente visualizada nos campos práticos; Tipo de materiais didáticos sobre segurança do paciente com os quais os acadêmicos tiveram contato. A temática da segurança do paciente é importante para agregar qualidade à assistência, sendo abordada também em outras disciplinas do curso de Enfermagem. Constatou-se que a compreensão acerca da temática tangencia atividades e condutas observadas no campo teórico-prático.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Estudantes de enfermagem. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente está diretamente relacionada à qualidade do cuidado dos profissionais de enfermagem e demais profissionais da área da saúde. A qualidade do serviço, no que tange à segurança do paciente, é um dever indispensável das instituições de saúde e dos seus colaboradores. Conforme a *World Health Organization* (WHO), a segurança do paciente é definida como a redução dos riscos e danos desnecessários associados ao cuidado de saúde em condições minimamente aceitáveis (WHO, 2009).

Segundo estudos realizados na universidade de Harvard, no mundo, 42,7 milhões de pessoas que buscam um serviço de saúde sofrem algum tipo de evento adverso (EA). Pesquisas realizadas em países europeus e no Brasil expõem um alto número de EA. Estima-se que 10% das internações são resultantes de algum tipo de incidente com dano. Isso significa que uma em cada dez pessoas é afetada por EA durante a internação hospitalar, sendo 48% desses eventos, muitas vezes, evitáveis. Grande parte desses erros tem relação com a administração de medicações e cirurgias (JHA *et al.*, 2013).

Além do comprometimento da integridade física e do prolongamento da internação do cliente, um EA implica encargo financeiro bastante significativo para as instituições de saúde. O acontecimento de um erro humano implica uma importante influência na qualidade da assistência prestada. Estudos realizados pelo *Institute of Medicine* (IOM), nos EUA, no final da década de 1990, apontam que, pelo menos, entre 44.000 e 98.000 americanos morrem a cada ano em decorrência de EA (WACHTER, 2010).

Desde o final da década de 1990, pesquisas comprovam que grande parte dos erros é resultante de uma falha sistemática. Por outro lado, não é o que se observa no exercício profissional, no qual um erro é visto como um ato iatrogênico e negligente decorrente de uma falha moral de um colaborador da instituição de saúde. Essa concepção equivocada faz com que os profissionais se sintam culpados, desmoralizados e com receio de comunicar um EA, prejudicando a notificação dos eventos e a criação de medidas preventivas, o que contribui negativamente para a qualidade da assistência em saúde (WACHTER, 2010).

Os eventos são classificados de acordo com a consequência gerada para o cliente que foi vítima de EA. Essa classificação divide-se em quatro tipos de eventos: circunstância de risco (*reportable circumstance*), quase erro (*near-miss*), incidente sem dano (*no harm incident*) e incidente com dano/evento adverso (*harmful incident*) (RUNCIMAN *et al.*, 2009). O *reportable circumstance* é um potencial incidente que aconteceu, mas não chegou até o cliente, sem ocasionar nenhum tipo de dano; o *near-miss* é um incidente que chegou até o cliente e, de alguma forma, foi interceptado antes de ocorrer; o *no harm incident* é um evento que ocorreu, porém não trouxe nenhum dano para o cliente; o *harmful incidente* é um incidente que aconteceu e afetou o cliente. Este último é subdividido em leve, moderado, grave e óbito (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Por conta da publicação do relatório *To err is human - Building a safer health system*, do IOM dos EUA, a segurança do paciente tornou-se um assunto indispensável em relação à qualidade da assistência em saúde. Por meio dessas discussões nos EUA, países do Mercosul, entre eles o Brasil, alertaram-se para a necessidade de ampliar as discussões para a valorização de uma assistência de qualidade e com respeito à dignidade dos clientes (BATES, 2007).

De acordo com o art. 4º da Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação de 2001, a formação do enfermeiro tem por objetivo capacitar um profissional dotado de conhecimentos técnico-científicos. No inciso VI, ocorre a discussão acerca da emergência de uma educação permanente para uma melhor qualidade de assistência em enfermagem, sendo que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação como na sua prática. Assim, os profissionais de saúde devem aprender a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando o desenvolvimento da mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001).

Devido à necessidade de discussão ampliada sobre a temática da segurança do paciente e a notória importância da Educação Permanente

(EP) desde o processo formativo do enfermeiro, defende-se a necessidade de se repensar a importância das abordagens referentes a essa temática durante a graduação em enfermagem. Tendo em vista a importância do assunto para uma assistência de enfermagem de qualidade, os dados bibliográficos referentes ao EA encontrados na literatura e o fato de a disciplina de segurança do paciente não ser obrigatória, no presente estudo, objetivou-se conhecer a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre a temática da segurança do paciente.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul - Brasil. A escolha da instituição decorreu pelo fato de ela ser uma das primeiras IES da região central do estado, contando atualmente com mais de 32 cursos de graduação.

Como critérios de inclusão da pesquisa, estabeleceu-se: ser acadêmico do curso de Enfermagem e estar desenvolvendo as atividades teórico-práticas nas instituições de saúde. Foram excluídos da pesquisa os acadêmicos de enfermagem do primeiro e do segundo semestres, pois ainda não estavam em atividades teórico-práticas, e os que não tiveram condições de responder ao questionário proposto pelo pesquisador, como alunos que se encontravam em licença-maternidade e/ou atestado médico.

O curso de Enfermagem era dividido em nove semestres; por conseguinte, decidiu-se selecionar uma pequena amostra de cada semestre a fim de obter uma amostra mais heterogênea, abordando cada semestre do curso de Enfermagem, desde que o aluno estivesse em contato com o campo teórico-prático. Para tanto, selecionou-se, por sorteio do caderno de chamada, uma amostra de cinco alunos de cada semestre, totalizando 30 alunos. Primeiramente, foi realizado contato pessoal com os acadêmicos de enfermagem e realizado o convite para que participassem da pesquisa, juntamente com a explicação sobre os objetivos e as justificativas

do estudo. Após o aceite, foram marcadas data e hora para a realização da coleta de dados, que ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada com questões mistas, possibilitando que os participantes entrevistados expusessem, com suas próprias palavras, a opinião referente às questões propostas (POPE; MAYS, 2009).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin. Primeiramente, foi realizada a *pré-análise*, com a leitura de todo o material, com a intenção de proporcionar uma visão ampla e abrangente do conteúdo. Após a leitura geral, foi feita a leitura em profundidade a fim de realizar a seleção e a transcrição dos resultados mais relevantes para a pesquisa, o que viabilizou a codificação dos dados e a elaboração das categorias (BARDIN, 2011).

Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pelo parecer 1.715.431. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com o Termo de Confidencialidade, que assegura o anonimato dos participantes, que foram identificados pelo pseudônimo P (participante) seguido de um algarismo numérico, conforme a ordem de entrevista (P1, P2... P30).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a análise das entrevistas, emergiram as seguintes categorias: Entendimento sobre segurança do paciente; Estratégias para a promoção da segurança do paciente; Atitudes que fortalecem a segurança do paciente; Leituras sobre segurança do paciente.

### **ENTENDIMENTO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Quando foi solicitado que os participantes representassem com palavras o que entendiam por segurança do paciente, as respostas com

mais frequência foram, respectivamente: conjunto de fatores, condutas e protocolos (11), valorização do paciente (10) e integridade do paciente (10), sendo que os acadêmicos representaram também somente algumas práticas isoladas, como prevenção de quedas, prevenção de infecção hospitalar.

Constatou-se que a maior parte dos acadêmicos, além de representar o que entendiam por segurança do paciente, abordaram alguma conduta direcionada à assistência em saúde, como comunicação, controle de infecção, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), qualificação da equipe de saúde e demais condutas assistenciais.

*Tratado de convenções a serem seguidas no ambiente prático e de trabalho para a garantia de saúde e bem-estar do paciente e respaldo para o profissional, que, por meio disso, pode melhorar o processo de trabalho. (P12)*

*É assistência na qualidade da saúde, desde a chegada dele(a) dentro da unidade, com finalidade de reduzir danos. (P17)*

*É um conjunto de fatores que visam à melhor condição de prática em relação ao paciente, como condutas e protocolos. (P23)*

*É ofertar com qualidade e competência os serviços prestados ao paciente com a finalidade de manter sua integridade e segurança. (P14)*

*Segurança, promoção de saúde, qualidade no atendimento, evitar erros, bem-estar. (P9)*

*Controle de infecções, risco de queda. (P4)*

É válido salientar que as quedas estão entre as causas mais comuns de EA, eventos estes que, na maioria das vezes, estão relacionados a pacientes idosos e em cuidados domiciliares, causando danos físicos e emocionais que podem prolongar a internação e prejudicar não só a integridade e a valorização do cliente, como também acarretar custos



para a instituição. Uma vez que tal evento venha a ocorrer, serão necessárias condutas da equipe de saúde, utilização de tecnologias e materiais em virtude de algo que poderia ter sido evitado (TINETTI *et al.*, 2008).

## ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

No que se refere às vantagens da construção de estratégias para a segurança do paciente, as respostas que predominaram foram, respectivamente, melhora no atendimento (12), capacitação da equipe (11), evitar erros (10), bem-estar do paciente (10), integridade do paciente (7) e prevenção e controle de infecção hospitalar (3).

*São inúmeras, pois quanto mais estratégias para sua promoção, melhor para o paciente e sua instituição de saúde. (P19)*

*A construção de estratégia é uma forma de facilitar a ação e que também pode ser repassada em vários locais. (P2)*

*Evitar erros gerando a promoção do cuidado e da saúde. (P27)*

A falha de segurança na assistência em saúde é um impasse que compromete a qualidade do serviço prestado. Sempre há o que ser melhorado na gestão dos serviços de saúde com o propósito de minimizar a ocorrência de incidentes que venham acometer a integridade dos usuários. Tais medidas estratégicas dependem do conhecimento e cumprimento do conjunto de leis e regulamentos, como protocolos, indicadores e diretrizes clínicas impostos pelas instituições de saúde (BRASIL, 2011).

Alguns dos princípios-chaves para a criação de medidas estratégicas para a promoção da segurança do paciente são: aprendizagem com erros; criação de redundâncias e checagens cruzadas; comunicação e trabalho conjunto; equipe de cuidado adequada, bem treinada e descansada (WACHTER, 2010). Em concordância com Reason (2003), grande parte dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, entendendo que este é resultado de um descuido. Desde o processo formativo, os estudantes

aprendem que é inadmissível o acontecimento de um erro, pois se trata de algo humilhante e vergonhoso que provoca frustração e sentimento de impotência no futuro profissional.

Por outro lado, essa cultura faz com que se crie uma falsa sensação de resolução do problema, culpando, responsabilizando e direcionando medidas cabíveis diretamente ao profissional envolvido no determinado evento. Entretanto, a partir do momento em que o profissional ou acadêmico passar a sofrer de angústia física/emocional ou stress pós-traumático em virtude de um evento, este é considerado uma segunda vítima (EDREES *et al.*, 2011).

## ATITUDES QUE FORTALECEM A SEGURANÇA DO PACIENTE

Pode-se constatar que 25 dos participantes visualizam atitudes de promoção de segurança do paciente. As atitudes predominantemente visualizadas foram identificação do paciente (15) e prevenção de quedas (14). Além de condutas, os acadêmicos citaram a realização de escalas (Braden e Morse) e relataram, também, não visualizar atitudes resolutivas, salientando a importância de se reforçar, no campo teórico-prático, essas atitudes em prol da segurança do paciente.

*Identificação dos pacientes, cirurgia segura, guarda levantada para prevenção de queda, material higienizado e esterilizado. (P16)*

*Realização das escalas de Braden e Morse; fora isso, não vejo muitas ações resolutivas que facilitem a segurança do paciente. (P13)*

*Identificação de nomes, datas e horários. Acredito que, em alguns campos, deve ser reforçada essa questão. (P24)*

Para a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a prática da identificação correta do paciente é indispensável

para garantir a qualidade e segurança da assistência prestada pelos serviços de saúde, juntamente com a identificação de alergias e dos riscos, como quedas ou lesão por pressão. É indispensável salientar que, por conta da complexidade que há no processo de atenção à saúde, falhas advindas da ausência ou duplicidade de informações podem ocorrer, prejudicando, assim, a qualidade da assistência prestada. Esta prática pode ser realizada por diversos meios, como pulseiras, código de barras, radiofrequência e biometria, sempre considerando a possibilidade de falha, procurando minimizar a sua ocorrência (REBRAENSP, 2013).

Torna-se relevante ressaltar que a prevenção de quedas/risco de queda foi de notória incidência nas respostas. Entre os eventos que ocorrem em unidades hospitalares, as unidades de internação clínica, neurológica e oncológica apresentam o índice de quedas mais elevado em relação às demais unidades. Isso está relacionado com a complexidade do estado clínico e o tempo de internação (CORREA *et al.*, 2012).

A avaliação de aspectos como estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física pode ser realizada por um profissional de enfermagem devidamente capacitado por meio da utilização da escala de Braden. Para tanto, é importante que, tanto a prática de identificação correta do paciente como a identificação dos riscos ao qual ele está predisponente, sejam realizadas efetivamente por profissionais da saúde, bem como por acadêmicos que estão em atividades nas instituições (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

## LEITURA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Quanto à leitura de materiais referentes à segurança da paciente, constatou-se que 16 participantes tiveram contato com algum tipo de material relacionado à temática, e 14 não leram nenhum material específico, porém tiveram contato com o tema por meio de alguma disciplina, minicurso e até mesmo com o desenvolver da prática do cuidado em saúde.

*Não, mas tive alguns estudos sobre o cuidado de risco de queda na disciplina educação em saúde. (P15)*

*Não, mas participei de um minicurso sobre o assunto. Falava sobre as causas que acarretaram as infecções hospitalares e como evitá-las para melhorar a segurança do paciente e do profissional. (P18)*

*Não li nada. Somente tenho um pouco de interação no assunto nas atividades do dia a dia. (P26)*

*Sim, além dos materiais de aula, também RDC e leis sobre a segurança. (P10)*

A leitura de materiais didáticos referentes à segurança do paciente é de suma importância na formação do profissional enfermeiro, seja na forma de artigo, documento, protocolos ou legislação, o estudo proporciona embasamento teórico que contribui para o desenvolver de uma prática segura e de qualidade. Com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde publicou, em 25 de julho de 2013, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, para ser aplicada nos serviços de saúde público, privado, filantrópico, civis ou militares e inclusive naqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Esse documento, no artigo 7º, inciso VI, refere que compete ao Núcleo de Segurança do Paciente implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento de seus indicadores (BRASIL, 2013b).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se satisfatória a realização da pesquisa, pois o objetivo foi alcançado, contemplando a percepção dos acadêmicos referente à segurança do paciente. Entretanto as respostas obtidas tangenciaram atividades e condutas vivenciadas no campo teórico-prático.

Considerando os dados obtidos na literatura, reconhece-se a importância e pertinência do tema quando o assunto é a qualidade da assistência em saúde, sendo que, na instituição em que foi realizada a pesquisa, a temática vem sendo abordada na forma de disciplina optativa, em conjunto com outras disciplinas do curso de Enfermagem que promovem a cultura da segurança do paciente.

A realização do trabalho permitiu a reflexão sobre a possibilidade da existência de uma lacuna que se perpetua desde o processo de formação do profissional enfermeiro. A instituição não pode ser culpabilizada por essa questão, já que ela oferta a disciplina. Isso ocorre devido à falta de interesse individual dos futuros profissionais de enfermagem ao não cursarem a disciplina e não se interessarem em buscar fontes científicas que abordem a segurança do paciente.

Acredita-se que, em razão de o estudo ter sido realizado apenas em uma instituição, a proposta da pesquisa pode ter sido limitada, porém o fato de ter selecionado uma amostra que contemplou vários semestres do curso de Enfermagem proporcionou uma abordagem homogênea que abrangeu todas as etapas do processo formativo.

Os resultados desta pesquisa podem potencializar discussões e reflexões entre profissionais da enfermagem, docentes da graduação do curso de Enfermagem, estudantes, pacientes e sociedade como um todo, com vistas a uma melhor abordagem da temática, tanto no âmbito assistencial como na academia. Portanto, compreende-se a complexidade que envolve a temática da segurança do paciente e sugere-se ênfase na realização de atividades teórico-práticas desde o primeiro contato do acadêmico com o ambiente no qual realizará as habilidades de cuidado direcionado ao paciente, comunicação entre a equipe e conhecimento técnico-científico.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATES, D. W. Preventing medication errors: a summary. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 64, n. 15, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2KVioty>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CORREA, A. D. *et al.* Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

EDREES, H. H. *et al.* Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny*. **Wewnetrznej**, v. 121, n. 4, p. 101-107, 2011.

JHA, A. K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, n. 22, p. 809-815, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REASON, J. **Human error**. London: Cambridge University Press, 2003.

REBRAENSP - REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente:** manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Society for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da escala de Braden prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 279-284, 2006.

TINETTI, M. E. *et al.* Effect of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 3, p. 252-261, 2008.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Tradução de Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety.** Geneva, 2009.





# **AVALIADORES EXTERNOS**

## **NACIONAL**

### **Camila Biazus Dalcin**

Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário Franciscano, com graduação sanduíche na University of Dundee, Escócia, Reino Unido. Especialista em Master of Business Administration (MBA) em Gestão Hospitalar. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Filosofia (PhD) na University of Dundee, School of Education and Social Work, Escócia, Reino Unido. Atua especialmente nas áreas da enfermagem, pediatria, segurança do paciente, microbiologia, políticas públicas de saúde e questões sociais.

### **Saul Ferraz de Paula**

Enfermeiro, graduado pelo Centro Universitário Franciscano (2014). Licenciado em Enfermagem pelo Programa Especial de Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional, pelo Instituto Federal Rio Grande (IFRS). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Doutorando pelo PPGEnf-FURG. Integrante do grupo de pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem Saúde (GEES/FURG).

## **INTERNACIONAL**

### **Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo**

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Mestra em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação (PPGEnf) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Docente e Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Cabo Verde, na África (Uni-CV).



*Imagens:* Adobe Stock Photo

*Tipologia:* Source Sans Pro e Cocogoose Pro



Neste livro será apresentada a interatividade e conectividade das pesquisas realizadas por docentes e discentes do curso de Enfermagem em diferentes contextos no campo do ensino, pesquisa e extensão na Universidade Franciscana - UFN.

Nosso curso se identifica como empreendedor, pela geração de ideias inovadoras no ensino, na pesquisa e na extensão, além das múltiplas atividades e os diferentes contextos em que a enfermagem está inserida.

