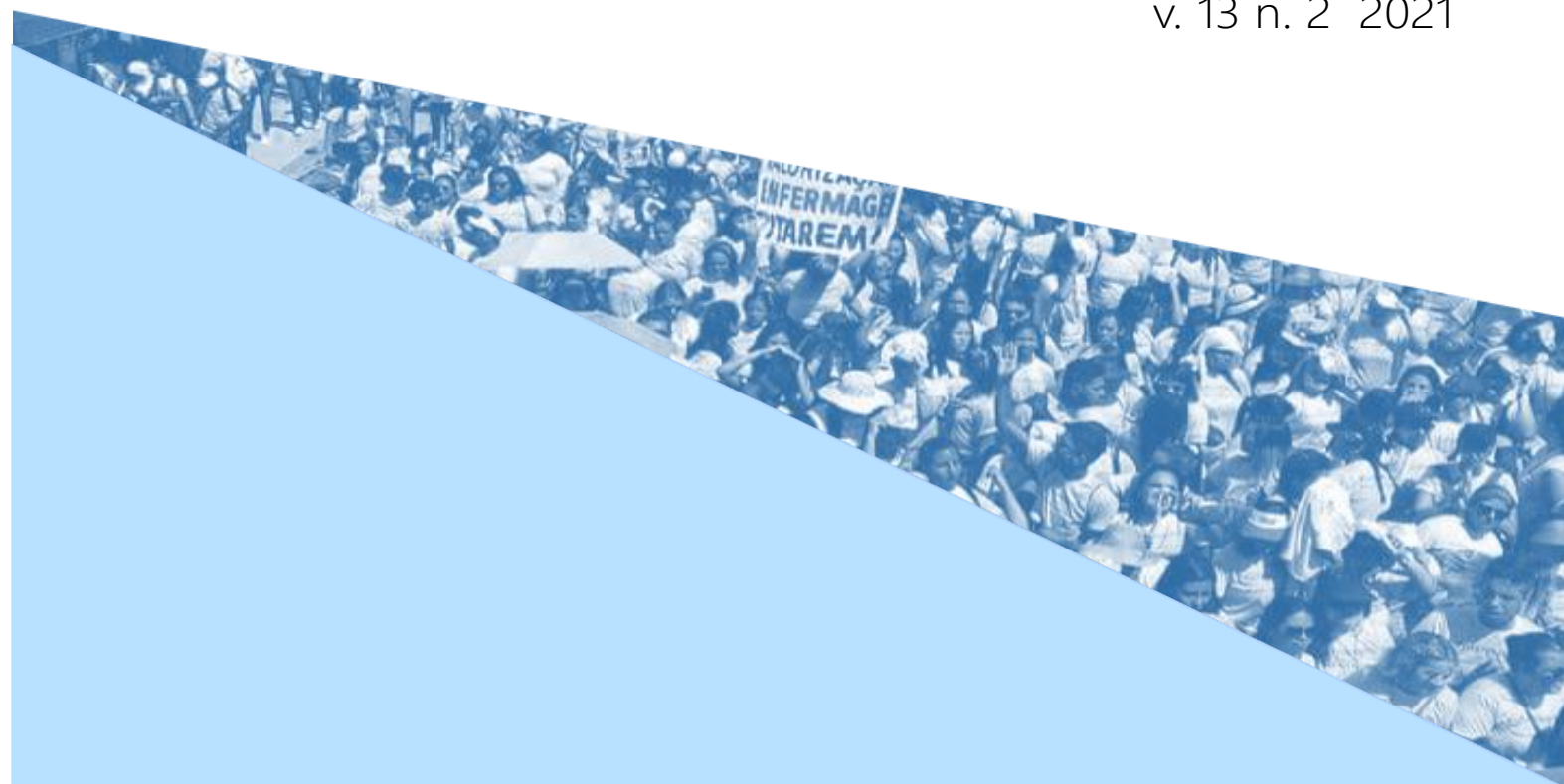


ISSN 1984-753X  
ISSN 2177-045X (online)

# RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional  
Journal of Trends of Professional Nursing

v. 13 n. 2 2021



## Sumário

- [3](#) Editorial
- [4](#) *Bundle de Prevenção a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva cardiológica 2018-2019.*  
*Bundle for preventing pneumonia associated with mechanical ventilation in a cardiological Intensive care unit 2018-2019.*  
**Kairo Cardoso da Frota<sup>1</sup>; Beatriz Paiva Aragão<sup>1</sup>; Fabiara Lima Parente<sup>2</sup>; Fabiene Lima Parente<sup>3</sup>; Francisco Ariel Santos da Costa<sup>4</sup>**
- [9](#) *Autopercepção de Indivíduos Acometidos por Úlcera Venosa 2006-2017: Análise de estatística descritiva*  
*Self-perception of individuals affected by venous ulcer*  
**Brunno Lessa Saldanha Xavier<sup>1</sup>; Mellyssa Grazielle Ferreira do Rosário<sup>2</sup>; Iraci dos Santos<sup>3</sup>; Virgínia Fernanda Januário<sup>4</sup>**
- [16](#) Construção de um Protocolo para Identificação de Riscos de Suicídio em Idosos  
Construction of a protocol to identify suicide risk in elderly people  
**Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior<sup>1</sup>, Ena Pimentel Gomes Sampaio Sales Flores<sup>2</sup>, Natália Ângela Oliveira Fontenele<sup>3</sup>, Mariana Moreira da Costa<sup>4</sup>**
- [26](#) Registro de enfermagem na atenção primária em saúde: foco nos cuidados de lesões complexas  
Registro de enfermeira em atención primaria de salud: enfoque em el cuidado de lesiones compleias  
**Vanúbia Matias de Souza<sup>1</sup>, Niedja Cibegne da Silva Fernandes<sup>2</sup>, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento<sup>3</sup>, Francisca Joice Souza Silva<sup>4</sup>, Maria Dianna Sousa<sup>6</sup>, Sara Taciana Firmino Bezerra<sup>2</sup>**
- [34](#) Conduta no caso de queimadura: Conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde do interior de São Paulo  
Conduct in the case of burn: Knowledge of users of a basic health unit in the interior of São Paulo  
**Bruno Vilas Boas Dias<sup>1</sup>, Alessandra Lopes Siqueira<sup>2</sup>, Ana Carolina Brunialti Balzan<sup>2</sup>, Izilda Martins do Prado<sup>2</sup>, José Paulo Muniz Junior<sup>3</sup>**
- [44](#) Simulação do cuidado pré-natal como estratégia de aprendizagem na graduação em enfermagem  
Simulation of prenatal care as a learning strategy in nursing graduation  
**Antonia Tainá Bezerra Castro<sup>1</sup>, Maria da Conceição Gaspar Martins<sup>2</sup>, Jessica Elisa Carvalho Rocha<sup>3</sup>, Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>4</sup>, Anna Larissa Moraes Mesquita<sup>5</sup>, Maria do Socorro Melo Carneiro<sup>6</sup>**
- [55](#) Fatores predisponentes para lesão por pressão em pacientes internados em uma unidade hospitalar  
Predisposing factors for pressure injury in patients admitted to a hospital unit  
**Samara Kelly Sousa Macêdo<sup>1</sup>. Raila Souto Pinto Menezes<sup>2</sup>**
- [68](#) Acolhimento: Implicações na gestão do trabalho de profissionais da estratégia saúde da família  
Welcome: Implications in the management of the work of Family health strategy professionals  
**Samara Kelly Sousa Macêdo<sup>1</sup>. Raila Souto Pinto Menezes<sup>2</sup>**
- [76](#) <sup>4</sup>Assistência de enfermagem a gestantes em uma maternidade da Caucaia-CE: Relato de experiência  
Nursing assistance to pregnant women in a maternity in Caucaia-CE: Experience report  
**Amanda Fialho Pinheiro de Alencar<sup>1</sup>, Tamara Braga Sales<sup>2</sup>, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes<sup>3</sup>, Máira Maria Leite de Freitas<sup>4</sup>, Lucélia Rodrigues Afonso<sup>5</sup>**
- [86](#) Cuidade em atenção psicossocial: Acesso e resolubilidade  
Care in psychosocial attention: Access and resolubility  
**<sup>1</sup>João Henrique Cordeiro <sup>2</sup>Cláudia Patrícia Da Silva Ribeiro Menezes<sup>3</sup> Tamara Braga Sales <sup>4</sup>Máira Maria Leite de Freitas <sup>5</sup>Lucélia Rodrigues Afonso**



**Dr. Helio de Almeida Nobre Junior**  
Editor Associado RETEP – COREN - CE  
Enfermeiro, Coordenador da Educação Permanente do Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha e Especialista em Urgência e Emergência  
Estudante de Mestrado do Programa de Ciências Médico – Cirúrgicas (UFC)

### **\*A Educação Permanente em Tempos de Pandemia\***

Segundo a Organização Mundial da Saúde, pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

Portanto para que se tenha uma melhor qualidade e segurança no ambiente de trabalho é indispensável se manter uma Educação Permanente em Saúde, que tem como finalidade reconceituar e reorientar os processos de formação e capacitação de trabalhadores dos serviços de SAÚDE (HADDAD et al., 1994).

Os profissionais, que trabalham na linha de frente para o cuidado, são os mais atingidos pela pandemia e são os que lutam diariamente para que o sistema de saúde funcione (COSTA, RIZZOTTO; LOBATO, 2020). Nesse momento, a EPS também vem se mostrando como uma ferramenta importante para a construção de possibilidades criativas em meio aos desafios políticos e sanitários.

No hospital municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha (HMAGR) toda a equipe recebe capacitação que vai da Paramentação segura até a admissão dos pacientes portadores de síndrome gripal, sendo mais específico a SARS-CoV-2. A Educação permanente vem trabalhando em diferentes turnos para que todos os profissionais sejam contemplados com as diversas capacitações oferecidas.

Diante das inúmeras dificuldades encontradas nesta jornada na frente da Educação Permanente do Hospital municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha, só tenho a agradecer a oportunidade de está contribuindo na pratica levando um pouco de conhecimento aos colaboradores no enfrentamento a essa Pandemia, contando sempre com o total apoio da Direção e Gerência de Enfermagem.

## ARTIGO ORIGINAL



# BUNDLE DE PREVENÇÃO A PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDIOLÓGICA

## *BUNDLE FOR PREVENTING PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION IN A CARDIOLOGICAL INTENSIVE CARE UNIT*

**Kairo Cardoso da Frota<sup>1</sup>; Beatriz Paiva Aragão<sup>1</sup>; Fabiara Lima Parente<sup>2</sup>; Fabiene Lima Parente<sup>3</sup>; Francisco Ariel Santos da Costa<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista do Programa de Integração Ensino Serviço no Hospital do Coração de Sobral. <sup>2</sup>Enfermeira pela UVA. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Gerente de Risco do Hospital do Coração de Sobral. <sup>3</sup>Enfermeira pela UVA. Mestre em Ensino na Saúde pela UECE. Coordenadora Hospitalar do Hospital do Coração de Sobral. <sup>4</sup>Enfermeiro pelo UNINTA. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo UNINTA e Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica pela UECE. Enfermeiro do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital do Coração de Sobral.

**Autor****Correspondente**

Kairo Cardoso da Frota.

E-mail:

[kairo.enfer@gmail.com](mailto:kairo.enfer@gmail.com)

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

**Objective:** To report the experience of developing a Bundle of Preventive Measures for Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation. **Method:** This is an experience report of building a bundle, developed at Hospital do Coração in Sobral-Ceará-Brazil, from September 2018 to January 2019, based on the analysis of the state of the art in the literature and discussions between Hospital Infection Control Commission and Risk Management. **Results:** The measures listed to compose the bundle were: keep the headboard elevated 30 to 45°; pay attention to the need to change the fan circuit; perform double aspiration; use sterile technique and glove and perform oral hygiene with 0.12% aqueous chlorhexidine. **Conclusion:** The process of building the bundle demanded discussions and searches in the literature that clarified the best prophylactic practices. **Descriptors:** Pneumonia, Ventilator-Associated; Primary Prevention; Culturally Appropriate Technology.

### Resumo

**Objetivo:** Relatar a experiência da elaboração de um Bundle de Medidas Preventivas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência da construção de um bundle, desenvolvido no Hospital do Coração de Sobral-Ceará-Brasil, de setembro de 2018 a janeiro de 2019, a partir da análise do estado da arte na literatura e de discussões entre Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Gerência de Risco. **Resultados:** As medidas elencadas para compor o bundle foram: manter a cabeceira elevada 30 a 45°; atentar para a necessidade de troca do circuito do ventilador; realizar aspiração em dupla; utilizar técnica e luva estéreis e realizar higiene oral com clorexidina aquosa 0,12%. Realizou-se, por conseguinte, uma oficina com os profissionais do serviço para traçar estratégias para a aplicabilidade efetiva na prática. **Conclusão:** O processo de construção do bundle demandou discussões e buscas na literatura que clarificaram as melhores práticas profiláticas. **Descritores:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Prevenção Primária; Tecnologia Culturalmente Adequada.

## Introdução

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é um processo infeccioso do parênquima pulmonar causado por um agente não presente no momento da intubação orotraqueal e início do suporte ventilatório invasivo, sendo considerada a infecção mais comum em unidades de terapia intensiva (UTI)<sup>(1)</sup>. Segundo dados epidemiológicos, a PAVM afeta 8 a 20% dos pacientes de UTI e aproximadamente 27% dos indivíduos ventilados mecanicamente. A mortalidade varia de 20 a 50%, e pode chegar a 70% quando os agentes etiológicos são multirresistentes<sup>(2)</sup>.

Os fatores de risco para seu desenvolvimento são diversos e podem variar dependendo do hospital, tipo de UTI e população estudada. Isso denota a necessidade de vigilância local permanente e condutas específicas para prevenção e controle desses eventos adversos<sup>(3)</sup>. Dentre as estratégias disponíveis para a prevenção de PAVM em unidades de cuidados intensivos destacam-se os Bundles, também conhecidos como Pacotes de Cuidados, caracterizados como instrumentos terapêuticos que reúnem um pequeno grupo de intervenções que, quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias na assistência em saúde<sup>(4)</sup>.

Diferente dos protocolos convencionais, nos bundles nem todas as estratégias terapêuticas possíveis precisam estar inclusas, pois o objetivo desse modelo não é ser uma referência abrangente do arsenal terapêutico disponível, mas sim, ser um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente melhoram os resultados para os pacientes. A escolha de quais intervenções incluir num bundle deve considerar custo, facilidade de implementação e aderência a essas medidas. Para que se obtenha sucesso na implementação não pode haver “mais-ou-menos”, não há crédito parcial por fazer algumas das etapas. Os resultados são efetivos somente se todos os cuidados forem realizados em todos os momentos<sup>(4)</sup>.

Nessa perspectiva, as UTI Cardiológicas são consideradas espaços nos quais a aplicabilidade de tal tecnologia para a prevenção de infecções é importante, visto que se trata de um setor onde são realizados procedimentos invasivos em grande quantidade e que a prevalência de casos infecciosos tem impacto significativo no prognóstico do paciente.

Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência da elaboração de um Bundle de Medidas Preventivas de PAVM a ser utilizado em UTI Cardiológica.

## Métodos

Trata-se de um relato de experiência do processo de construção de um bundle desenvolvido no Hospital do Coração de Sobral-Ceará-Brasil, de setembro de 2018 a janeiro de 2019. A construção da tecnologia se deu a partir de duas fases: a primeira diz respeito à análise do estado da arte na literatura e a segunda refere-se a discussões entre Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Gerência de Risco. Por conseguinte, realizou-se uma oficina de capacitação com os profissionais da UTI na qual o bundle será utilizado.

Ao final de cada uma das etapas da construção do bundle, todas as informações necessárias eram anotadas pelos envolvidos. Desse modo, as informações presentes no artigo são provenientes desses manuscritos e da observação dos participantes.

## Resultados

Apesar de o quantitativo de casos de PAVM no hospital em questão estar abaixo do limite considerado aceitável pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), percebeu-se a necessidade de sistematizar práticas preventivas para reduzir ainda mais a incidência de tais infecções. A análise do estado da arte na literatura ocorreu a partir de buscas de artigos científicos dos últimos cinco anos em revistas de impacto nacional e internacional na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esta etapa inicial foi considerada importante, pois foi possível clarificar diversos conceitos acerca da temática.

O estudo bibliográfico alcançou sete publicações que associavam as temáticas “Bundle” e “Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica”. Os documentos foram lidos na íntegra e, a partir disso, foram selecionadas as medidas preventivas neles incluídos. Por conseguinte, buscou-se adquirir mais informações através do manual da ANVISA intitulado “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde”, em seu capítulo de “Medidas de Prevenção de Pneumonia Relacionada à Assistência à Saúde”<sup>(5)</sup>.

Após esse processo, realizaram-se discussões entre a Gerência de Risco do referido hospital e a CCIH como forma de selecionar as estratégias preventivas mais pertinentes e passíveis de aplicabilidade no hospital em questão. Nesse momento, cinco medidas foram elencadas, sendo elas: manter a cabeceira elevada 30 a 45°; atentar para a necessidade de troca do circuito do ventilador; realizar higiene oral com clorexidina aquosa 0,12%; realizar aspiração em dupla e utilizar técnica e luva estéreis.

Manter a cabeceira elevada de 30 a 45° é a primeira medida elencada também pela ANVISA em seu manual. Justifica-se esse processo por ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e com um benefício potencial. Logo, a utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAVM especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral e o acréscimo desta intervenção relaciona-se diretamente com a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina<sup>(5)</sup>.

Uma observação importante a respeito da elevação do decúbito relaciona-se com a prática do banho no leito. Verifica-se que, muitas vezes, a maioria dos profissionais zera a cabeceira do paciente no momento do banho, o que acaba desfazendo todo um cuidado que foi desenvolvido por horas para a prevenção de PAVM. Assim, na oficina posteriormente realizada com os profissionais para a apresentação do bundle, deu-se ênfase à observação de que as cabeceiras dos leitos dos pacientes intubados devem permanecer sempre em no mínimo 30°.

A segunda medida do bundle é atentar para a necessidade de troca do circuito do ventilador. Percebe-se que tal estratégia pode parecer de início, sem fundamento concreto, isso por que, segundo a ANVISA<sup>(5)</sup>, não há recomendações específicas em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado. Dessa maneira, a troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento, sendo necessário que os profissionais estejam sempre atentos para essas situações e evitem sua troca desnecessária.



A terceira e a quarta estratégias interligam-se, sendo elas: realização da aspiração em dupla e utilização de técnica e luvas estéreis. Elas foram denotadas diante da observação dos próprios profissionais acerca da efetividade da realização do procedimento com auxílio, o que garante a esterilidade adequada.

A última medida preventiva e a mais importante, por ser de aplicabilidade nova na UTI Cardiológica, é a realização da higiene oral com clorexidina aquosa 0,12% em todos os pacientes em VM, três vezes ao dia. A literatura atual evidencia que medidas de higiene bucal diminuem a colonização de patógenos na cavidade, com efeitos benéficos na prevenção da PAVM. Os estudos demonstram uma associação entre higiene bucal adequada e redução na incidência de pneumonia, visto que o tratamento e controle das possíveis complicações bucais do doente em UTI, se mostra cada vez mais relevante<sup>(3,5)</sup>.

Após a delimitação das estratégias acima descritas, confeccionou-se o bundle em formato de bunner (Figura 1), o qual ficará exposto na UTI Cardiológica para que os profissionais possam revista-lo sempre que julgarem necessário.

Figura 1: Bundle de Medidas Preventivas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Sobral-Ceará-Brasil, 2019.



Nesse momento, houve uma rica discussão acerca do uso do bundle e da sua aplicabilidade na prática assistencial. Pode-se, ainda, apresentar para os profissionais diversos estudos que retratam sua eficácia em UTI. Assim, em seguida, o bundle de prevenção de PAVM foi apresentado, explanando-se as justificativas para cada medida e como aplicá-la adequadamente.

Esta etapa final foi considerada essencial, pois os protagonistas desses cuidados puderam compreender, além das medidas preventivas, suas finalidades e impactos no cuidado ao paciente.

Acredita-se que a metodologia de elaboração do bundle, a qual envolve os profissionais em seu processo de aplicabilidade, pode ser um ponto favorável para sua implementação, já que os mesmos serão informados não só sobre as medidas que devem ser tomadas mas também por quê realizá-las<sup>(3)</sup>.

Nessa perspectiva, destaca-se, ainda, a fácil aplicabilidade dos bundles, devido à simplicidade dos cuidados que o compõe, os quais não demandam aumento na carga de trabalho dos profissionais ou custos adicionais para a instituição, possibilitando assim sua aplicação em qualquer UTI<sup>(3,5)</sup>.

## Conclusão

O bundle de PAVM, construído coletivamente entre a Gerência de Risco e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, utilizando-se de buscas na literatura e dialogando com os profissionais do serviço, tiveram como medidas: manter a cabeceira elevada 30 a 45°; atentar para a necessidade de troca do circuito do ventilador; realizar aspiração em dupla; utilizar técnica e luva estéreis e realizar higiene oral com clorexidina aquosa 0,12%.

Logo, é notório que o processo de construção do bundle demandou discussões e buscas na literatura que clarificaram as melhores práticas profiláticas, o que acarretará em benefícios potenciais aos pacientes que vierem a estar em ventilação mecânica no local onde se realizou o estudo.

Espera-se que, assim, os índices de infecção por PAVM reduzam-se e que o presente estudo sirva de subsídio para a aplicação de novos bundles nos mais diversos setores hospitalares.

## Referências

1. Kock KS et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): incidência e desfecho clínico em uma unidade de terapia intensiva no sul de Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 27];46(1):02-11. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/248/135>>.
2. Rea-Neto A, Youssef NCM, Tuche F, Brunkhorst F, Ranieri VM, Reinhart K, Sakr Y. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia: a systematic review of the literature. CriticalCare. 2008;12(2):1-14.
3. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2012;21(4): 837-44.
4. Institute for Healthcare Improvement. 5 million lives campaign. getting started kit: prevent ventilator-associated pneumonia how-to guide. Cambridge, MA (US): Institute for HealthcareImprovement; 2010.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.



## ARTIGO ORIGINAL



# AUTOPERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR ÚLCERA VENOSA

## *SELF-PERCEPTION OF INDIVIDUALS AFFECTED BY VENOUS ULCER*

**Brunno Lessa Saldanha Xavier<sup>1</sup>; Mellyssa Grazielle Ferreira do Rosário<sup>2</sup>; Iraci dos Santos<sup>3</sup>; Virgínia Fernanda Januário<sup>4</sup>**

1. Enfermeiro, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem, Rio das Ostras.  
2. Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense/UFF – Campus Rio das Ostras (RJ).  
3. Enfermeira, Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 4. Enfermeira, Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras – Rio de Janeiro, Brasil.

**Autor  
Correspondente  
Jacira Alves de**

**Sousa**  
E-mail:  
Jaciraalvessousa@  
gmail.com

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

Objective: to identify the individual characteristics of individuals with venous ulcers, revealing their self-perception living with it. Method: quantitative and qualitative, carried out with 28 individuals from the Basic Health Network in three municipalities in Rio de Janeiro, from April to May 2017. Descriptive statistics were used, calculating the absolute and relative frequency. In the qualitative data, the thematic-categorical content was analyzed. Results: without gender predominance; highlighting the age group of 60 to 70 years (44%); married (36%); incomplete elementary education (61%); evangelical religion (61%); minimum wage family income (50%); 86% do not work. Three thematic categories revealed: Pain reverberating in daily life; Effects caused by the injury on the user's well-being portraying feelings of anguish; Presence of the wound conditioning feelings of shame and embarrassment. Conclusion: We identified negative impacts on the lives of those affected. It is necessary to reflect on self-care in health, considering the expectations experienced in the context of professional training. Descriptors: Venous Ulcer; Self image; Quality of life. Descriptors: Venous Ulcer; Self image; Quality of life. Descriptors: Venous ulcer; self image; Quality of life.

### Resumo

Objetivo: identificar as características individuais de indivíduos com úlcera venosa revelando sua autopercepção convivendo com esta. Método: quantitativo e qualitativo, realizado com 28 indivíduos da Rede Básica de Saúde de três municípios do Rio de Janeiro, de abril a maio de 2017. Utilizou-se estatística descritiva, calculando-se a frequência absoluta e relativa. Nos dados qualitativos, analisou-se o conteúdo temático-categorial. Resultados: sem predominância de gênero; destacando-se a faixa etária de 60 a 70 anos (44%); casado (36%); ensino fundamental incompleto (61%); religião evangélica (61%); renda familiar de salário mínimo (50%); 86% não trabalham. Três categorias temáticas reveladas: Dor repercutindo no cotidiano; Efeitos provocados pela lesão no bem-estar do usuário retratando sentimentos de angústia; Presença da ferida condicionando sensações de vergonha e constrangimento. Conclusão: Identificou-se impactos negativos no viver dos acometidos. âmbito da formação profissional. Descritores: Úlcera Venosa; Autoimagem; Qualidade de vida.

## Introdução

A acelerada transição demográfica apresenta-se como um desafio, juntamente com o crescimento econômico volátil, os altos níveis de pobreza, as lacunas socioeconômicas existentes e a instabilidade política persistente<sup>1-2</sup>. Tal condição reflete em mudanças nas necessidades da população relacionadas aos diversos aspectos que envolvem a vida em sociedade.

No cenário nacional, verifica-se uma transição demográfica acelerada, onde a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, continua crescendo<sup>3</sup>. Com isso, percebe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno evidente no Brasil com tendências para intensificação nos próximos anos. Em 2004, as pessoas de 0 a 29 anos de idade eram a maioria e representavam 54,4% da população, enquanto em 2014 este percentual diminuiu para 45,7%. Em contrapartida, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento neste mesmo período, passando de 35,9% para 40,6% como também o percentual de idosos de 60 anos ou mais, de 9,7% para 13,7%<sup>4</sup>.

Este cenário de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo Brasil causa mudanças importantes no setor saúde que necessita realizar modificações para a promoção de uma atenção integral baseada nas mudanças das condições de saúde. O mesmo apresenta como características o predomínio das condições crônicas, das quais a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) que representam um desafio para a saúde pública pela sua elevada morbidade e mortalidade.

No entanto, muitos portadores de DCNT não recebem atenção de qualidade como resultado de problemas no acesso aos serviços prestados bem como a qualidade dos mesmos. Nos países de baixa e média renda, essa situação é ainda mais agravante tendo em vista a associação desses fatores a falta de recursos, fármacos e tecnologias<sup>5</sup>.

A partir disso, percebe-se a necessidade da adoção de estratégias efetivas voltadas a esta população de maneira que seja possível melhorar a qualidade da atenção a essas condições para a promoção de uma assistência integral. Vale ressaltar, que a garantia dessas ações podem evitar inúmeras complicações e conseqüentemente diminuir os custos no Sistema Único de Saúde (SUS) além de proporcionar melhora na qualidade de vida dos usuários, dessa forma a atuação integrada de todos os profissionais envolvidos torna-se necessária para a promoção desta atenção<sup>6</sup>.

Identificar a partir do processo de trabalho os fatores restritivos para a melhoria da qualidade da atenção integral às condições crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

## Métodos

Trata-se de um recorte descritivo de uma das etapas de avaliação da atenção às condições crônicas em Sobral tendo como referencial teórico metodológico a matriz avaliativa adaptada de De Salazar<sup>7</sup> e Moysés, Silveira Filho, Moysés<sup>8</sup>.

Este manuscrito integra uma pesquisa é financiada pelo Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação Tecnológica – BPI da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e um recorte de uma dissertação de mestrado do Programa em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Foram eleitos como campo de investigação para o estudo o município de Sobral cujo lócus para o desenvolvimento foi representado pelos territórios da Estratégia Saúde da família (ESF) da sede do município. Os participantes do estudo foram 4 tutores do sistema de saúde e 18 gerentes da estratégia saúde da família. Além disso, foram acessadas fontes documentais para o processo de análise qualitativa.

Foi considerado como critérios de inclusão dos participantes do estudo ter experiência profissional de pelo menos três meses, visto que se considera este período um tempo razoável para vivenciar o cotidiano do trabalho, de forma a colaborar e dar subsídios para a pesquisa. No que se refere aos critérios de exclusão, os participantes que estivessem de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados foram excluídos da pesquisa.

Foram coletados dados a partir de entrevistas com gerentes e tutores o Sistema de saúde de Sobral, Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo de Diabetes Mellitus, Cronograma de atendimento da odontologia, Instrumento do fluxo de atendimento à demanda espontânea, Parâmetro de estratificação de risco da Hipertensão e Diabetes e consolidado da Territorialização dos CSF, utilizados para possibilitar a compreensão da Atenção as condições crônicas HAS e DM.

Com vistas a responder ao problema a aos objetivos da pesquisa, os referidos dados foram coletados previamente e analisados por meio da análise categorial, conforme Bardin<sup>9</sup> e com o suporte do *Software N vivo 11*. A priori foram identificadas as categorias, também denominadas nós, que se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade da atenção as condições crônicas, ou seja, são resultados do processo de codificação das entrevistas transcritas.

Vale ressaltar ainda, que com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes do estudo foram utilizados como codinomes pessoas que buscaram a partir de seus manuscritos (Músicas, crônicas, poemas, poesia e pensamentos transcritos) refletir a saúde e a doença. Os autores foram associados aos participantes a partir de características de cada autor ou de algum trecho de sua obra e as relações com os discursos dos participantes.

A Categoria referente aos Fatores restritivos da atenção as condições crônicas apresentaram um total de 3 documentos, 117 codificações e 5718 palavras codificadas

O presente estudo foi orientado a partir da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética<sup>10</sup>. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com parecer favorável, sob número: 2.054.329. Vale salientar, que os participantes foram informados sobre os procedimentos relativos ao sigilo e privacidade e declararam seu consentimento em participar.

## Resultados

Os discursos analisados revelam alguns fatores restritivos associados à atenção aos portadores de HAS e DM. Dentre estes, pode-se alguns relacionados ao tratamento, dos quais os problemas de abastecimento das medicações e a descontinuidade do programa Farmácia Popular:

*—Existe muita falta de medicamento, inclusive agora depois que a farmácia popular fechou vai diminuir muito o acesso das pessoas porque quando a gente não tinha eles (os usuários) recebiam na farmácia popular [...] esse ano houve um desabastecimento muito grande de medicamentos principalmente a Losartana que é o medicamento que hoje está universalizado e que quase todos os tipos de hipertensos tomam e a metformina também falta muito (Johnny de Carli)*

O programa Farmácia Popular, criado em 2004 teve um papel importante no processo de complementação do acesso aos medicamentos que são oferecidos no SUS. O programa já beneficiou mais de 31 milhões de pessoas com entrega de medicamentos gratuitos e com até 90% de desconto no período de fevereiro de 2011 a abril de 2015<sup>11</sup>. O programa colocava à disposição da população medicamentos gratuitos, dentre eles, para hipertensão e diabetes, todavia, neste ano o programa vem sendo descontinuado. Em nota, o Ministério da Saúde afirmou que o investimento antes direcionado ao programa será destinado aos municípios.

Dentro deste contexto de tratamento, os usuários com condições crônicas precisam periodicamente renovar as receitas de suas medicações. Porém, os discursos também evidenciam que o processo de renovação de receitas dos usuários com condições crônicas precisa de organização e uma pactuação entre o usuário profissional, de forma a garantir ao usuário o acesso à medicação:

*—Os pacientes tem o cadastro na farmácia, que tem registro de todas as pessoas que tomam medicação controlada, todos os meses. Os pacientes são orientados pelos enfermeiros, no momento da renovação da receita, que quando tiver faltando alguns dias de acabar o medicamento, eles (usuários) tem que vir fazer a renovação. Eles chegam, pedem pra separar os prontuários e passam para o enfermeiro renovar. Não em horário marcado, sendo de acordo com a necessidade deles (Lair Ribeiro).*

Em um estudo realizado por meio de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ), realizado no Brasil, onde foram recrutados 8949 questionários, verificou-se que a renovação de receitas portadores de HAS e DM, sem a necessidade de marcação de consultas médicas foi referida 84,5%, com destaque na região nordeste<sup>12</sup>. Este achado remete a grande responsabilidade do profissional do enfermeiro em renovar as receitas e conseqüentemente de identificar possíveis alterações, efeitos colaterais ou falta de adesão.

Nessa perspectiva de renovação de receitas, identifica-se a necessidade mudança neste processo e aproximação da equipe multiprofissional, representada pela Residência Multiprofissional em Saúde da

Família (RMSF) e NASF e o desenvolvimento de uma clínica ampliada nos processos de falta de adesão à terapia, de maneira a reconfigurar o espaço do encontro com o usuário<sup>13</sup>.

Em relação ao processo de solicitação de exames, identifica-se que

*a dificuldade no momento é com relação à oferta de exames que é preconizado pelo protocolo, é uma vasta quantidade de exames, alguns bem especializados, e que nós ainda enquanto CSF não temos pernas para oferecer com a periodicidade que deveria (Manoel de Barros)*

Essa realidade da Atenção Básica compromete o desenvolvimento de uma assistência integral às condições crônicas. Para Mendes<sup>3</sup>, o sistema de apoio diagnóstico tem fundamental importância para a prestação de uma assistência de qualidade e maior resolubilidade no âmbito da ESF.

Vários fatores podem influenciar que essa demanda permaneça alta, para isso é importante trabalhar a gestão do cuidado e identificar os problemas operacionais que contribuem para essa sobrecarga. Uma das possibilidades que encontra-se exposta na literatura tem relação com as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família na sua prática de solicitação de exames contribuindo para a fragilização da efetividade e da resolubilidade de atuação da ESF<sup>14</sup>. Entretanto, esse não é o único problema que contribui para a sobrecarga de exames complementares ou consultas especializadas., como pode-se perceber na fala:

*Existe a necessidade de acesso ao especialista pra esses pacientes e a gente não consegue ofertar na periodicidade necessária, devido a pouca quantidade de vagas que nos é dado na central de marcação, assim um paciente que era pra retornar para um especialista a cada três meses, ele só consegue retornar a cada seis ou cada nove meses, o que precisa retornar a cada seis meses ele só consegue retornar uma vez ao ano, então assim, ainda é um viés.*

No Brasil, essa alta demanda está relacionada aos diversos desafios identificados na coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, que se assemelham aos desafios internacionais, tais como: dificuldades em realizar referência e contrarreferência de pacientes; inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação, como marcação de consultas e exames, e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes<sup>15</sup>. Identificadas os fatores associados a esses problemas uma boa opção para a gestão da atenção básica é investir em estratégias de qualificação, uma das mais eficazes trazidas pela literatura trata-se da Educação Permanente, desde que realizada adequadamente:

*São feitas atividades de Educação permanente com a equipe mas não é uma coisa tão sistemática porque tem muitas outras necessidades e o espaço para educação permanente agora está mais reduzido com o final do sistema das rodas (Rubens Alves).*

A estruturação de programas de educação permanente dá-se pela razão da contínua necessidade de aprimoramento e revitalização do processo de trabalho e a consequente qualificação da atenção em saúde<sup>16</sup>. Entretanto, não basta impor um conteúdo para os profissionais, sem considerar um método dinâmico e aceitável para a realidade da EFS. Um dos métodos para isso é o Método da Roda (Método Paideia), criado por Campos<sup>17</sup>, pode ser definido como um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a cogestão de instituições e para a constituição de sujeitos com a capacidade de análise e de intervenção<sup>17</sup>. Porém, esse método passou a não ser mais utilizado pelas ESF do município, demonstrando um retrocesso aos processos de qualificação profissional para toda a equipe da Atenção Básica.

## Conclusão

No que concerne as entrevistas, o predomínio da codificação para a categoria “fatores restritivos” pode suscitar que os gerentes e tutores ao construírem seus discursos acerca da atenção às condições crônicas estão evidenciando os fatores restritivos da atenção, o que pode ser considerado um ponto positivo uma vez que a identificação por parte dos profissionais dos aspectos limitantes podem gerar transformações na práxis e consequentemente melhor na qualidade da atenção.

Pode-se perceber que muitos processos deveriam facilitar a atenção integral as condições crônicas como uma agenda flexível dos profissionais associada à utilização de classificação de risco, atendimento multiprofissional e ações educativas assim como estratégias de autocuidado para abranger as intervenções de promoção, prevenção e reabilitação em saúde próprias da ESF. No entanto, percebe-se que o mau gerenciamento desses processos e/ou práticas equivocadas acabam por aumentar as limitações associadas a atenção aos portadores de HAS e DM.

Nesse sentido, acredita-se que o estudo seja de grande relevância para a gestão do cuidado as condições crônicas a medida que contribui para a tomada de decisão e gera subsídios para a melhoria da qualidade da atenção a esses usuários a partir da identificação dos fatores restritivos associados e que trará apontamentos sobre os caminhos a serem percorridos para a implantação de um modelo de atenção integral às condições crônicas.

*Agradecimento a Fundação Cearense de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento da pesquisa e a CAPES pela concessão da bolsa.*

Considera-se fundamental a implementação de estratégias educativas sobre o tema, com destaque das estratégias dinâmicas e interativas entre os adolescentes, a fim de promover o conhecimento da população e reduzir as barreiras citadas pela literatura.



## Referências

1. United Nations. Assembleia Geral. **Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**, 2011. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf)
2. WONG, L.R.; ALVES, J.E.D.; VIGNOLI, J.R.; TURRA, C.M. Cairo +20: perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014. 1. ed. Rio de Janeiro: ALAP, 2014.
3. Mendes EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
4. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=295011>>. Acesso em 20 jan. 2017.
5. Organização pan-americana da saúde (OPAS). Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18640/9789275717387\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18640/9789275717387_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 02 mai. 2019.
6. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: rede de atenção às condições crônicas. Fabrício Silva Pessoa (Org.). São Luís, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2443>. Acesso em 02 mai. 2019.
7. De Salazar L. **¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?**. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales, 2011.
8. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.
9. Bardin L.. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 20 dez. 2016.
12. Santos AV dos. Atenção à Diabetes Mellitus: Características de acesso e qualidade da atenção prestada pelas Equipes de Saúde da família. Campina Grande. Trabalho de conclusão de curso (TCC) [Graduação em enfermagem] – Universidade Estadual da Paraíba; 2016.
13. Silva RMCA, Oliveira DC, Pereira ERA. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino Am. Enfermagem** [internet]. 2015 [citado em 02 jan. de 2018]; 23(5):936-44. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00936.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00936.pdf)>.
14. ASSIS, L. N. et al. *A percepção de médicos participantes sobre programas de educação permanente para médicos de saúde família em um estado da região Sudeste*. RECOM, [S. L.], v. 2, n. 3, p. 394-409, set./dez. 2012.
15. Dias MP, Giovanella L. *Prontuário eletrônico: uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte*. Rev Eletr Com Inf Inov Saúde [Internet]. 2013 [cited maio 2019];7(suppl 2). Available from: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/recis/article/view/518/pdf-763>
16. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. *Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB*. Saúde Debate.2014;38(spe):94-108.
17. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
27. Fiks AG, Grundmeier RW, Mayne S, Song L, Feemster K, Karavite D et al. Effectiveness of decision support for families, clinicians, or both on HPV vaccine receipt. Pediatrics. 2013; 131(6):1114-24. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3122>

## ARTIGO ORIGINAL



# CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS

## *CONSTRUCTION OF A PROTOCOL TO IDENTIFY SUICIDE RISK IN ELDERLY PEOPLE*

Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior<sup>1</sup>, Ena Pimentel Gomes Sampaio Sales Flores<sup>2</sup>, Natália Ângela Oliveira Fontenele<sup>3</sup>, Mariana Moreira da Costa<sup>4</sup>

1. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú Travessa Xaxandre, S/N, Coreaú-Ce. 2. Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza 3. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú 4. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

**Autor Correspondente**  
Antônio Ademar  
Moreira Fontenele  
Júnior E-mail:  
demasjr@hotmail.com

**Não declarados conflitos de interesse**

### Abstract

Suicide is considered a social phenomenon that became evident because it is a taboo that mobilizes a large emotional wound, and that few still accept to talk about it. In the case of the elderly, the vulnerability to suicide attempts and self-destructive actions become greater due to the process of change that is aging. The present study aims to create a protocol for the identification and management of suicide prevention in the elderly targeted at nurses working in primary care. It is a methodological research that consists of two stages: 1) Integrative Review and 2) elaboration of the protocol. The first stage consisted of an integrative review in the databases Pubmed, Scopus and Cinahl, to survey studies and strategies on suicide in the elderly, and the second stage was the creation of a protocol for risk identification and management of suicide prevention in the elderly. Descriptors: Protocols; Suicide; Elderly.

### Resumo

O suicídio é considerado um fenômeno social que se tornou evidente por tratar-se de um tabu que mobiliza uma ferida emocional grande, e que poucos ainda aceitem falar sobre ele. No caso do idoso, a vulnerabilidade às tentativas de suicídio e as ações autodestrutivas tornam-se maiores devido ao processo de mudança que é o envelhecer. O presente estudo tem como objetivo a criação de um protocolo para identificação e manejo da prevenção de suicídio em idosos direcionados aos enfermeiros atuantes da atenção primária. Trata-se de uma pesquisa metodológica que se constitui de duas etapas: 1) Revisão Integrativa e 2) elaboração do protocolo. A primeira etapa se constituiu de revisão integrativa nas bases de dados Pubmed, Scopus e Cinahl, para levantar estudos e estratégias sobre suicídio em idosos e a segunda etapa se constituiu na criação de um protocolo para identificação de risco e manejo da prevenção de suicídio em idosos.

DESCRITORES: Protocolos; Suicídio; Idoso

## Introdução

O sistema de envelhecimento é marcado por profundas transformações biológicas e estratégias, que podem ou não estar acompanhado de distúrbios, problemas para o funcionamento de atividades frequentes e incapacidades definitivas. É nessa fase da vida em que o indivíduo idoso necessita de suporte familiar e social, uma vez que, o idoso passa a ser tachado como incapacitado e perde o respeito produzido ao longo de sua vida.

As transformações ocorridas no cenário social e cultural como aposentadoria, incapacidade de exercer a profissão, viuvez, habitar em Instituições de Longa Permanência causam uma espécie de "morte social"<sup>1</sup>. É a partir da experiência singular que cada idoso tem em frente às vicissitudes da vida que o mesmo experimenta sentimentos negativos, que por sua vez, estimula o isolamento social, solidão, angústia, cuja conclusão pode ser, a ideação suicida ou a tentativa de suicídio.

Os idosos temem a morte e quando passam por situações de morte ou doenças de amigos ou parentes, ou ainda devido ao aparecimento das limitações físicas, ou dificuldade de elaborar projetos de vida, acaba dando chance para a doença aparecer. As pessoas deprimidas geralmente se queixam da memória ruim, mas apenas este sintoma não é suficiente para o profissional de saúde diagnosticar como depressão<sup>2</sup>.

A incidência da depressão tem chamado a atenção na atualidade por sua crescente ocorrência no mundo todo. De acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo, da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão grave é a principal causa de incapacitação na população em geral, situando-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga mundial de doenças se as projeções se mantiverem corretas, nos próximos vinte anos a depressão deverá ser a segunda das principais causas das doenças no mundo. O Ministério da Saúde (MS) calcula que, em um dado momento da vida, entre 13% e 20% da população apresenta algum sintoma depressivo; além disso, o custo agregado por prejuízo ao trabalho é relevante<sup>3</sup>.

Em se tratando da depressão, seus sintomas são comuns em indivíduos idosos, mas são desprezados por serem considerados naturais da fase do envelhecimento. Assim, por causa desse erro, não é dada a devida atenção para um problema que com tratamento adequado poderia facilmente ser solucionado. Algumas pessoas idosas podem se tornar depressivas como resultado de perdas físicas e emocionais, e alguns transtornos cerebrais aparentes devem-se à depressão<sup>4</sup>.

Nesse contexto surge o pensamento de suicídio, um evento que ocorre em decorrência de uma série de fatores, constitucionais até fatores ambientais, culturais, sociais, biológicos e psicológicos que se acumulam na história do indivíduo. Ao cometer o suicídio, o indivíduo tenta fugir de uma situação de sofrimento que chega às raias do insuportável. Tal sofrimento pode ser indescritível, mas palavras como medo da loucura, do aniquilamento, da insignificância, podem pronunciar-se junto a uma manifestação de angústia imensa<sup>5</sup>.

No ano de 2003 a 2009, aconteceram 60.637 mortes por suicídio, o equivalente a 24 óbitos por dia, que caracteriza um coeficiente médio de 4,5 mortes por 100 mil habitantes. Para alguns autores, o suicídio

simboliza despesa para a sociedade, pelos investimentos primordiais na construção do ser humano, anos potenciais de vida perdidos e pelos custos de internação com indivíduo que não obtém sucesso com o ato<sup>6</sup>.

Dito isso, é necessário a criação de métodos que possam subsidiar a manejo de profissionais com idosos com riscos de suicídio e assim possibilitar a reversão desse grave problema de saúde pública. Portanto, o objetivo do estudo consiste em desenvolver um protocolo de identificação de risco de suicídio na população idosa.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica, na qual visa à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado<sup>7</sup>.

Nesta pesquisa, foram usados os princípios da investigação metodológica, uma vez que teve como finalidade a elaboração de um protocolo de prevenção de suicídio em idosos -a ser utilizado por enfermeiros participantes na atenção básica.

### **Desenvolvimento do Protocolo**

Conforme o Guia de elaboração de Protocolos do COFEN<sup>8</sup>, protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos.

A elaboração de protocolo é uma tarefa complexa, já que deve ser desenvolvido por etapas e deve retratar a realidade local de onde deseja se instituí-lo. O desenvolvimento desde, baseou-se em duas referências Ribeiro<sup>9</sup> e o guia de elaboração de protocolos do COFEN<sup>8</sup>.

### **1º Etapa: Seleção e Refinamento dos Tópicos**

Nesse momento o elaborador decide os aspectos referentes ao Âmbito e finalidade (contextualização; finalidade; a quem se destina; local a ser aplicado; público alvo e instruções gerais). Além disso, deve identificar aspectos imprescindíveis para o instrumento a ser elaborado.

O protocolo desenvolvido no estudo destina-se aos enfermeiros atuantes na Atenção Básica e tem como objetivo identificar idosos com risco de suicídio em idosos.

Sabendo que tais informações são imprescindíveis buscou-se evidências científicas na literatura informações que fornecessem subsídios para elaboração do protocolo proposto. Além disso, baseou-se nas evidências epidemiológicas da cidade de Sobral.

A cidade de Sobral, no estado do Ceará possui uma taxa elevada ao ponto de chegar a dobrar a taxa nacional de suicídio no país. Sendo em sua grande maioria idosos.

Sabendo que o depressivo é um suicida em potencial e a velhice sendo um processo também delicado e cheios de mudanças físicas e emocionais, podendo potencializar ou provocar transtornos psicológicos, foi pensado o protocolo.

Desse modo, esse protocolo destina-se aos profissionais da equipe multiprofissional da atenção básica, devendo ser aplicado na rede de atenção primária do município de Sobral e seu público alvo são idosos que apresentam processos depressivos.

## **2ª Etapa: Revisão da Literatura**

A revisão de literatura é um dos passos mais importantes para a elaboração do protocolo, pois é a partir dela que se cria uma base do conhecimento de modo a extrair as melhores evidências disponíveis a serem implementadas na prática clínica. Apesar da revisão sistemática ser a recomendada na elaboração de protocolos, denota-se a pouca contribuição da ciência Enfermagem em estudos com delineamento de pesquisa experimental, ou seja, ensaios clínicos randomizados controlados<sup>10</sup>. Deste modo, optou-se por realizar a revisão integrativa da literatura.

Para o refinamento dos tópicos, realizou-se uma revisão integrativa da literatura durante o período de janeiro a abril de 2018.

Foram analisados artigos apresentados pela literatura relevante ao estudo, encontradas nas bases de dados PUBmed (Publicações Médicas), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus (*Scopus* Info Site) utilizando o operador booleano "And" e literaturas atuais na área da Enfermagem, Psicologia e Medicina Psiquiátrica.

Foram consideradas publicações relacionadas ao suicídio em idosos. As publicações gerais referentes ao suicídio, sobre tentativas e ideações de suicídio foram consideradas importantes visto que existe uma estreita relação entre estes três momentos. Foram relevantes estudos que problematizaram os fatores associados ao suicídio, sua tendência, a relação entre a ideação, a tentativa e o suicídio propriamente dito. Também foram consideradas pesquisas referentes à epidemiologia do suicídio em idoso, a relação entre o suicídio e as doenças clínicas e mentais em idosos, a perspectiva de gênero e os estressores psicossociais.

Objetivando o aprofundamento da temática proposta ao estudo, buscou-se responder o seguinte questionamento: Quais estratégias devem ser utilizadas na prevenção de suicídio em idoso?

Após a identificação dos artigos, estes documentos foram agrupados por ordem cronológica do tema discutido, facilitando assim a análise, o que permitiu conhecer as perspectivas sobre o suicídio em idosos. As palavras-chaves utilizadas na busca da revisão foram: suicídio, idosos, Prevenção. O estudo abrangeu publicações entre os anos de 2012 a 2017.

### **3ª Etapa: Decisão de Mudança da Prática**

Ao final da revisão integrativa foi elaborado o protocolo a ser utilizado pelo enfermeiro no cenário da Atenção Básica de Saúde. A construção do modelo de recomendações originais ocorreu no período de maio a junho de 2018.

É importante ressaltar que os protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado)<sup>8</sup>.

### **Aspectos Éticos da Pesquisa**

Por se tratar da construção de um protocolo ainda não aplicado em seres humanos, o estudo não necessita da apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, mas ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

### **Principais Achados da Revisão Integrativa de Literatura**

O estudo de Cavalcante<sup>11</sup> faz uma investigação multicêntrica e interdisciplinar que considera a situação singular de cada idoso, tendo como parâmetro a "Clínica Ampliada" visando abordar as várias facetas que envolveram o sofrimento dos sujeitos. Os resultados indicam o agravamento de doenças e deficiências, abandono, abusos físicos, psicológicos, financeiros, negligências e autonegligências.

A pesquisa realizada por Minayo et al.<sup>12</sup> mostrou um crescimento significativo nas taxas de suicídio na população brasileira e no Rio de Janeiro (5,7 e 3,1 para cada 100 mil habitantes, respectivamente) em 2006. Esse incremento ocorreu pelo aumento dos suicídios na população masculina em todas as idades. A curva crescente aconteceu principalmente entre homens maiores de 60 anos. O incremento não foi estatisticamente significativo entre homens e houve decréscimo entre mulheres no Rio de Janeiro. Os principais meios de suicídio utilizados pelos homens foram enforcamento, sufocação, estrangulamento e armas de fogo. Para as mulheres, o enforcamento também ocupou a primeira posição, seguido pela ingestão de substâncias, atiramento ao fogo e precipitação de altura. A elevada taxa de indefinição dos meios ressaltou problemas na qualidade dos dados. O estudo conclui que suicídios são eventos significantes na



população masculina, sobretudo entre homens idosos, ao longo do tempo. No Rio de Janeiro, as taxas entre homens idosos também são maiores, mas não estatisticamente significantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, o suicídio é passível de prevenção e existem cuidados preconizados para cada grupo etário.

Lima et al.<sup>13</sup> evidencia que no Brasil a longevidade se elevou e a faixa etária da terceira idade tem aumentado consideravelmente, em compensação algumas problemáticas tais como a qualidade de vida e o aparecimento de algumas doenças, tais como a depressão, tem se ampliado neste grupo etário, além da configuração do abandono e dos maus tratos. Os resultados apontaram que o suicídio é considerado um fenômeno social e está relacionado a vários fatores desde questões psicológicas, emocionais, perda da autonomia, ausência da valorização familiar, falta de afetividade e que ainda é um tabu se falar sobre o assunto, é como se este fenômeno estivesse distante das pessoas, quando está cada vez mais presente. A mudança no estilo de vida, apesar do aumento da longevidade, que muitas vezes não vem junto a qualidade, aumenta a vulnerabilidade e as tentativas de suicídio nesta transição para o envelhecimento.

Uma forma de avaliar a importância do suicídio como um problema de saúde pública é avaliar sua contribuição em relação às mortes intencionais, mortes que incluem violência interpessoal, conflitos armados e suicídio, ou seja, mortes violentas. Globalmente, suicídios são responsáveis por 57% de todas as mortes violentas (51% em homens versus 72% em mulheres). Em países de alta renda, o suicídio representa 81% das mortes violentas em homens e mulheres<sup>14</sup>.

Quando se analisam as taxas de morte por violência auto-infligida, é possível inferir que esse ato não possui uma única causa ou razão, mas é resultado de uma complexa interação de fatores, que podem ser biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, apresentando dificuldade para explicar como a exposição aos mesmos fatores de risco implicam condutas diferenciadas, dependendo dos sujeitos envolvidos<sup>15</sup>.

Koch e Oliveira<sup>16</sup> ressaltam em seu estudo que a complexidade do fenômeno suicida, aliada ao grande número de óbitos decorridos dessa prática em todo o mundo, apresenta-se como um desafio multidisciplinar aos profissionais da área, bem como aos envolvidos com a formulação de políticas públicas sobre o tema. No presente artigo, apresentam-se os principais tipos de políticas públicas associadas à prevenção de suicídios e como as pesquisas vêm avaliando sua efetividade. A exposição desse plano de fundo cria subsídios para pesquisadores e demais interessados no tema para a formulação de políticas regionalizadas, tendo em vista estudos mais recentes com maior objetividade na medição de resultados dos esforços governamentais, tão criticados pela literatura por seus efeitos meramente circunstanciais.

### **Desenvolvimento do Protocolo**

Atualmente destaca-se o considerável aumento de pessoas com 65 anos ou mais nos países em desenvolvimento. No Brasil esta faixa etária representa 14,5 milhões de pessoas, correspondendo a 8,6% do

total da população do país. O aumento da expectativa de vida e a mudança do perfil epidemiológico aumentam o número de pessoas com doenças crônico-degenerativas<sup>17</sup>.

Um exemplo de doença crônica é a depressão, considerada um problema de saúde pública que atinge 154 milhões de pessoas mundialmente, tendo uma maior incidência nos últimos anos, o idoso por sua vez representa 15% de prevalência para algum sintoma depressivo, tal cenário requer ações de prevenção e cuidado para esta população<sup>13</sup>.

A doença caracteriza-se por alterações psicopatológicas diversas, como presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria; podem estar acompanhados de sensação subjetiva de fadiga, alterações no sono e apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e ideias de fracasso<sup>13</sup>.

A depressão ocasiona potenciais fragilidades e constituem significativos fatores de risco para o suicídio de idosos. O suicídio é definido como "todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vida que sabia que produziria esse resultado"<sup>18</sup>.

O uso do protocolo de risco de suicídio entre idosos é de grande relevância, uma vez que por diversos motivos, os dados desses eventos são poucos conhecidos e na grande maioria das vezes apenas os casos mais graves chegam aos serviços de saúde e são estatisticamente contabilizados, o conhecimento do nível de depressão nos idosos é fundamental para que se criem programas eficazes e efetivos de prevenção ao suicídio

A finalidade do protocolo é identificar precocemente o risco de suicídio em idosos, avaliando o nível de depressão pela aplicação da escala de Hamilton.

Esse protocolo destina-se aos enfermeiros atuantes na rede de atenção básica do município de Sobral. O público alvo são os idosos que estiverem apresentando boa cognição de acordo com o Mini Exame do Estado Mental.

O MEEM é utilizado para avaliar a função cognitivo, de fácil aplicação. Utilizado como instrumento de rastreio, não serve para dar diagnóstico, no entanto indica as funções devem ser melhor investigadas. Esse teste avalia orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem – nomeação, repetição, compreensão, escrito e cópia de desenho. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira<sup>19</sup>.

É necessário avaliar a cognição do idoso que será submetido ao preenchimento do protocolo, através da aplicação do MEEM e serão incluídos somente os idosos que estiverem aptos de acordo com os scores do teste.

Para identificar os idosos com risco de suicídio utiliza-se a Escala de avaliação da depressão HAMILTON (HAM-D) (1960). A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), criada por Max

Hamilton. Foi construída na década de 1960 para ser utilizada exclusivamente em pacientes previamente diagnosticados com transtorno afetivo do tipo depressivo<sup>20</sup>.

Aplicação da escala de HAMILTON (HAM-21), identificando o risco em: levemente deprimido (7-17 scores); moderadamente deprimido (18-24 scores) e gravemente deprimido (>25 scores).

### Fluxograma

Com auxílio do fluxograma, o profissional pode tomar decisão sobre a linha de cuidados que deve ser adotada (sustentada por evidência científica e princípio da integralidade). Após classificar o tipo de risco se baixo, médio e alto a pessoa é encaminhada para tratamento. Sendo possível o acompanhamento, por meio de ações de promoção e prevenção em saúde mental (articulando-se em rede; - permitindo registro, avaliação, pesquisa concomitante e sobretudo ulterior; - encarregando-se também desde a crise até estratégias de adesão a longo prazo).

Dessa forma, o protocolo tem o papel de padronizar a vigilância e o cuidado ao idoso, direcionando o profissional aos devidos cuidados indicados em relação a cada sinalização e nível de depressão. O acompanhamento sistemático, padronizado e contínuo, vem para garantir a assistência permanente e um cuidado individualizado. O acompanhamento nos garante identificar, classificar e tratar qualquer nível de depressão podendo evitar a progressão do agravo ou/e até mesmo a nulidade do mesmo. Criar um fluxo contínuo e intermitente de ciclos avaliativos, nos deixa garantir a chance de identificar e interferir no processo adoecedor evitando uma progressão.

### Instruções Gerais

1. Aplicar Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Só seguir para o item 2 (dois), se idoso obtiver SCORE maior que 19 (dezenove).
2. Aplicar a ESCALA DE HAMILTON;
3. Classificar o grau de depressão;
4. Idosos classificados como levemente, moderadamente e gravemente deprimido, deverão ser encaminhados para profissionais especializados de acordo com a Rede de Apoio a Saúde Mental;
5. Selecionar os idosos classificados como moderadamente e gravemente deprimido, pois são esses que apresentam o maior risco de cometer suicídio;
6. Idoso classificado como, moderadamente ou gravemente deprimido: verifique rede de atenção para encaminhamento;
7. Reavaliar idoso a cada 3 meses;
8. Verificar Manutenção ou progressão do grau de depressão.

## Conclusão

O envelhecimento vem mudando as demandas da população no que se refere à saúde e doença, entender isso é um primeiro passo para criar uma melhor forma de lidar com esse novo cenário.

A depressão é uma doença de difícil diagnóstico em pacientes idosos, pois seus sinais e sintomas são erroneamente confundidos com o processo de envelhecimento. Nota-se que é necessário criar meios que direcionem os profissionais a uma melhor clínica.

Hoje na atenção primária há uma carência no processo de formação para este agravo entre os profissionais de saúde. Dificultando assim suas tomadas de decisão que influenciam diretamente na resolução do problema e de seu acompanhamento.

O protocolo proposto por este estudo, cria um fluxo de atendimento ao paciente depressivo que facilitará o diagnóstico e norteará o encaminhamento desse paciente para o nível de atenção de acordo com a necessidade do paciente e garantirá a permanência de uma avaliação ampla e contínua garantindo uma assistência em qualquer nível que o idoso se encontre. Este protocolo sensibilizará os profissionais a necessidade de um olhar fixo nesta demanda crescente e agravante a saúde pública.

## Referências

1. Carvalho ANC. Auto conceito do idoso e biodança: uma relação possível. (Dissertação) Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.
2. Neri AL, Guarienti ME. Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas: Alínea, 2011
3. Santiago A; Holanda AF. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. Rev. abordagem gestalt., Goiânia. 19(1): 38-50, jul. 2013
4. Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: AMGH. 12º edição, 2011.
5. Cassorla R. O que é suicídio. São Paulo: Abril Cultural Brasiliense. 1985.
6. Vidal CEL, Lemos MR, Oliveira RMR, Vidigal NA, Leitão MB. Perfil epidemiológico do suicídio na macrorregião centro-sul do Estado de Minas Gerais. Rev Bras Psiquiatr 2013; 32 Suppl Especial:S57.
7. LIMA DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. Online braz. J. nurs. 10(2): 2011.
8. COFEN. Conselho Regional de Enfermagem. Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais. Rio de Janeiro, 2017.
9. Ribeiro MA. Terceira Idade Família e Relacionamento de Gerações. Revista A Terceira Idade ATI. São Paulo. 184 (16): 2010.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 17 (4): 758-64, 2010.
11. Cavalcante ACS, Sérgio SMT, Franco FRA, Cunha VP, Cavalcante FV, Nascimento CEM. A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. Revista Trivium Est. Interd. Ano VII, ed.1. 2015.
12. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006 Rev Saúde Pública, 46 (2): 300-9, 2012.
13. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3): 167-72, 2016.
14. WHO. Preventing suicide: a global imperative; 2014.
15. Shah A. A preliminary cross-national study of a possible relationship between elderly suicide rates and tuberculosis. *Int Psychogeriatr*. 21 (6), 2012.
16. Koch DB, Oliveira PRM. As políticas públicas para prevenção de suicídios. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais. 2 (2): 161-72, 2015.
17. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. Saúde debate. 39 (105): 536-50, 2015
18. DURKHEIM, E. Le suicide. Paris, Presses Universitaires de France, 2012.
19. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 11(1): 7- 16, 2015
20. Gallucci NJ, Campos Júnior MS, Hübner CK. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. Revista Faculdade de Ciências Médicas. 3 (1): 10-4, 2001.

## ARTIGO DE REVISÃO



# Registro de enfermagem na atenção primária em saúde: foco nos cuidados de lesões complexas

*Registro de enfermería en atención primaria de salud: enfoque en el cuidado de lesiones complejas*

**Vanúbia Matias de Souza<sup>1</sup>, Niedja Cibegne da Silva Fernandes<sup>2</sup>, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento<sup>3</sup>, Francisca Joice Souza Silva<sup>4</sup>, Maria Dianna Sousa<sup>6</sup>, Sara Taciana Firmino Bezerra<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Pau dos Ferros-RN-Brasil. <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, UERN, Pau dos Ferros-RN-Brasil. <sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Medicina da UERN, Mossoró-RN-Brasil.

## Abstract

Objective: to evaluate the nursing record of primary health care patients directed to the care of complex lesions. Method: documentary research with a quantitative approach, carried out in the Municipality of Pau dos Ferros - RN. In the 12 basic health units, 18 medical records referring to patients with skin lesions were evaluated. The data collection was composed by applying a checklist of information. Results: Among the patients, 10 (68.6%) are women. Lesions are located on the lower limbs in 17 patients (98%). The records show the characteristic of the lesion (color, aspect of the border, amount of exudate, size); products used as saline, essential fatty acids, silver sulfadiazine, collagenase and papain. It is noteworthy the absence of data such as history of the wound, state of the skin's condition, pain or tunneling. Conclusion: it was observed precariousness of the records, with insufficient information on the evaluation, treatment, monitoring of wounds, and identification of the professional. Descriptors: Nursing Records, Primary Health Care, Wounds and Injuries, Patient Care, Nursing Care, Stomatherapy

## Resumo

Objetivo: avaliar o registro de enfermagem no prontuário do paciente da atenção primária em saúde direcionado aos cuidados de lesões complexas. Método: pesquisa documental com abordagem quantitativa, realizada no Município de Pau dos Ferros-RN. Foram avaliados nas 12 unidades básicas de saúde, 18 prontuários referentes aos pacientes com registro de lesões de pele. A coleta de dados foi composta pela aplicação de checklist das informações. Resultados: Entre os pacientes, 10 (68,6%) são mulheres. As lesões estão localizadas nos membros inferiores em 17 pacientes (98%). Os registros apresentam a característica da lesão (coloração, aspecto da borda, quantidade de exsudato, tamanho); produtos usados como soro fisiológico, ácidos graxos essenciais, sulfadiazina de prata, colagenase e papaína. Ressalta-se a ausência de dados como história da ferida, estado da pele perilesão, dor ou tunelização. Conclusão: observou-se precariedade dos registros, com informações insuficientes da avaliação, tratamento, acompanhamento das feridas, e identificação do profissional. DESCRITORES: Registros de Enfermagem. Atenção primária à saúde. Feridas e lesões. Assistência ao paciente. Cuidados de enfermagem. Estomaterapia

**Autor  
Correspondente**  
Vanúbia Matias de  
Souza

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**



## Introdução

A comunicação dentro da equipe de saúde é muito importante para que as necessidades da população sejam plenamente atendidas e entendidas claramente, isso porque a comunicação pobre em um ambiente clínico pode favorecer a ocorrência de eventos adversos. Por esse motivo, a elaboração de registros claros é essencial para o bom desenvolvimento da assistência e o planejamento das ações terapêuticas. Infelizmente, nem sempre a situação do paciente e os cuidados realizados são devidamente registrados, fazendo esses documentos carentes de fidedignidade.<sup>1</sup>

Nesse contexto, entende-se o contexto da ocorrência de lesões de pele, considerada um problema grave para os serviços de saúde e envolve diretamente todas as equipes de profissionais, dependente da dinâmica que ocorre no serviço. Comumente, tais lesões são a causa das longas permanências hospitalares, na maioria das vezes em decorrência de tratamentos prolongados, principalmente para aqueles pacientes com mobilidade comprometida.<sup>2</sup>

Para esse cuidado, o tratamento de feridas muitas vezes constitui um desafio para os profissionais de enfermagem, tendo em vista a complexidade de cada ferida e principalmente a dificuldade na cicatrização como em úlceras venosas e arteriais, pé diabético, queimaduras e lesões por radiação.<sup>3</sup>

Existe a necessidade de que a equipe de enfermagem tenha a capacidade de lidar com a realidade do serviço, considerando as especificidades da sua clientela, suas problemáticas e com isso, possam atuar de forma competente com as diversas lesões dando diagnósticos, orientações e cuidados específicos.<sup>4</sup>

Da mesma forma, para que haja uma intervenção adequada de Enfermagem, compreende-se que é indispensável pensar na pessoa. O saber da Enfermagem está no exercício do seu fazer, relacionando os conhecimentos conceituais com situações concretas, atuando criticamente e tornando visíveis as suas competências.<sup>5</sup>

Visto que as anotações de enfermagem são um mecanismo para análise da qualidade da assistência prestada em saúde, os registros precisam seguir normas, que levem em consideração a necessidade dessa qualidade e os aspectos legais, já que a sua execução está dentro das obrigações legais da equipe.<sup>6</sup> O registro de enfermagem é um dos meios utilizados para demonstrar o trabalho executado pela equipe e um indicador de qualidade da assistência, em todos os contextos de saúde, inclusive nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), neste particular, nos cuidados à pessoa com lesões.

Assim, a questão que norteou o presente estudo foi: como se dá o registro de enfermagem no prontuário do paciente da Atenção Primária em Saúde (APS), no que se refere aos cuidados das lesões complexas? Torna-se imprescindível o estudo das anotações de Enfermagem em todos os cenários de prática e mesmo nas regiões longínquas, por meio do qual se pode compara a qualidade dos registros realizados, assim como repensar medidas de atualização profissional, no que se refere aos cuidados de enfermagem às lesões crônicas e mesmo no registro desses cuidados.

As feridas crônicas podem ser caracterizadas como de longa duração ou de reincidência assídua. Sua origem está relacionada a inúmeras causas como: doença venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatias, hipertensão arterial, trauma físico, anemia falciforme, infecções cutâneas, doenças inflamatórias, neoplasias e alterações nutricionais. As feridas crônicas constituem grave problema de saúde pública no Brasil devido à alta morbidade e gastos terapêuticos bem como pela diminuição da qualidade de vida associada.<sup>7</sup>

As feridas de alta complexidade constituem irregularidades que envolvem áreas amplas do corpo e, desse modo, requerem tratamentos especiais, devido ao seu processo de evolução repentino, ou ainda, por oferecerem ameaça à integridade do membro ou até mesmo da própria vida do paciente.<sup>8</sup>

Conseqüentemente, representam um enorme peso social para o sistema de saúde. Sabe-se que as feridas complexas são de difícil resolução usando tratamentos convencionais e simples curativos, o que promove grande impacto socioeconômico. Assim, conhecer esta realidade, como também o tratamento oferecido aos usuários acometidos por feridas desta natureza pode contribuir de forma significativa para a elaboração de novas estratégias que venham a beneficiar as pessoas que são acometidas por esses tipos de lesões de pele.

A prevalência de usuários acometidos por úlceras implica significativamente nos gastos públicos, além de interferir na qualidade de vida da população, tornando-se um problema de saúde pública. No Brasil, esse problema se agrava, pois os registros desse tipo de atendimento muitas vezes não são realizados, aumentando a subnotificação.

De um modo geral, as lesões apresentam fisiopatologias diferentes. A prevalência e incidência, a distribuição epidemiológica, o prognóstico, a sintomatologia e o método de tratamento, também são diferentes, porém, a dor é um sintoma comum a todos os tipos, sendo subestimada e mal avaliada no tratamento.<sup>9</sup>

A cicatrização de feridas é um processo ocasionado por diversos fatores, como, fisiológicos, celulares e bioquímicos, de modo que ocorra uma resposta à lesão tecidual. O processo está dividido em três fases: inflamação, proliferação e remodelação.<sup>10</sup>

Deste modo, o tratamento deve ser individualizado, considerando-se a etiologia do ferimento, a evolução do quadro até então, a existência de comorbidades no paciente, a ocorrência de fatores que impliquem alterações no prognóstico, as características da ferida, a disponibilidade de recursos para tratamento da ferida, como também a contra-indicação e a própria possibilidade de o paciente viabilizar os tratamentos sugeridos ou propostos pelos profissionais de saúde que o tenham avaliado.<sup>11</sup>

Logo, o objetivo deste trabalho é Avaliar o registro de enfermagem no prontuário do paciente da atenção primária em saúde direcionado aos cuidados de lesões complexas.

## Métodos

Pesquisa documental, realizada no município de Pau dos Ferros, localizado na Mesorregião do Alto Oeste Potiguar, a uma distância de 400 km da capital do Estado do Rio Grande do Norte, Natal. O mesmo conta com uma população de 30.183 habitantes para o ano de 2018, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.<sup>12</sup>

No município, existem 12 UBS em funcionamento que direcionam as atividades de APS. O critério de inclusão na pesquisa foi ser portador de lesões crônicas devidamente cadastrado na área de atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, 18 prontuários foram estudados.

O instrumento para a coleta de dados foi composto pela aplicação de checklist, captando informações de sexo, idade, localização da lesão, frequência e local da realização do curativo (domicílio ou UBS), Cor e leito da lesão, tecido predominante, borda, exsudato, mensuração, túnel, pele perilesional, dor, histórico da ferida, a frequência e como são realizados os registros dos curativos, prescrição/condução e o profissional responsável pelo registro.

Os dados foram coletados no período de 01 de junho a 01 de agosto de 2016 e organizados em planilha no Excel. A análise se deu por meio da Estatística descritiva. Os resultados estão apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura atual acerca da temática. O referido projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UERN, sob a CAAE 30924714.4.0000.5294 e número de parecer 735.778, em 29/07/2014.

## Resultados

Foram avaliados 18 prontuários em 12 Unidades Básicas de Saúde a partir do levantamento de dados dos usuários portadores de feridas complexas, dos quais 10 (68,6%) são do sexo feminino. Em relação à localização das lesões, 17 (98%) estão nos membros inferiores. Além disso, quanto à qualidade da anotação de enfermagem, observamos, neste estudo, que em 17 (98%) as ações de enfermagem não estavam assinadas, nem carimbadas pelo profissional responsável pelo procedimento e nenhuma das anotações obedece a frequência dos procedimentos realizados, nem da evolução da lesão.

Em relação à prescrição/condução no tratamento das lesões podemos observar que, independentemente do tempo da lesão, não há uma frequência dos registros relacionados à realização de curativo, ou ao tempo de tratamento. Os registros são deficientes até nos aspectos mais básicos e necessários para o acompanhamento adequado, com exceção de alguns poucos registros que apresentam cor, tipo de tecido predominante, exsudato e mensuração da lesão. Porém, é importante ressaltar que estes registros foram feitos por acadêmicos de enfermagem, que realizaram o curativo e registraram no prontuário também de forma ocasional durante o estágio supervisionado realizado nas Unidades Básicas de Saúde.



**Tabela 1:** Características das lesões de pele encontradas nos registros dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde, Pau dos Ferros- RN, 2016.

Características da lesão	Quantidade de registros encontrados nos prontuários
Periodicidade do registro ocasionalmente	17
Tipo de tecido predominante	03
Borda	03
Exsudato	02
Cor (leito da lesão)	01
Mensuração	01
Periodicidade do registro quinzenal	01

Fonte: Próprio autor

Ressalta-se que não foram identificados registros referentes ao estado da pele perilesional, dor, história da ferida ou presença de tunelização.

**Tabela 2:** Produtos utilizados no tratamento das lesões de pele encontradas nos registros dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde, Pau dos Ferros- RN, 2016.

Produtos utilizados no tratamento da lesão de pele	Quantidade de registros
Soro fisiológico	07
AGE	06
Sulfadiazina de prata	05
Colagenase	01
Papaína	01

Fonte: Próprio autor

## Discussão

Cuidar de feridas é concebido como um segmento dinâmico e muitas vezes complexo, tendo a necessidade de uma atenção rigorosa, principalmente quando se trata de uma lesão crônica. Feridas evoluem de diferentes formas, algumas rápidas, refratárias, e/ou decorrentes de condições que impossibilitam a cicatrização.<sup>10</sup> O curativo é uma intervenção do enfermeiro com o objetivo de minimizar os fatores que dificultam a cicatrização de feridas. É um procedimento delicado e que requer dedicação do profissional.<sup>13</sup>

A partir do já exposto percebemos a importância do cuidado com feridas e para isso é necessária que o profissional disponha de informações sobre a lesão e os curativos já realizados naquele paciente. No entanto, a realidade do serviço de saúde pesquisado se mostra distante dessa condição ideal. A partir dos registros dos prontuários obtidos por meio da coleta de dados realizada, podemos observar a precariedade

dos registros, que não trazem informações suficientes e concretas em relação à avaliação, tratamento e acompanhamento das feridas. Trata-se de registros que contém informações inespecíficas e esporádicas.

Essa condição dos registros evidencia um que está sendo dispensado um cuidado ineficiente ao tratamento de feridas, pois não tem como o profissional saber da evolução prévia daquela lesão e de como os curativos anteriores vêm sendo realizados. Além disso, fica visível que os profissionais não têm sensibilidade de deixar esse registro, seja por não reconhecer a importância que os mesmos têm, ou por saberem, mas serem negligentes quanto ao registro de suas ações.

Além disso, o estudo também apresentou resultados quanto as lesões e o público mais afetado por elas. Nesta perspectiva, mediante os achados encontrados observou-se que as lesões crônicas afetam principalmente a população idosa do município, com percentual maior do sexo feminino. Outra característica é que são portadores de doenças crônicas, em especial destaca-se o diabetes, assim como ocorre em relação às lesões de pele, também não há registros suficientes no prontuário quanto às demais patologias que podem agravar ou interferir no tratamento das lesões crônicas.

As feridas são classificadas, em agudas e crônicas. Considera-se ferida crônica aquela que leva mais tempo do que o habitual para cicatrizar, devido a condições preexistentes. Atualmente, as lesões crônicas são mais conhecidas como feridas complexas.<sup>9</sup> As feridas crônicas não seguem o processo cicatricial habitual, necessitando de maiores cuidados. Dentre as feridas crônicas, a lesão por pressão (LP) se destaca como a com maior prevalência no Brasil, afetando principalmente idosos. Em segundo e terceiro lugar temos, respectivamente, a úlcera diabética (UD) e as feridas operatórias complicadas.<sup>14</sup>

Diante disso, vemos a necessidade que essas lesões têm de um cuidado mais criterioso, porém não foi isso que encontramos na pesquisa. Nos resultados fica evidente a dificuldade de fazer a análise da evolução das lesões e o material utilizado para eficácia do tratamento, já que não há registro adequado, não há frequência da realização do curativo, nem sequer há registro visando o acompanhamento que colabore para um melhor prognóstico e qualidade do tratamento destes usuários.

De modo geral, são vários os problemas encontrados nos registros de enfermagem nos prontuários. São anotações e evoluções vagas quanto ao conteúdo e qualidade dos registros, incluindo avaliação, acompanhamento, condutas e prescrições. Além disso, também apresentaram falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou não assinatura. O que descumpra a resolução COFEN de número 429/2012, a qual dispõe, justamente, sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem. Os profissionais de enfermagem devem registrar as suas ações e assiná-las, sendo o meio para isso físico ou digital.<sup>15</sup>

Destaca-se ainda que, muitas vezes, o cuidado de uma ferida é realizado de um modo intuitivo por familiares, comunidade ou a própria pessoa. Isso mostra uma forte tendência para a realização desses cuidados no âmbito doméstico, o que indica a importância da atenção domiciliar em saúde. Em outras palavras, destaca-se o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da visita domiciliar no cuidado dessas lesões, como também a figura do enfermeiro como ator na realização desses cuidados.



A visita domiciliar é um meio para a construção de conhecimentos e a educação em saúde, principalmente desses familiares que estão oferecendo o cuidado direto às lesões. A estratégia, também, ajuda no vínculo e na relação de confiança entre equipe de saúde e família, como na aproximação com os costumes da mesma, o que permite maior direcionamento nas decisões clínicas.<sup>16</sup>

Nisto, o prontuário é onde se registra os cuidados realizados, juntamente com toda a assistência prestada da admissão até a alta. O que inclui também a atenção domiciliar, a assistência e as orientações prestadas, como também é uma fonte de consulta para os profissionais se prepararem para a visita. É um instrumento da equipe multiprofissional em saúde. Além disso, o registro também contribui com informações para outros setores do serviço de saúde, como o administrativo, planejamento e gestão. Também pode ser usado para pesquisa e procedimentos de ordem jurídica. Por toda essa importância, se mostra fundamental construir um bom registro, o que não apresente constantes erros ou ausência de informação.<sup>17</sup>

Nessa perspectiva, os achados quanto ao histórico do usuário, a frequência dos registros e sua influência no acompanhamento do tratamento, observou-se que os profissionais de enfermagem não se mostraram preocupados sobre a importância dos registros, e, quando o fazem, realizam de forma aleatória. Sabe-se que a avaliação e registro da lesão, assim como a prescrição da cobertura utilizada na realização do curativo, possibilita a continuidade do cuidado e a realização de estatísticas dos diversos atendimentos, os profissionais de enfermagem não tem efetivado essas anotações, apesar da sua importância como fonte de consulta, documento legal e parâmetro para contribuir com a qualidade da assistência. Em suma, observou-se que os procedimentos relativos ao registro dos curativos são negligenciados pela equipe de saúde, sendo feitos ocasionalmente e de forma aleatória.

## Conclusão

Através dos achados, infere-se a impossibilidade de fazer uma avaliação clínica através dos registros, afinal os dados encontrados são insatisfatórios quanto ao acompanhamento e tratamento das lesões. Os registros das lesões não estão sendo descritos de maneira adequada no que diz respeito às características das lesões, bem como a sua terapia. Nós mesmos é raro a descrição de tipo de tecido, estado da borda, estado da pele perilesional, cor que apresenta em seu leito, tamanho da lesão, presença de exsudato, dor ou tunelização. Todas essas faltas fragilizam o entendimento do profissional que presta o cuidado, como dificulta comunicação e a concretização de uma assistência prestada em equipe.

Assim, a falta de registro, o preenchimento negligente e, sobretudo, a falta de periodicidade dos registros são fatores que impossibilitam qualquer tipo de avaliação, tratamento e evolução da lesão. Na falta dos critérios necessários a anotação compromete tanto a avaliação, o tratamento e a evolução do processo cicatricial ao usuário. Além disso, essa precariedade dos registros faz com que sejam afetados mecanismos que possam, inclusive, amparar juridicamente o profissional e a instituição responsável.

Com isso, através dessa identificação, busca-se planejar e contribuir com intervenções mais efetivas e eficazes, no que diz respeito a condutas terapêuticas, acompanhamento da lesão através de registros (evolução no prontuário, registros fotográficos, mensurações, entre outros), bem como mostrar a importância do acompanhamento por uma equipe multiprofissional. Tais intervenções implicará na diminuição de gastos por parte do poder público, bem como devolverá ao seio da sociedade um usuário ativo com sua saúde restabelecida no que diz respeito à sua lesão, e aquele, não mais ativo, proporcionar uma melhor qualidade de vida.

## Referências

1. Silva T, Santos R, Crispim L, Almeida L. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco*. 2016; 7(1):24-27.
2. Mattos RM, Melo FBS, Araújo AKC, Gomes GMS, Vasconcelos LDS, Souza LDT. Educação em saúde aos trabalhadores de enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina-PE. *Interfaces Revista de Extensão da UFMG*. 2016; 3(1):22-32.
3. Andrade S, Santos I. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(2):1-7.
4. Pires JO, Oliveira RF, Cruz NR. Assistência de enfermagem no controle e manejo da úlcera venosa. *Revista Transformar*. 2016; 8(8):151-162.
5. Prado A, Barreto V, Tonini T, Silva A, Machado W. O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas. *Revista Estima*. 2016; 14(4):175-182.
6. Barbosa S, Tronchin D. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(2):253-260.
7. Resende NM, Nascimento TC, Lopes FRF, Prates Júnior AGP, Souza NM. Cuidado de pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde. *JMPHCJ Journal of Management & Primary Health Care*. 2017; 8(1):99-108.
8. Abreu R, Gomes S, Silva A, Brum C, Azevedo M. Assistência de enfermagem no tratamento de feridas por terapia de pressão subatmosférica (VAC) na UTI. *Rev Rede cui saúde*. 2016; 10(2):1-4.
9. Oliveira R, Gualter W, Shaffe P, Silva V, Cesaretti I. Análise das Intervenções de Enfermagem Adotadas para Alívio e Controle da Dor em Pacientes com Feridas Crônicas: Estudo Preliminar. *Revista Estima*. 2005; 3(2):1-4.
10. Muniz P, Costa A, França R, Ferreira P. Inquérito populacional sobre feridas crônicas no município de Quixadá-CE. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica*. 2016; 3(1):1-4.
11. Carvalho ASA. Utilização de pensos multifuncionais para o tratamento de feridas crônicas [dissertação]. Porto. Portugal. Universidade Fernando Pessoa; 2017.
12. IBGE. 2019. Available at: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espiritas-sem-religiao&view=noticia>
13. Galdino Junior H, Lima BR, Santos SLV, Neves HCC, Tipple AFV. Adesão às precauções padrão durante a realização de curativos pela equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*. 2018; 84(22):45-57.
14. Santos KCB, Ribeiro GSC, Feitosa AHC, Silva BRS, Cavalcante TB. Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com feridas crônicas. *Rev eletrônica enferm*. 2018; 20(20):1-10.
15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 429/2012, de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Available at: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-4292012_9263.html)
16. Azevedo ACF, Okada KK, Lima GZ, Buriola AP. Visita domiciliar na atenção à saúde mental: relatando a experiência de um projeto de extensão universitária. *Revista UNINGÁ*. 2017; 52(1):40-43.
17. Barros M, Ferreira P, Maniva S, Holanda R. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. *Revista Interdisciplinar*. 2016; 1(3):1-11.

## ARTIGO ORIGINAL



# CONDUTA NO CASO DE QUEIMADURA: CONHECIMENTO DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

## *CONDUCT IN THE CASE OF BURN: KNOWLEDGE OF USERS OF A BASIC HEALTH UNIT IN THE INTERIOR OF SÃO PAULO*

**Bruno Vilas Boas Dias<sup>1</sup>, Alexandra Lopes Siqueira<sup>2</sup>, Ana Carolina Brunialti Balzan<sup>2</sup>,  
Izilda Martins do Prado<sup>2</sup>, José Paulo Muniz Junior<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre em ciências da saúde. Professor de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí/SP e do Centro Universitário Campo Limpo Paulista, Campo Limpo Paulista/SP. <sup>2</sup>Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí/SP. <sup>3</sup>Enfermeiro. Especialista. Professor de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Paulínia, Paulínia/SP e do Centro Universitário Campo Limpo Paulista, Campo Limpo Paulista/SP.

**Autor****Correspondente:**

Bruno Vilas Boas  
Dias

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

**Objective:** To analyze the knowledge of users of the Basic Health Units in Louveira about the conduct of burns regardless of the reason, extent or degree. **Method:** Quali-quantitative, descriptive, transversal random and intentional research was carried out. The research site was the city of Louveira, the sample of 20 volunteer participants answered two questionnaires, one of which was a characterization and the other related to the objective of the study. **Results:** The research shows that 85% of the interviewees are unaware of the maximum degree of lesions reached by burns and 75% did not identify them according to the characteristics presented for each one. **Conclusion:** It is noted the lack of knowledge of the population regarding the ducts through a burn process, even the most common ones, such as being exposed to the sun and a lack of specific studies on the subject. **Descriptors:** Burns; Knowledge; Behavior; Burn Units.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar o conhecimento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Louveira sobre a conduta diante de queimaduras independente do motivo, extensão ou grau. **Método:** Realizada pesquisa quali-quantitativa, descritiva, transversal aleatória e intencional. O local da pesquisa foi a cidade de Louveira, a amostra de 20 participantes voluntários respondeu a dois questionários sendo um de caracterização e outro referente ao objetivo do estudo. **Resultados:** A pesquisa evidencia que 85% dos entrevistados desconhecem o grau máximo atingido de lesões por queimadura e 75% não os identificaram conforme características apresentadas para cada um. **Conclusão:** Nota-se a falta de conhecimento da população referente as condutas mediante um processo de queimadura, mesmo as mais comuns como relacionada ao sol e uma carência de estudos específicos sobre o tema. **Descritores:** Queimaduras; Conhecimento; Comportamento; Unidades de queimados.

## Introdução

A pele é o maior órgão do nosso corpo. Tendo várias funções importantes como: a de barreira, protegendo contra todas as variedades de agente, auxilia na regulação da temperatura corpórea, sensibilidade, regulação de fluídos e adaptação metabólica. Sua composição é feita por três camadas, a epiderme, a derme e a camada subcutânea ou hipoderme. A epiderme se encontra mais externamente, contém vasos sanguíneos e é uma barreira de proteção contra o meio externo. Devido à descamação da pele ela sempre é renovada. A derme fica mais internamente, contendo vasos sanguíneos, folículos, glândulas sebáceas e terminações nervosas. O tecido subcutâneo ou hipoderme é o mais profundo, sendo formado por tecido adiposo, nervos e grandes vasos sanguíneos e tecido conjuntivo. Esse tecido auxilia as outras camadas mais externas da pele a se fixarem as estruturas subjacentes. <sup>(1, 2)</sup>

A saúde pública no Brasil vem sofrendo um aumento de vítimas com queimaduras. As pesquisas revelam que a maior parte dos queimados notificados no Brasil, ocorrem em suas próprias residências e quase a metade das incidências são com crianças. Nelas as queimaduras mais comuns são por escaldamento e por violência doméstica. Os idosos também são um grupo elevado desse acidente, devido à diminuição dos seus limites físicos e a capacidade de reação. O grupo de mulheres adultas tem o índice mais elevado, devido a queimaduras relacionadas a atividades domésticas como cozinhar e trocar o botijão de gás. <sup>(3)</sup>

Grande maioria das pessoas classificam as lesões por queimaduras as mais terríveis e assustadoras. Ao longo de nossas vidas iremos ter algum tipo de queimadura, podendo ela ser pequena ou não. Pois são muito frequentes em sociedades industrializadas, agrícolas, em ambientes civis e militares. As queimaduras são sérias, tanto grandes como pequena, pois ambas podem levar a graves complicações. <sup>(1)</sup>

As feridas por queimaduras são provocadas por inúmeros agentes ou pela associação entre eles. Para cada agente agressor equivale a um tratamento exclusivo. A maior parte dessas queimaduras são causadas por agentes elétricos, térmicos, radioativos, solar ou químicos. Destruindo o tecido que reveste o corpo humano, podendo ser destruição total ou parcial do tecido e seus anexos. Chegando a lesionar estruturas mais intrínsecas como tecido subcutâneo, faciais, tendões, músculos e ossos. <sup>(2, 4, 5)</sup>

Para classificar uma queimadura são avaliados tamanho e profundidade, levando em conta o percentual da superfície corporal acometida. Estabelecer a profundidade da queimadura mesmo para um profissional experiente se torna complexo. Visto que a classificação ocorre de acordo com: como aconteceu a lesão; o agente causador; temperatura do agente da queimadura; continuidade do contato com o agente; consistência da pele. Para estipular a gravidade da queimadura são utilizados esses princípios: profundidade da queimadura; porcentagem queimada do corpo; severidade da lesão; área da queimadura; complicações agregadas; idade da vítima. <sup>(6, 7)</sup>

Para avaliar uma queimadura em relação a sua profundidade é necessário esperar até 48 horas após a lesão, pois a queimadura pode sofrer uma evolução, passando de um grau para outro. As queimaduras são classificadas em quatro tipos, sendo eles: Queimaduras superficiais, mais conhecida como de primeiro grau. Atingindo apenas a epiderme e o aspecto pode ser pele vermelha, quente e doloroso. Sua

cicatrização demora em média uma semana e não deixa cicatriz. Essa queimadura não entra na contagem para calcular a porcentagem da área queimada ou para administrar fluídos. <sup>(1)</sup>

A queimadura de segundo grau é separada em duas categorias, superficial e profunda. Na superficial os vasos, nervos e anexos são menos acometidos. Por ser mais vascularizados e inervados, a dor e o edema são maiores, há presença de bolhas e os anexos são preservados, tendo uma possibilidade superior de epitelização. Ao eclodir a bolha a pele se encontra rósea e úmida. Na profunda os vasos, nervos e anexos são mais acometidos, dor e edema são menores, há presença de bolhas. Ao eclodir a bolha a pele se encontra pálida e com pouca umidade, dificultando a possibilidade de reepitelização. Vale ressaltar que a queimadura de segundo grau superficial pode avançar para de segundo grau profundo ou para de terceiro grau, por carência de proteção em combate a dessecação, infecção e melhoria da perfusão. <sup>(5)</sup>

Queimadura de terceiro grau é caracterizada por devastar completamente a epiderme e a derme. A melhora involuntária dessa queimadura é realizada através da erradicação da escara e cicatrização por segunda intenção da úlcera. Excluindo as queimaduras muito pequenas, o processo de recuperação é seriamente longo e complicado. O tempo de recuperação é equivalente à dimensão da queimadura. Para minimizar o lento tempo de recuperação é realizado cirurgicamente o enxerto de pele. <sup>(8)</sup>

Queimaduras de quarto grau, além de queimar todas as camadas da pele, também são atingidos o tecido adiposo subjacente, músculos, ossos ou órgãos internos. Essa queimadura pode deixar uma pessoa desfigurada. <sup>(1)</sup>

Existem três técnicas para determinar a extensão da região corpórea em sua totalidade atingida por queimaduras: são elas método da palma, o método de Lund e Browder e a regra dos nove. O método da palma é utilizado em pessoas com queimaduras separadas, esse método é utilizado para calcular a dimensão das queimaduras. A dimensão da palma da pessoa tem por volta de 1% da área de superfície corporal total. O método de Lund e Browder é o mais certo para calcular a amplitude da queimadura, pois admite que o percentual de extensão da área anatômica, especialmente a cabeça e os membros inferiores, modificam com o passar do tempo. Quando separados em regiões menores, proporcionam uma avaliação mais exata. A regra dos nove é o método mais ágil de calcular a dimensão das queimaduras. O procedimento requer percentuais em múltiplos de nove a principais partes do corpo. <sup>(6)</sup>

São graves e incapacitantes as sequelas provocadas pelas queimaduras, vinculado a sua extensão e profundidade podem provocar a morte. Para o enfermeiro é crucial compreender a classificação das queimaduras com o conhecimento do agente causador, a extensão, a profundidade, a gravidade e período evolutivo, pois só assim vai poder qualificar a severidade de cada ocorrência. Atendendo as necessidades físicas, sociais e psicológicas de cada indivíduo. <sup>(9, 10)</sup>

O estudo técnico e científico do enfermeiro é de extrema importância para o primeiro atendimento, assim sendo um dos objetivos da assistência de enfermagem é contribuir na medição para o enxerto, conter as infecções, precaver a hipotermia, alterações hormonais e metabólicas, além de informar os cuidados a serem prestados ao paciente, para familiares e equipe. <sup>(11, 12)</sup>

A correta conduta do enfermeiro durante a ressuscitação e a reabilitação é necessário o conhecimento da fisiopatologia da queimadura, pois só assim será evitada as complicações precocemente.<sup>12)</sup> Analisando o conhecimento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Louveira sobre a conduta diante de queimaduras independente do motivo, extensão ou grau.

## Métodos

Realizada pesquisa quali-quantitativa, descritiva, transversal aleatória e intencional. Ocorrendo na cidade de Louveira junto à UBS. A amostra foi composta por 20 participantes voluntários. Os critérios de inclusão foram pessoas acima de 18 anos independente do gênero e que já tiveram alguma parte do corpo queimada independente da origem, extensão ou grau e que aceitaram descrever a conduta que tomaram para resolver a situação após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O processo para a coleta de dados foram: as pesquisadoras fizeram a coleta de dados após aprovado pela Unifaccamp CEP nº 2.945.860, autorizado pelo Comitê de Ética e também dos responsáveis pela UBSs da cidade. A UBS foi definida pelos responsáveis pela secretaria de saúde da cidade, bem como o agendamento prévio, obedecendo as orientações dos responsáveis.

Os dados foram coletados por meio do questionário aplicado aos participantes, e foi efetuado um agrupamento das respostas. Dados quantitativos em porcentagens e os qualitativos em agrupamentos de acordo com a queimadura. As respostas foram analisadas à luz da literatura. As respostas tiveram tempo médio de 15 minutos.

Para a análise de conteúdo das informações, foi realizado em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise ocorreu uma leitura flutuante do material que compõe o *corpus* para análise; em momento posterior, foi realizado a exploração do material, sendo a fase em que onde foram feitas as operações de codificação, classificação e agregação em função dos significados. Para finalizar, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação das unidades qualitativas de significação.<sup>(13)</sup>

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, incluindo trechos de depoimentos que ilustram cada categoria para melhor compreensão. Os participantes foram identificados pela letra "P", seguida de um número a começar pelo 1, para garantir o seu anonimato. As respostas do instrumento de coleta de dados foram comparadas com o protocolo do PHTLS, onde mostra a primeira etapa a ser realizada e a conduta a ser tomada em cada grau de queimadura. A primeira etapa é sessar o processo de queimadura, quando é utilizado o método mais eficiente, a irrigação com abundantes volumes de água em temperatura ambiente. Remover todas as roupas e joias, esses itens podem armazenar calor residual e permanecerão queimando a pessoa. Além disso, as joias podem espremer os dedos ou extremidades conforme os tecidos ficam dilatados. Depois de realizado a primeira etapa, dependendo do grau de queimadura, cada grau (profundidade) tem sua conduta. As condutas serão pelos pesquisadores.

## Resultados

A seguir são apresentados (Tabela 1) as características sociodemográficas dos participantes, o conhecimento sobre a identificação do grau da queimadura (autorrelato) e o total de participantes que responderam corretamente sobre as características e os respectivos graus das queimaduras. Há dados referentes a conduta nos casos de bolhas e os tipos de queimaduras que os participantes já sofreram ou tiveram que atender em casa ou outro local sem ajuda de profissionais inicialmente.

Quadro 1: Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa (n=20). Louveira/SP. 2018.

<b>Faixa etária</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Frequência</b>
20 a 29	7	35%
30 a 39	4	20%
40 a 49	2	10%
50 a 59	3	15%
De 60 a mais	4	20%
<b>Sabe identificar o grau da queimadura (autorrelato)</b>		
<b>Grau</b>	<b>n</b>	<b>Frequência</b>
1º	0	0%
2º	3	15%
3º	14	70%
4º	3	15%
<b>Conhecimento dos Graus das Queimaduras</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Frequência</b>
Acertos	5	25%
Erros	15	75%
<b>Sobre estourar as bolhas na queimadura</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Frequência</b>
Sim	4	20%



Não	16	80%
Tipo de queimadura que já sofreu ou lidou		
Variáveis	n	Frequência
Elétrica	0	0%
Solar	1	5%
Radioativa	0	0%
Química	1	5%
Térmica	18	90%

Fonte: Próprio autor

Na Quadro 2 é apresentado um agrupamento das respostas qualitativas dos participantes sobre o tipo de queimadura sofrida e a conduta que tomaram. E a seguir, no mesmo quadro, a conduta correta, ou seja, baseada na literatura.

Quadro 2: Depoimento e descrição da conduta diante ao primeiro atendimento referente a queimaduras (n=20). Louveira/SP. 2018.

Tipo de Queimadura: Solar (raios solares)	
<b>Conduta dos Participantes</b>	Foi ao médico, porém não seguiu a recita no primeiro instante. Dias depois seguiu o tratamento, mas não utilizou nada além.
<b>Conduta Científica</b>	Facilitar o retorno venoso mantendo a pessoa com os membros inferiores moderadamente levantados. Promover ambiente fresco e arejado para o indivíduo. Remover excesso de roupas. Monitorar pulso e respiração. Assegurar a ingesta de líquido em abundância. Solicitar socorro médico. <sup>(2)</sup>
Tipo de Queimadura: Química (gasolina)	
<b>Conduta dos Participantes</b>	Imediatamente abriu a torneira e jogou água em cima. Utilizou babosa e Mertiolate até a completa cicatrização. Procurou pronto socorro para utilizar anti-inflamatório apenas.
<b>Conduta Científica</b>	Garantir segurança pessoal e da cena é indispensável;remover as roupas tomadas por produto químico;detectar o produto químico e tempo de ação; irrigar a região com água corrente em abundância, ácidos 5 minutos, álcali 15 minutos, cáusticos obscuros 20 minutos; promover correto fluxo da água

	contaminada a fim de evitar novas queimaduras em locais não afetados; agentes neutralizantes devem ser evitados visto que o mesmo favorece ao surgimento de queimadura térmica, além da queimadura química; quando o produto químico for em pó como por exemplo o cal virgem seco não usar água, retirar utilizando escova macia. <sup>(14)</sup>
<b>Tipo de Queimadura: Térmica (ferro, café quente, fogo direto, açúcar derretido, óleo de fritura, forma de carne industrial, bombinha, escapamento de moto, panela quente e cola quente).</b>	
<b>Conduta dos Participantes</b>	Os relatos foram: água em temperatura ambiente; gelo; água gelada; pomada para assadura; pó de café; pasta de dente; esfregou no cabelo; procura médica; lavou com água e sabão; não fizeram nada deixando cicatrizar sozinho; realização de curativo oclusivo em casa.
<b>Conduta Científica</b>	Avaliar a cena; remover tecidos que possam estar ao redor da área afetada, em caso de aderência cortar o tecido em volta sem forçar sua saída; remover adornos e demais objetos que possam contribuir para estrangulamento em caso de possível edema de extremidades; em caso de queimaduras de primeiro grau lavar com água corrente em temperatura ambiente ou soro fisiológico a fim de amenizar a dor, limitando uma área de 10% da área corporal evitando assim a hipotermia; indica-se cobrir a área queimada com curativo estéril umedecido com soro fisiológico; nunca perfurara as bolhas; evitar automedicação; proteger a área com ar, vento, pó e qualquer outra substância que possa contaminar; não ingerir líquidos e alimentos; encaminhar a vítima para atendimento rapidamente. <sup>14</sup>

Fonte: Próprio autor

E possível inferir que os 20 (100%) assumem conhecer sobre os graus de queimadura, mas quando são postos a responder sobre as características e os respectivos graus, somente 5 (25%) conhecem realmente.

De acordo com o PHTLS atendimento a um doente de queimadura é interromper o processo da mesma. O método mais eficaz e adequado de extinguir a queimadura é a irrigação com abundantes volumes de água em temperatura ambiente. O uso de água fria ou gelo é contra-indicado. A aplicação de gelo

interrompe a queimadura e permite a analgesia, mas também aumenta a extensão do dano ao tecido na zona de estase. Retire todas as roupas e jóias; esses itens podem reter calor residual e continuarão a queimar o doente. Além disso, as jóias podem comprimir os dedos ou extremidades conforme os tecidos ficam inchados. Para cuidar de uma queimadura recente de modo eficaz, deve utilizar pano limpo e seco e curativo não aderente. No entanto pomadas tópicas e antibióticos tópicos convencionais não devem ser aplicados porque impedem a inspeção direta da queimadura. Além disso, algumas medicações tópicas podem complicar a aplicação de produtos específicos para o tecido usados para ajudar na cicatrização da ferida. <sup>(1)</sup>

No momento em que uma pessoa sofre queimadura, seja ela por temperatura elevada, gélida, radiação ou agente químico, as proteínas da pele sofrem sérias lesões, onde a consequência é a desnaturação da proteína. <sup>(1)</sup>

## Discussão

Prejuízos físicos, psicológicos e social são consequências das queimaduras. Porém a infecção contínua sendo uma grave complicação do paciente queimado, visto que o órgão fundamental para a defesa do organismo foi acometido. No que diz respeito ao tratamento do paciente queimado o progresso da saúde tem permitido um aprimoramento na qualidade de vida deles, mas a infecção ainda contínua sendo um importante obstáculo a ser vencido. <sup>(15)</sup>

A terapêutica destes pacientes acarreta para o Sistema Único de Saúde (SUS) um gasto de 55 milhões anualmente devido ao número elevado de casos, 2 milhões de pessoas ao ano. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) são 300.000 óbitos por ano em todo o mundo vítimas de queimaduras e no Brasil estima-se ao ano 1.000.000 de casos sendo que 100.000 procuraram serviço hospitalar, destes 2.500 irão a óbito. <sup>(15, 16, 17)</sup>

Segundo o PHTLS as queimaduras estão divididas em primeiro grau acometendo somente a epiderme e pouco relevante clinicamente, excedendo queimaduras de sol em grandes áreas, pois além de dor importante pode resultar em desidratação. O segundo grau é subdividido em queimaduras de espessura parcial abrangendo a epiderme e diversos fragmentos da derme surgindo bolhas. Queimaduras de espessura total manifestam-se como queimaduras espessas, secas, brancas e rígidas, coma visualização de trombose em pele chamuscada, quadro de maior gravidade. Queimaduras de espessura total com lesão de tecido profundo, o dano percorre por todas as camadas da pele agredindo as estruturas internas. <sup>(1)</sup>

Entretanto alguns autores apontam que as queimaduras chegam até o terceiro grau e que o mesmo atinge todas as camadas da pele e os tecidos profundos sendo indolor. <sup>(18)</sup>

Com relação as bolhas 20% dos entrevistados referiram que podem ser estouradas, e 80% assinalaram que não. A bolha surge do rompimento entre epiderme e derme, assim líquidos que extravasam dos vasos vizinhos ocupam a área dentre as camadas. Ao contrário do que muitos pensam a bolha não é uma barreira protetora, sendo assim atrapalha a utilização direta de antibióticos tópicos no ferimento. Para evitar o risco de infecção as bolhas devem ser eclodidas por especialistas no ambiente hospitalar. <sup>(1, 2)</sup>

Produtos como loção, creme, infusão caseira, pasta de dente, pó de café, graxa e óleo não devem ser utilizados visto que os mesmos além de ser prejudicial dificultam a avaliação correta da queimadura, necessária para determinar sua gravidade, desse modo toda substância aplicada será retirada no intra hospitalar. <sup>(1, 2)</sup>

Ainda que houve conduta correta dos participantes em relação ao uso da água em temperatura ambiente, vale ressaltar que a fim de evitar hipotermia não ultrapasse 10 minutos irrigando a área afetada e que em caso de vítimas em chamas essas devem ser envolvidas com cobertor excluindo a cabeça. Quanto as roupas remover somente aquelas que não grudaram no tecido. <sup>(2)</sup>

Para o tratamento de queimaduras a maioria dos protocolos são fundamentados em queimadura térmica, todavia as queimaduras químicas provocam dor grave na região e prejuízo tissular, necessitando de intervenções especializada. <sup>(19)</sup>

A pesquisa evidenciou que 85% dos entrevistados (conforme tabela1) desconhecem o grau máximo atingido de lesões por queimadura e 75% não os identificaram conforme características apresentadas para cada um. Observou-se que a população toma atitudes diante da ocorrência de queimadura, baseada em informações obtidas através das mídias o que não é fidedigno e fundamentado nos seus antecessores. No entanto é preciso clarificar que o prognóstico positivo ou negativo sofre repercussão do primeiro atendimento. <sup>(20)</sup>

Dessa forma observa-se a necessidade de medidas educativas com a finalidade de prevenção do problema. Assim as crianças tornam-se alvo importante no qual devem ser ensinadas sobre maneiras preventivas dos acidentes domésticos entre outros, além da inclusão das mesmas na grade escolar. Contudo é fundamental a população de forma geral receber orientações sobre tais medidas preventivas. <sup>(21)</sup>

## Conclusão

Em análise dos dados adquiridos nesse estudo, relatamos que a queimadura térmica está em primeiro lugar entre as mais comuns, atingindo o público adulto jovem em suas atividades cotidianas, tanto no ambiente de trabalho como no domiciliar, constatamos também que a maioria não sabe relatar os acontecimentos na pele, tecidos e anexos de um indivíduo em cada grau de queimadura, ignorando até mesmo a existência de um quarto grau de estágio nesse processo e grande parte afirmam que em caso de surgimento de bolhas, as mesmas devem ser conservadas sob a justificativa que elas servem de barreira de proteção não podendo ser eclodidas em nenhuma hipótese.

Com base nessas informações, concluímos a existência da falta de conhecimento da população referente as condutas mediante um processo de queimadura, juntamente com a carência de estudos específicos sobre o tema, apresentamos como sugestão futuras pesquisas mais aprofundadas e intervenções diretas com medidas preventivas afim de contribuir para o crescimento do nível de informação deste público.



## Referências

1. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 8. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2017.
2. Santos NCM. Urgência e emergência para enfermagem do atendimento pré-hospitalar (APH) a sala de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília. 2012.
4. Carvalho MG. Atendimento pré-hospitalar para enfermagem. São Paulo: Iátria; 2007.
5. Demário LA, Helene A Júnior. Queimaduras. In: Golin V, Sprovieri SRS, editores. Condutas em urgência e emergências para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2008. p.779-82.
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, CheeverKH. Brunner&Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. v.3, p.1688-1697.
7. Karren KJ, Hafen BQ, Limmer D, Mistovich JJ. Primeiros socorros para estudantes. 10.ed. Barueri: Manole; 2013. p.404-5, 408-9.
8. Mariani U. Bases para tratamento das queimaduras na fase aguda. In: Birolini D, Utiyama E, Steinman E. Cirurgia de emergência com testes de auto-avaliação. São Paulo: Atheneu; 2001. p.247-9.
9. Pereira CME, Dutra CF, Lonien HCS. O paciente queimado e a cicatrização: uma revisão literária. Instituto de Ensino Superior de Londrina- INESUL. 2010; 5:10- 27.
10. Menezes EM, Silva MJ. O grande queimado. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
11. Gathas AZ, Djaleta DG, Noviello DS, et al. Atendimento do enfermeiro ao paciente queimado. Revista Saúde em Foco. 2011; 5 (8); 1-20.
12. Sassime SW, Moura DF Junior, Laselva CR. Queimados. In: Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006. cap.47, p.527-9.
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
14. Nazário NO, Leonardi DF. Queimaduras: atendimento pré-hospitalar. Palhoça: Ed. Unisul, 2012. 208p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Queimados. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990>. Acessado em: 23 nov 2018.
16. Fuculo Junior PRB, Santos EA, Rosso LH, et al. Análise de vídeos do youtube sobre prevenção de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2015; 14(2): 145-9.
17. Santos CA, Santos AA. Assistência de enfermagem no atendimento pré hospitalar ao paciente queimado: uma revisão da literatura. Rev Bras de Queimaduras. 2017; 16(1): 28-33.
18. Tavares WS, Silva RS. Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. Rev Bras Queimaduras. 2015; 14(4): 300-6.
19. Cardoso L, Orgaes FS, Gonella HÁ. Estudo epidemiológico das queimaduras químicas dos últimos 10 anos do CTQ-Sorocaba/ SP. Rev Bras Queimaduras. 2012; 11(2): 74-9.
20. Antonioli L, Bazzan Js, Rosso LH, Amestoy SC, Guanilo MEE. Conhecimento da população sobre os primeiros socorros frente à ocorrência de queimaduras: uma revisão integrativa. Rev Bras Queimaduras. 2014; 13(4): 251-9.
21. Tavares CS, Hora EC. Caracterização das vítimas de queimaduras em seguimento ambulatorial. Rev Bras Queimaduras. 2011; 10(4): 119-23.

## ARTIGO ORIGINAL



# SIMULAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

## *SIMULATION OF PRENATAL CARE AS A LEARNING STRATEGY IN NURSING GRADUATION*

**Antonia Tainá Bezerra Castro<sup>1</sup>, Maria da Conceição Gaspar Martins<sup>2</sup>, Jessica Elisa Carvalho Rocha<sup>3</sup>, Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>4</sup>, Anna Larissa Moraes Mesquita<sup>5</sup>, Maria do Socorro Melo Carneiro<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), (88) 9 9924-1347, [tainacastro02@hotmail.com](mailto:tainacastro02@hotmail.com). Av. Deputado Frederico Gomes, Sobral, CE, Brasil. <sup>2</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral,CE,Brasil. <sup>3</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),Sobral,CE, Brasil.<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),Sobral,CE, Brasil. <sup>5</sup>Enfermeira. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Sobral,CE, Brasil. <sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral,CE,Brasil.

**Autor****Correspondente**

Antonia Tainá  
Bezerra Castro  
Email:  
[tainacastro02@hotmail.com](mailto:tainacastro02@hotmail.com)

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

**Objective:** To describe the contributions of a realistic simulation on prenatal care for the development of nursing students' skills. **Methods:** This is an experience report developed in the laboratory of the Nursing Course at the Universidade Estadual Vale do Acaraú. 29 students participated who played the role of professional nurses who would provide prenatal care, through the application of different clinical cases, and the monitors acted like the pregnant women. Students were evaluated through a checklist composed of 4 items, namely: scientific technical knowledge, social ethical commitment, communication and decision making **Results:** The simulation provided students with the improvement of knowledge, and the development of skills and attitudes for assistance prenatal care, how to interact with the pregnant woman, conduct clinical cases, obtain social ethical commitment and practice in nursing. **Conclusion:** The experience demonstrated the importance of realistic simulations for the teaching-learning process.

**Keywords:** Prenatal Care; Nursing care; Obstetric Nursing

### Resumo

**Objetivo:** Descrever as contribuições de uma simulação realística sobre o cuidado no pré-natal para o desenvolvimento de competências de graduandos de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no laboratório do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Participaram 29 discentes que desempenhavam o papel de profissionais enfermeiros que prestariam o cuidado pré-natal, mediante a aplicação de diferentes casos clínicos, e as monitoras atuavam como as gestantes. Os estudantes eram avaliados através de um checklist composto por 4 itens, sendo eles: conhecimento técnico científico, compromisso ético social, comunicação e tomada de decisão **Resultados:** A simulação proporcionou aos discentes o aprimoramento de conhecimentos, e o desenvolvimento de habilidades e atitudes para assistência pré-natal, como interagir com a gestante, conduzir casos clínicos, obter compromisso ético social e prática em enfermagem. **Conclusão:** A experiência demonstrou a importância das simulações realísticas para o processo de ensino aprendizagem. **Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica



## Introdução

Nos últimos 30 anos, o cuidado materno infantil, no Brasil, vem se fortalecendo e estruturando por meio do desenvolvimento de políticas públicas, como o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visa reduzir o índice de morbimortalidade do binômio mãe-filho, por meio de uma assistência humanizada e de qualidade <sup>(1,2)</sup>.

A gestação é um momento singular e significativo na vida de uma mulher, pois a mesma está gerando um ser humano. Entretanto, esse evento perpassa por alterações físicas e emocionais que podem gerar expectativas, ansios, preocupação, descobertas, e assim influenciar no bem estar fetal. Dessa maneira, para que o período gestacional ocorra da melhor forma, sugere-se que as gestantes realizem pré-natal com o propósito de melhoria da saúde materno-infantil <sup>(3,4)</sup>.

O pré-natal é um momento propício para abordar aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável e sem impacto para a saúde materna. Sendo assim, o Ministério da Saúde recomenda que a mulher com risco habitual efetue no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo mensais até a 28º semana, quinzenais entre a 28º semana e a 36º semana, e semanal a partir da 36º semana <sup>(5)</sup>.

O enfermeiro é respaldado pela Lei do Exercício Profissional, decreto nº 94.406/87 e lei 7.498/86 para atuar no cuidado pré-natal de baixo risco, cabendo-lhe prestar cuidados de enfermagem humanizados á gestante, prescrever medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde, e desenvolver atividades de educação em saúde de forma individual ou coletiva <sup>(5,6)</sup>.

Diante do exposto, o enfermeiro tem evidência na equipe para atuar na atenção ao pré-natal, desempenhando ações de prevenção e promoção da saúde. Isto posto, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o profissional organiza o pensamento clínico, presta um atendimento de qualidade á gestante e o desenvolvimento seguro do bebê durante as consultas <sup>(7,8)</sup>.

No que se refere o processo de ensino-aprendizagem para a formação em enfermagem, as simulações se configuram como estratégias de ensino que possibilitam o discente vivenciar situações que comumente são encontradas na prática, assim como também oportuna conhecer casos no qual frequentemente não surge durante as vivências práticas <sup>(9)</sup>.

Nessa perspectiva, a realização de simulações sobre o cuidado no pré-natal durante a graduação em enfermagem permite o desenvolvimento de competências, habilidades e raciocínio crítico diante das situações clínicas comuns no cotidiano da prática assistencial do enfermeiro, assim subsidiando uma formação profissional de qualidade <sup>(10)</sup>.

Portanto, com base no exposto, o presente artigo tem como objetivo descrever as contribuições de uma simulação realística sobre o cuidado no pré-natal para o desenvolvimento de competências de graduandos de enfermagem.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de discentes na monitoria a partir do desenvolvimento de simulações de consulta pré-natal da Estratégia de Saúde da Família (ESF), durante o módulo de Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil. A referida disciplina é ofertada no quinto semestre de graduação do curso de Enfermagem de uma universidade do interior do Estado do Ceará, com uma carga horária de 280 horas.

Com o intuito de proporcionar conhecimento aos discentes, a simulação foi baseada no método de avaliação Osce (Objective Structured Clinical Examination), desenvolvida na Escócia por Ronald Harden. Essa técnica tem forte influência na medicina, e tem como objetivo avaliar em diferentes contextos o domínio do aluno sobre casos clínicos, através de encenações realísticas, com a atuação de pacientes reais ou simulados (11).

As simulações ocorreram no período de 11 a 12 de junho de 2019, no laboratório de enfermagem da universidade, com a participação de 29 discentes matriculados no módulo. A turma foi dividida em duplas e um trio, onde ocorreu 3 ciclos no primeiro dia e 2 ciclos no segundo dia. Cada ciclo tinha duração máxima de uma hora. Participavam três grupos de discentes e quatro monitoras, sendo que uma ficava no apoio, juntamente com a docente responsável pelo módulo. Os alunos desempenhavam o papel de profissionais enfermeiros que prestariam o cuidado pré-natal; as monitoras atuavam como as gestantes, a fim promover espontaneidade e realidade à simulação proposta.

Foram aplicados diferentes casos clínicos, que poderiam ser do 1º, 2º ou 3º trimestre da gestação. Em algumas situações, a gestante trazia consigo o peso, altura, pressão arterial, e exames realizados anteriormente a consulta para o discente interpretar, e realizar as condutas necessárias.

No momento estavam à disposição caderneta da gestante, ficha perinatal, ficha para encaminhamentos, bloco para solicitação de exames e receituário. Para realização do exame obstétrico estava à disposição, fita métrica, e estetoscópio Pinard, e para o exame citopatológico, caso julgasse necessário, uma prótese da genitália feminina, espátula de Ayres, iodo, ácido acético, pinça Cheron e gases.

Após cada grupo finalizar a simulação, os monitores se reuniam com a docente, para discutir sobre o desempenho dos discentes e estabelecer uma pontuação para cada aluno por meio de um *checklist* composto por 4 itens, sendo eles: conhecimento técnico científico, compromisso ético social, comunicação e tomada de decisão. O quadro 1 apresenta os itens avaliados no *checklist*.

**Quadro 1.** Checklist para avaliação. Sobral, 2019.

Variáveis/pontuação	0,0	0,2	0,5	0,75	1,0	Total
<b>CONHECIMENTO TÉCNICO CIENTÍFICO</b>						
Realiza anamnese corretamente						
Realiza o exame físico da gestante corretamente						
Emprega corretamente as técnicas(cálculo da IC, DPP e prevenção ginecológica)						
Compreende e interpreta corretamente o resultado dos exames laboratoriais						
Demonstra conhecimento a cerca das alterações fisiológicas e psicossociais da gestante						
Realiza corretamente o registro em ficha perinatal e gráficos de avaliação nutricional e altura uterina						
<b>COMPROMISSO ÉTICO SOCIAL</b>						
Demonstra segurança, desenvoltura e postura éticas nas suas ações						
<b>COMUNICAÇÃO</b>						
Demonstra capacidade de comunicar-se de forma culturalmente adequada						
Esclarece as dúvidas da gestante e orienta quanto os cuidados necessários						
<b>TOMADA DE DECISÃO</b>						
Soube conduzir o caso demonstrando resolubilidade						
<b>TOTAL</b>						

Fonte: Próprio autor

## Resultados e Discussão

A simulação contribuiu para o desenvolvimento de competências entre os discentes, o que envolve três pilares: conhecimento, habilidades e atitudes. Dessa maneira, para responder ao objetivo do estudo optou-se a divisão em duas categorias: (1) Contribuições para o aprimoramento de conhecimento e (2) Contribuições para o desenvolvimento de atitudes e habilidade práticas.

### Contribuições para o aprimoramento de conhecimento

A proposta da simulação pode ser uma estratégia de aprendizagem para fortalecer o conhecimento, a saber, interagir com a gestante e preservar o compromisso ético social.

Estratégias para melhorar a qualidade da educação em obstetrícia e enfermagem são essenciais para gerar uma força de trabalho competente, e devem ser desenvolvidas de acordo com as especificidades de cada país, objetivando-se minimizar agravos à saúde materna e fetal. Logo, a educação didática e clínica

umentam as chances dos desfechos desejáveis de maneira consistente com os conhecimentos atuais. Esses desfechos educacionais devem refletir as competências dos profissionais de enfermagem e obstetrícia na medida em que se relacionam com a prestação de cuidados aos pacientes <sup>(29)</sup>.

As situações propostas possibilitou a consolidação dos aspectos éticos, como o respeito, dignidade, direito e equidade, por meio do contato direto com a gestante. Dessa maneira, o ensino simulado oportuniza contemplar esses aspectos, o que se faz necessário estimular o exercício dos valores morais comportamentais ainda na graduação, uma vez que a ética é essencial para a formação do enfermeiro, sendo este responsável pelo cuidado individual, familiar e coletivo <sup>(9,12)</sup>.

Além da possibilidade de aprimorar uma postura ética, a prática simulada através do diálogo estabelecido com a gestante durante o cuidado pré-natal, é um fator importante para o estudante desenvolver capacidades comunicativas e interativas em relação ao ciclo gravídico, como estabelecer vínculo, esclarecer dúvidas, e priorizar as necessidades de cada usuária, visto que nesse período a mulher traz consigo ansiedade, medo e anseios <sup>(13,14,15)</sup>.

O enfermeiro deve acolher e ter uma escuta qualificada, sabendo respeitar as crenças, valores e compreender as necessidades de cada gestante, através de uma abordagem individual e psicossocial, pois a assistência pré-natal é um momento propício para estabelecer vínculo, e assim a mulher se sinta confiante e segura para tirar as dúvidas <sup>(16)</sup>.

Em um estudo realizado na Angola, que buscou compreender como ocorrem as relações e interações estabelecidas no pré-natal, evidenciou a comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e gestantes, por meio de diálogo e criação de vínculos <sup>(21)</sup>. O diálogo entre a mulher e o enfermeiro, é fundamental na oferta de cuidados de enfermagem de qualidade, bem como a satisfação das mulheres com os serviços de saúde <sup>(23)</sup>.

Sendo assim, o momento exercitou os estudantes, ainda na academia, a desenvolverem competências inerentes para o cuidado pré-natal, contribuindo de maneira positiva na formação de profissionais capacitados e aptos a atuarem nesse contexto assistencial.

### **Contribuições para o desenvolvimento de atitudes e habilidades práticas**

Os enfermeiros figuram como integrantes essenciais da força de trabalho em saúde, portanto, é fundamental assegurar que a educação em enfermagem prepare-os enquanto acadêmicos para adequar-se às necessidades dos sistemas de saúde e trabalhar de forma colaborativa em equipes interprofissionais. Tendo em vista que, a educação transformativa e interprofissional, resultará em melhor desempenho e produtividade dos profissionais de saúde qualificados, restando com produto uma melhor assistência <sup>(28)</sup>.

Nesse contexto, a simulação proporcionou aos discentes implementar a SAE, sendo esta atribuição do profissional enfermeiro durante a consulta pré-natal, uma vez que subsidia o mesmo na organização do processo de trabalho, contribuindo na melhoria da assistência. Isto posto, a vivência permitiu os estudantes

realizar a anamnese, exame físico obstétrico, preenchimento da ficha perinatal e da caderneta da gestante, solicitação de exames laboratoriais e análise de resultados, prescrição de medicamentos, como ácido fólico e sulfato ferroso e orientações em gerais.

O Enfermeiro inserido no contexto da saúde pública pode utilizar diversos instrumentos para um acompanhamento sistematizado, o que reflete numa abordagem mais contextualizada e participativa e para isso tem como respaldo a Lei 7.498 de 25 julho de 1986 que dispõe sobre a realização da consulta de enfermagem, prescrição da assistência, bem como prescrever medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde pública e realizar atividades de educação em saúde. Nesse sentido, é possível perceber que uma assistência sistematizada respaldada pelos marcos teóricos da Enfermagem pode ser um importante caminho para uma atenção individualizada e humanística <sup>(16)</sup>.

O ministério da saúde recomenda a solicitação de exames laboratoriais para o adequado acompanhamento gestacional, pois a solicitação de exames em tempo hábil são essenciais na detecção de possíveis alterações permitindo o diagnóstico precoce de doenças, favorecendo realização de tratamento, evitando complicações para mãe e concepto <sup>(17)</sup>.

Diante disso, um estudo identificou que durante as consultas de pré-natal prevalecia o modelo biomédico, em que a solicitação de exames laboratoriais, realização do exame obstétrico, e orientações quanto à alimentação saudável eram preponderante em relação o conhecimento das mulheres a respeito dos seus direitos no ciclo gravídico puerperal. Essa constatação demonstra a importância dos profissionais refletirem acerca das suas práticas, tendo em vista o olhar holístico <sup>(22)</sup>.

A caderneta da Gestante (CG) é um documento onde são registrados todas as informações do pré-natal, tais como os exames e procedimentos realizados, assim como dados da evolução gestação. Esta prática viabiliza a comunicação entre os profissionais que estão envolvidos na assistência, o que garanti a continuidade do cuidado <sup>(5,12)</sup>.

Nessa perspectiva, os discentes efetuavam o registro na CG, como no gráfico de avaliação nutricional e altura uterina. Dessa maneira, o exercício de documentar as informações equipou os estudantes com habilidades práticas, propiciando capacitação à coleta de dados de cuidados pré-natais, visto que o uso adequado dessas informações é crucial para avaliar os fatores de risco maternos e fetais <sup>(27)</sup>.

Observamos que o comportamento dos graduandos apresentou-se de modo satisfatório, transparecendo o domínio técnico científico e segurança ao executar os procedimentos, baseados em princípios de humanização e integralidade da atenção, respeitando-se a singularidade de cada caso, habilidades estas que passam para a paciente confiança no cuidado prestado, além de promover o fortalecimento de vínculo entre paciente e profissional.

A valorização de práticas subjetivas implicadas no cuidado as mulheres no período gestatório se constitui como dispositivo potente que imprime maior qualidade a atenção. Isso requer o acompanhamento por profissionais qualificados e que no processo de cuidar em saúde se apropriem de tecnologias leves, como escuta, vínculo e acolhimento <sup>(19)</sup>.

As técnicas realizadas durante a simulação e a inserção no cenário bastante próximo da realidade, ressignifica aprendizagem do estudante e a construção de novos conhecimentos, o que contribuiu para uma formação próxima das necessidades da sociedade <sup>(20)</sup>.

No que concerne à tomada de decisão, o uso da simulação contribui para a capacidade de raciocínio clínico e pensamento crítico, propiciando o estudante atuar com resolubilidade e segurança frente às situações que ele pode encontrar na prática assistencial, como anemia, diabetes gestacional, toxoplasmose, síndromes hipertensivas e hemorrágicas <sup>(5,10)</sup>

Desse modo, medidas de prevenção e promoção da saúde ao logo do período gestacional são significativas para redução da hipertensão induzida pela gravidez <sup>(24)</sup>. Em um estudo que objetivou compreender as concepções de enfermeiras sobre toxoplasmose no pré-natal, foi constatado que apesar dos conhecimentos, não eram desenvolvidas atividades educativas que contribuíam para prevenção e promoção da saúde, em que são essenciais para precaução da doença <sup>(26)</sup>.

Para conduzir certos casos, os estudantes deveriam examinar o estado vacinal da gestante, se caso necessário, deveriam ser orientadas quanto à imunização, sendo possível avaliar as atitudes dos discentes quanto às vacinas da gestantes. Em vista disso, salienta-se o envolvimento do enfermeiro no aconselhamento e oferta de vacinas, tornando-se indispensável à atualização dos profissionais sobre os programas de imunização, para que assim se sintam confiantes em orientar as gestantes <sup>(25)</sup>. Portanto, a vivência viabilizou aos discentes aprimorar as habilidades do enfermeiro e impulsionar condutas, visto que são fundamentais para prestar uma assistência de qualidade, e assim colaborar na melhoria do cuidado pré-natal, reduzindo o índice de mortalidade materna-infantil.

## Conclusão

A realização da simulação de Pré-natal explicitou a importância da aplicação da metodologia ativa de ensino-aprendizagem Osce, à medida que facilitou os momentos de educação em saúde. Pode-se afirmar que permitiu aos discentes de enfermagem vivenciar de forma realística a rotina de um profissional enfermeiro na prática da realização do pré-natal na atenção básica.

A tomada de decisões, segmento do quadro, prescrições, realização de protocolos de assistência pré-natal, bem como um acompanhamento sistematizado segundo as atribuições do enfermeiro, foram situações trabalhadas na atividade. Proporcionar ao aluno ainda na academia, situações ao qual o enfermeiro está suscetível, permite ao mesmo o conhecimento prévio e aptidão no desenvolver de atividades para saúde materna e infantil.

Dessa forma, foi perceptível os resultados proporcionados por intermédio dos momentos educativos empregadas, o desenvolvimento de competências entre os discentes, além da cooperação mútua. Assim, ficou eminente no decurso da simulação que os critérios avaliados no *checklist* foram realizados de forma efetivas, trazendo resultados satisfatórios e positivos.

A experiência possibilitou as monitoras aprofundar os conhecimentos na área específica, contribuir com o processo de ensino-aprendizagem dos alunos, no que diz respeito à articulação entre teoria e prática, assim como o crescimento acadêmico e profissional, ainda como acadêmicas de enfermagem, bem como favorecer uma visão real da vivência das atividades de docência.

Espera-se que este relato possa incentivar o meio acadêmico a adotar as simulações realísticas, no sentido de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, e conferir aos estudantes competências, o que irá refletir na formação positiva do futuro profissional enfermeiro e na qualidade do cuidado pré-natal.



## Referências

1. Leal et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Ciência & Saúde Coletiva. [internet] 2018 [Acesso em 14 de novembro de 2019]; 23(6): 1915-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>
2. Araújo MM, Santos LFH. Políticas de Humanização ao Pré-natal e parto: uma revisão de literatura. Revista Científica Facmais. [internet] 2016 [Acesso em 13 de novembro de 2019]; 6(2): 54-64. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>
3. Silva TAE. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. O mundo da saúde. [internet] 2013 [Acesso em 13 de novembro de 2019]; 37 (2): 208-15. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/gestacao\\_preparo\\_parto\\_programas\\_intervencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf)
4. Martins MPQ, Ferreira MSG, Aragão AEA, Gomes AMF, Araújo ML, Ferreira SIV. Conhecimento de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. Revista Sanare. [internet] 2015 [acesso em 14 de novembro de 2019]; 14 (2): 65-71. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/827>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Brasília, Distrito Federal. [internet]2012 [Acesso em 30 de setembro de 2019].Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em 20 de setembro de 2019.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõesobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [internet] Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.html> Acesso em 20 de setembro de 2019.
7. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. Revista Brasileira de Enfermagem. [internet] 2018 [acesso em 14 de novembro de 2019]; 71(3):1335-1343 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt\\_0034-7167-reben-71-s3-1257.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1257.pdf)
8. Goudard MJF, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré- natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. Revista Ciência e Saúde Coletiva. [internet] 2016 [acesso em 14 de novembro de 2019]; 21(4): 1227-1238 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1227.pdf>
9. Costa ORR, Medeiros MS, Martins ACJ, Coutinho DRV. A simulação no ensino de enfermagem: Reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos. Acta Bioethica [internet]. 2018 [Acesso em: 30 de setembro de 2019]; 24 (1): 31-38. Disponível: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00031.pdf>
10. Valadares MFA, Magro SCM. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. Acta Paul Enferm [internet]. 2014 [Acesso em: 30 de setembro de 2019];27(2):138-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0138.pdf>
11. Franco SGAC et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. Revista Brasileira de Educação Médica [internet]. 2015 [Acesso em:30 de setembro de 2019]; 39(3): 433-44. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0433.pdf>
12. Ranuzi C, Almeida DV, Santos AS. Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura. Ensino de enfermagem [internet].2018 [Acesso em 1 de outubro]; 21 (236):2032-36. Disponível em: [http://revistanursing.com.br/revistas/236-Janeiro2018/etica\\_educacao\\_em\\_enfermagem.pdf](http://revistanursing.com.br/revistas/236-Janeiro2018/etica_educacao_em_enfermagem.pdf)

13. Guerreiro ME, Rodrigues PD, Queiroz ABA, Ferreira AM. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2014 [Acesso em 1 de outubro]; 27 (1): 1-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>
14. Sebold FL, Boell WEJ, Girondi RBJ, Santos GLJ. Simulação clínica: desenvolvimento de competência relacional e habilidade prática em fundamentos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE* [internet]. 2017 [Acesso em 1 de outubro de 2019]; 11 (10): 4184- 4190. Disponível <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231181/25158>
15. Andrade VU, Santos BJ, Duarte C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. *Revista psicologia e saúde* [internet]. 2019 [Acesso em 1 de outubro de 2019]; 11(1): 53-61. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n1/v11n1a04.pdf>
16. Guelber PCAF, Rocha AP, PaivaCPCA, Alves SM, Salimena,OMA, Duque DCK DUQU. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. *HU Revista* [internet]. 2014 [Acesso em 1 de outubro de 2019]; 40(1): 63-68. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1857/2270-13545-1-pb.pdf>
17. Santos GMMT, Abreu BSPA, Campos GT. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. *Revista de Enfermagem UFPE online*[internet]. 2017 [acesso em 2 de outubro de 2019]; 11 (7): 2939-45. Disponível em:
18. Gonzalez NT, CesarAJ. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [internet]. 2019 [acesso em 2 de outubro de 2019]; 19 (2): 383-90. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/pt\\_1519-3829-rbsmi-19-02-0375.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/pt_1519-3829-rbsmi-19-02-0375.pdf)
19. Campagnoli M, SILVA PC, Resende PCR. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem. *Revista Nursing* [internet] 2019 [acesso em 2 de outubro de 2019] ;22(251): 2915-2920. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg100.pdf>
20. Costa ORR, Medeiros MS, Martins ACJ, Menezes PMR, Araújo SM. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. *Revista espaço para a saúde* [internet] 2015 [acesso em 10 de outubro de 2019]; 16 (1): 59-65. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/316178607\\_O\\_uso\\_da\\_simulacao\\_no\\_contexto\\_da\\_educacao\\_e\\_formacao\\_em\\_saud\\_e\\_e\\_enfermagem\\_uma\\_reflexao\\_academica](https://www.researchgate.net/publication/316178607_O_uso_da_simulacao_no_contexto_da_educacao_e_formacao_em_saud_e_e_enfermagem_uma_reflexao_academica)
21. Simão SMA et al. Administração do cuidado de enfermagem pré-natal no Centro de Saúde de Angola. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet] 2019 [acesso em 23 de janeiro de 2020]; 72 (1): 136-43. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt\\_0034-7167-reben-72-s1-0129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0129.pdf)
22. Pohlmann et al. Modelo de assistência pré-Natal no extremo sul do país. *Revista Texto&Contexto-Enfermagem* [internet] 2016 [acesso em 23 de janeiro de 2020]; 25 (1): 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3680013.pdf>
23. Alnuaimi K, Oweis A, Habtoosh. Explorando a interação mulher-enfermeira em uma clínica pré-natal da Jordânia: um estudo qualitativo. *Revista Elsevier* [internet] 2019 [acesso em 23 de janeiro de 2020]; p 1-6. Disponível: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30739883-exploring-woman-nurse-interaction-in-a-jordanian-antenatal-clinic-a-qualitative-study/?from\\_term=%22Nursing+Care%22+AND+%22Prenatal+Care%22+AND+%22Decision+Making%22&from\\_filter=ds1.y\\_5&from\\_page=1&from\\_pos=3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30739883-exploring-woman-nurse-interaction-in-a-jordanian-antenatal-clinic-a-qualitative-study/?from_term=%22Nursing+Care%22+AND+%22Prenatal+Care%22+AND+%22Decision+Making%22&from_filter=ds1.y_5&from_page=1&from_pos=3)

24. Dutra FRG, Dutra CL, Fôñseca SKG, Júnior NBM, Lucena SEE. Prenatal Care and Hypertensive Gestational Syndromes: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [internet] 2018 [acesso em 23 de janeiro de 2020]; 40 (8): 471-76. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1660526>
25. Vishram B et al. Vaccination in pregnancy: attitudes of nurses, midwives and health visitors in England. *Revista Human Vaccin Immunother.* [internet] 2017 [acesso em 24 de janeiro de 2020; 14 (1): 179-88. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791587/>
26. Sousa SAJ et al. Conhecimento e percepções sobre toxoplasmose em gestantes e enfermeiras que prestam pré-natal na atenção primária. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo.* [internet] 2017 [acesso em 24 de janeiro de 2020] 59 (31) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5459538/>
27. Anggraini D et al. The Impact of Scientific and Technical Training on Improving Routine Collection of Antenatal Care Data for Maternal and Foetal Risk Assessment: A Case Study in the Province of South Kalimantan, Indonesia. *Revista Journal of Pregnancy.* [internet] 2018 [acesso em 24 de janeiro de 2020] 20(18) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6158931/>
28. Cassiani SHDB, Wilson LL, Mikael SSE, Morán-Peña L, Zarate-Grajales R, McCreary LL, et al. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet] 2017; [Acesso em 24 de janeiro de 2020] 29 (13): 1-14; Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2913.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2913.pdf)
29. Markaki A, Moss J, Shorten A, Selleck C, Loan L, McLain R et al. Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet] 2019; [Acesso em 24 de janeiro de 2020] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt\\_0104-1169-rlae-27-e3188.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3188.pdf).

## ARTIGO ORIGINAL



# FATORES PREDISPOONENTES PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

## *PREDISPOSING FACTORS FOR PRESSURE INJURY IN PATIENTS ADMITTED TO A HOSPITAL UNIT*

Samara Kelly Sousa Macêdo<sup>1</sup>. Raila Souto Pinto Menezes<sup>2</sup>

1. - Enfermeira Residente em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral). 2. Enfermeira, Mestre em Saúde da Família (Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA), Coordenadora do Ensino e Pesquisa no Hemocentro Regional de Sobral, Docente no curso de enfermagem no Centro Universitário INTA-UNINTA.

### Abstract

This study aimed to analyze the predisposing factors for pressure injuries in patients admitted to a teaching hospital. Descriptive study with a quantitative and qualitative approach. Data collection was performed with 13 participants admitted to the Intensive Care Unit from November 2019 to January 2020, using the sociodemographic profile, Fugulin scale and Braden scale. There was a prevalence in males, of mixed race, single, hospitalized for traumatological causes, the most prevalent pressure injuries were stage II, located in the sacral region. In relation to nursing care, it was identified the change of position, use of pyramidal mattresses, dry and stretched sheets and the patient well positioned in bed. Knowing the risk factors for pressure injuries allows the performance of nursing care in an individualized way, aiming at the clinical improvement of the patient, as well as the reduction of health expenses. Descriptors: Pressure injury; Nursing Assistance; Risk Factors.

### Resumo

Objetivou-se analisar os fatores predisponentes para lesão por pressão em pacientes internados em um hospital de ensino. Estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi realizada com 13 participantes internados na Unidade de Terapia Intensiva de novembro de 2019 a janeiro de 2020, utilizando o perfil sociodemográfico, escala de Fugulin e escala de Braden. Observou-se uma prevalência no sexo masculino, de raça parda, solteiros, internados por causas traumatológicas, as lesões por pressão mais prevalentes foram de estágio II, localizadas na região sacral. Em relação aos cuidados de enfermagem foi identificado a mudança de decúbito, utilização de colchões piramidal, lençóis secos e estirados e paciente bem posicionado no leito. Conhecer os fatores de risco para lesão por pressão permite a realização dos cuidados de enfermagem de forma individualizada, visando à melhora clínica do paciente, bem como a redução dos gastos em saúde. Descritores: Lesão por pressão; Assistência de Enfermagem; Fatores de Risco.

**Autor**  
**Correspondente**  
Samara Kelly Sousa Macêdo. **Email:**  
samaramacedo23@hotmail.com

**Não declarados**  
**conflitos**  
**de interesse**

## Introdução

Define-se como lesão por pressão (LP) um dano que acomete a pele e/ou tecidos moles subjacentes, comumente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, como um resultado de pressão ou uma combinação de pressão mais cisalhamento<sup>(16)</sup>.

Nos Estados Unidos, em abril de 2016 o órgão americano NPIAP (*National Pressure Injury Advisory Panel*) modificou o termo úlcera por pressão para lesão por pressão, como também alterou os sistemas de classificação de algarismos romanos para algarismos arábicos e adicionou novas definições. De acordo com as alterações no sistema de classificação das LP, foram distribuídas em: Estágio 1; Estágio 2; Estágio 3; Estágio 4; Lesão não classificável; Lesão tissular profunda; e Lesão relacionada a dispositivos médicos e em membranas mucosas<sup>(12)</sup>.

As lesões por pressão são consideradas um grande problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e comprometimento com a qualidade de vida dos clientes, aumentando o índice de morbimortalidade, ocasionando dessa maneira um grande impacto social e econômico<sup>(14)</sup>. Estudos mostraram que as LP atingem em torno de 9% de todos os pacientes internados, sendo a maioria idosos, e cerca de 23% dos acamados que estão em tratamento residência. Os idosos são as pessoas mais suscetíveis a desenvolver LP, devido às próprias condições causadas pelo envelhecimento do corpo humano<sup>(16)</sup>.

Para avaliar a predisposição para o desenvolvimento da lesão por pressão, recomenda-se o uso de escalas sistemáticas de mensuração de risco, podendo destacar a Escala de Braden, que determina o risco que o paciente terá para desenvolver a lesão. Esta escala pode variar de 6 a 23 pontos, sendo classificados em: baixo risco: 19 a 23 pontos; médio risco: 15 a 18 pontos; risco moderado: 13 a 14 pontos; alto risco: 10 a 12 pontos; e altíssimo risco: 9 a 6 pontos<sup>(11)</sup>.

A LP é um evento adverso evitável e o tratamento destas lesões é de alto custo e longo prazo, o que pode vir a gerar danos aos pacientes, aos profissionais da saúde e aos hospitais. Diante disso, devem ser implantadas várias ações voltadas para a segurança, sobretudo, dos acamados, para prevenir a LP.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente deve ser trabalhada na prevenção de LP com o intuito de minimizar os riscos de danos desnecessários que estão relacionados com o paciente. Atualmente, as iniciativas voltadas para prevenção e promoção da segurança do paciente são crescentes, objetivando uma melhoria na assistência a saúde<sup>(5)</sup>.

Fatores de riscos para o desenvolvimento de lesões por pressão são aqueles que expõem ao cliente períodos prolongados de isquemia induzida por pressão e que diminuem a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica<sup>(8)</sup>.

Esses fatores são classificados em extrínsecos, como fricção, cisalhamento, umidade e temperatura e fatores intrínsecos, que são os fisiológicos que comprometem a arquitetura e a integridade da estrutura de suporte da pele e impedem que os tecidos moles absorvam e distribuam a carga mecânica e tolerem a ação da pressão, como a idade avançada, estado nutricional (desnutrição, obesidade), desidratação, hipotensão, doenças de base (diabetes, acidente vascular encefálico, esclerose múltipla, doença de

Alzheimer, doença cardiopulmonar, malignidade, instabilidade hemodinâmica, doença vascular periférica) e medicamentos (sedativos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides, vasoconstrictores etc.).

Diante disso, a participação do profissional enfermeiro é de extrema importância para implementação de novas estratégias de cuidados e dessa forma manter uma maior aproximação com os pacientes, permitindo assim conhecê-los melhor e desenvolver um cuidado ético, com técnicas de habilidades fundamentadas na cultura de segurança do paciente<sup>(9)</sup>.

A partir desse contexto objetivou-se analisar os fatores predisponentes para lesão por pressão em pacientes internados em um hospital de ensino, traçar o perfil sociodemográfico, aplicar escalas de avaliação para lesão por pressão e identificar os cuidados da equipe de enfermagem implementados para prevenção de lesão por pressão.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. O campo de estudo foi em um Hospital de Ensino, que fica localizado no interior do Ceará, referência no atendimento às urgências e emergências traumatológicas e neurológicas. A coleta de dados aconteceu na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulta, no período novembro a janeiro de 2020, sendo a amostra constituída por 13 participantes que estavam internados na UTI durante o período da coleta de dados. Como critérios de inclusão foram utilizados: a) idade igual ou superior a 18 anos e b) pacientes que possuem lesão por pressão. Não foram adotados critérios de exclusão para esse estudo.

Os dados foram coletados no local do estudo a partir da identificação através dos critérios de inclusão por meio de uma observação direta do paciente no leito, e aplicado as escalas de Braden e Fugulin, através de um checklist. Já o perfil sociodemográfico foi coletado por meio do prontuário e informações no sistema utilizado pela instituição. Para tanto foi utilizado um instrumento dividido em três partes: a) Perfil clínico-epidemiológico; b) Escala de Fugulin; c) Escala de Braden.

Para a definição do perfil sociodemográfico foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, procedência, escolaridade, motivo da internação, comorbidades e a presença ou não de acompanhante.

A Escala de Fugulin classifica de acordo com o grau de complexidade assistencial de cuidado de enfermagem, o qual pode ser classificado como mínimo; intermediário; alta dependência; semi-intensivo e intensivo. As variáveis analisadas são: estado mental; oxigenação; sinais vitais; motilidade; deambulação; alimentação; cuidado corporal; eliminação e terapêutica.

A escala de Braden permite avaliar os riscos que os pacientes possuem para desenvolver uma lesão por pressão. Cada subclasse da escala de Braden é testada de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, testada de 1 a 3, sendo maior quanto mais positivo for o estado do paciente. A pontuação varia de 6 a 23. Pacientes hospitalizados, com uma contagem igual ou maior do que 16 pontos, são considerados de pequeno risco

para desenvolver úlcera por pressão; escores de 11 a 16 indicam risco moderado; e abaixo de 11, apontam alto risco.

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel 2016 e os resultados foram apresentados em gráficos para melhor análise e compreensão dos mesmos.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define o estudo envolvendo seres humanos como aquele que individual ou coletivamente, insira o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parcialidade deles, fazendo o uso de manejo de materiais ou informações <sup>(4)</sup>.

É válido mencionar que a pesquisa apenas teve início após aprovação do CEP, com o parecer favorável de nº 3.507.966, que avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos envolvendo seres humanos, desde a elaboração do projeto até o relatório final e a publicação <sup>(3)</sup>.

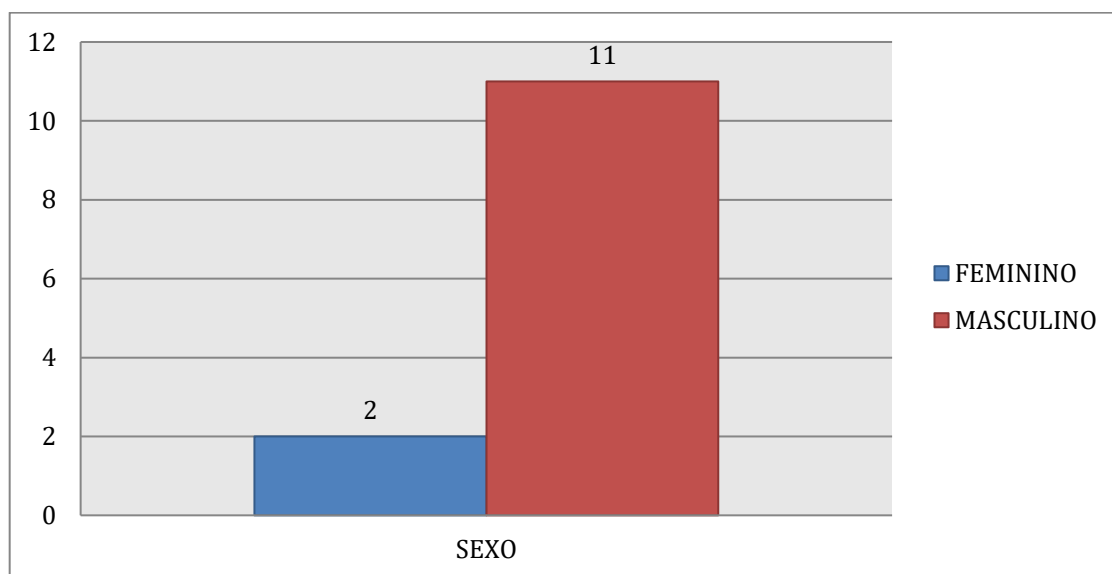
### Resultados e Discussão

As lesões por pressão se configuram como um problema de saúde pública podendo ocasionar diversos danos aos pacientes, sejam eles físicos e psicológicos, e influenciar nas taxas de morbidade e mortalidade.

Diante disso, conhecer os fatores predisponentes para lesão por pressão é de suma importância, pois irá contribuir com o planejamento de estratégias e ações voltadas para prevenção e ainda minimizar os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão.

Para a construção desse conhecimento, faz-se necessário especificar o sexo dos pacientes internados, conforme gráfico abaixo:

**Gráfico 1** – Distribuição dos participantes do estudo por sexo. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: própria autora.



As lesões por pressão se configuram como um problema de saúde pública podendo ocasionar diversos danos aos pacientes, sejam eles físicos e psicológicos, e influenciar nas taxas de morbidade e mortalidade.

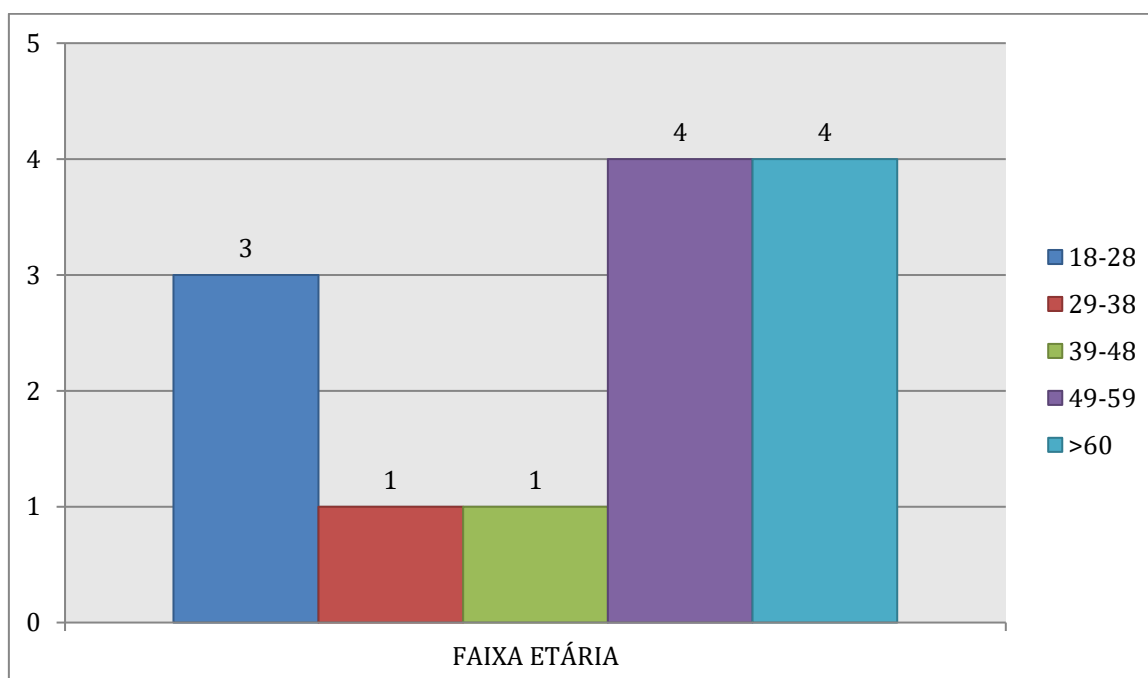
Diante disso, conhecer os fatores predisponentes para lesão por pressão é de suma importância, pois irá contribuir com o planejamento de estratégias e ações voltadas para prevenção e ainda minimizar os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão.

Para a construção desse conhecimento, faz-se necessário especificar o sexo dos pacientes internados, conforme gráfico abaixo:

Do total de 13 pacientes, observou-se que a maioria pertencia ao sexo masculino com 11 pacientes (84,62%). Esse achado corrobora com dois estudos documentais, através de prontuários, em um hospital de ensino público do interior do estado do Paraná, com pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, que analisou o perfil de 255 pacientes, evidenciando que 64,7% correspondiam ao sexo masculino<sup>(11)</sup> e o outro estudo observou-se que dos 102 pacientes que desenvolveram lesão por pressão na unidade de terapia intensiva, 54 eram homens<sup>(2)</sup>.

Esse achado pode está relacionado aos homens serem mais suscetíveis à doença crônica mal controlada e às causas externas, que na maioria das vezes necessitam de UTI e de um maior tempo de internação devido às complicações, ficando assim mais predispostos ao surgimento de LP<sup>(15)</sup>.

**Gráfico 2**– Classificação dos participantes do estudo por faixa etária. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.



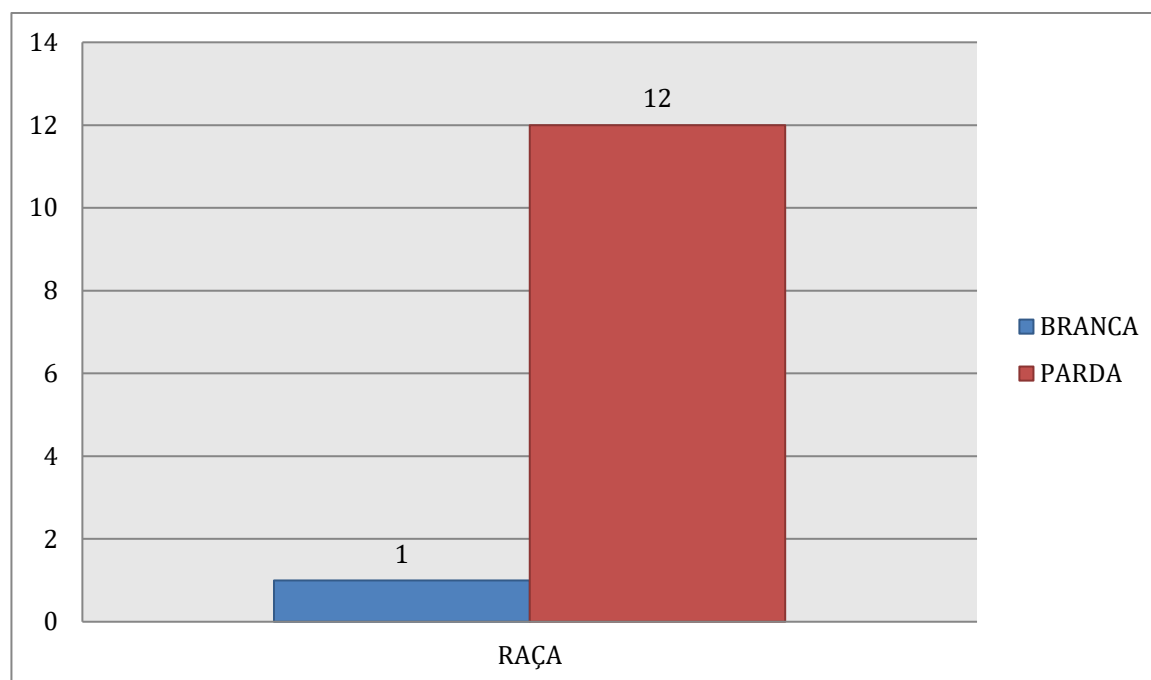
**Fonte:** própria autora.

No que se refere à faixa etária, entre os 13 pacientes que apresentaram lesão por pressão, a frequência predominante foi de 4 (30,77%) na faixa etária acima de 60 anos, na mesma proporção de 4

(30,77%) na faixa etária de 49-59 anos, seguido de 3 (23,08%) entre 18-28 anos, 1 (7,69%) entre 29-38 anos e 1 (7,69%) entre 39-48 anos.

Esse achado vai de encontro parcialmente com um estudo onde concluiu que a predominância de faixa etária foi acima de 60 anos, correspondendo a 79,4% dos pacientes <sup>(17)</sup>. Um estudo verificou que os idosos apresentaram um maior risco para o desenvolvimento de lesões, correspondendo a 64,3%. Podendo essa elevada prevalência estar relacionada ao uso de fraldas, posicionamento e deslocamento inadequado no leito, que levam o idoso à exposição dos fatores de risco<sup>(18)</sup>.

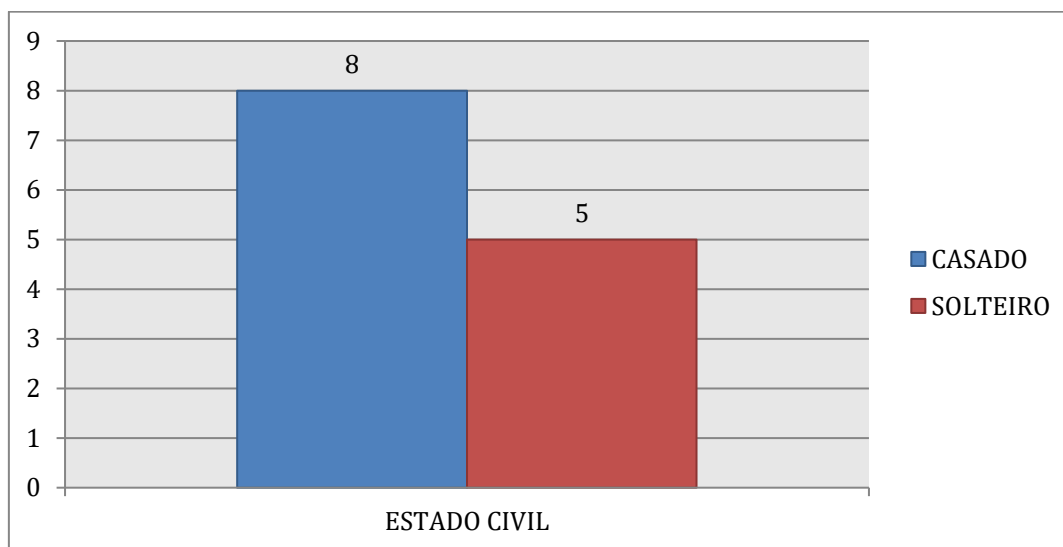
**Gráfico 3** – Distribuição dos participantes do estudo quanto à raça. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.



**Fonte:** própria autora.

Com relação à raça, observou-se um predomínio da parda, no total de 11 participantes (92,31%) e apenas 1 (7,69%) branca. Esse resultado concorda com um estudo epidemiológico, do tipo coorte histórica, onde foram analisados 258 prontuários e a maior parte dos participantes eram pardos (50,4%) <sup>(1)</sup>.

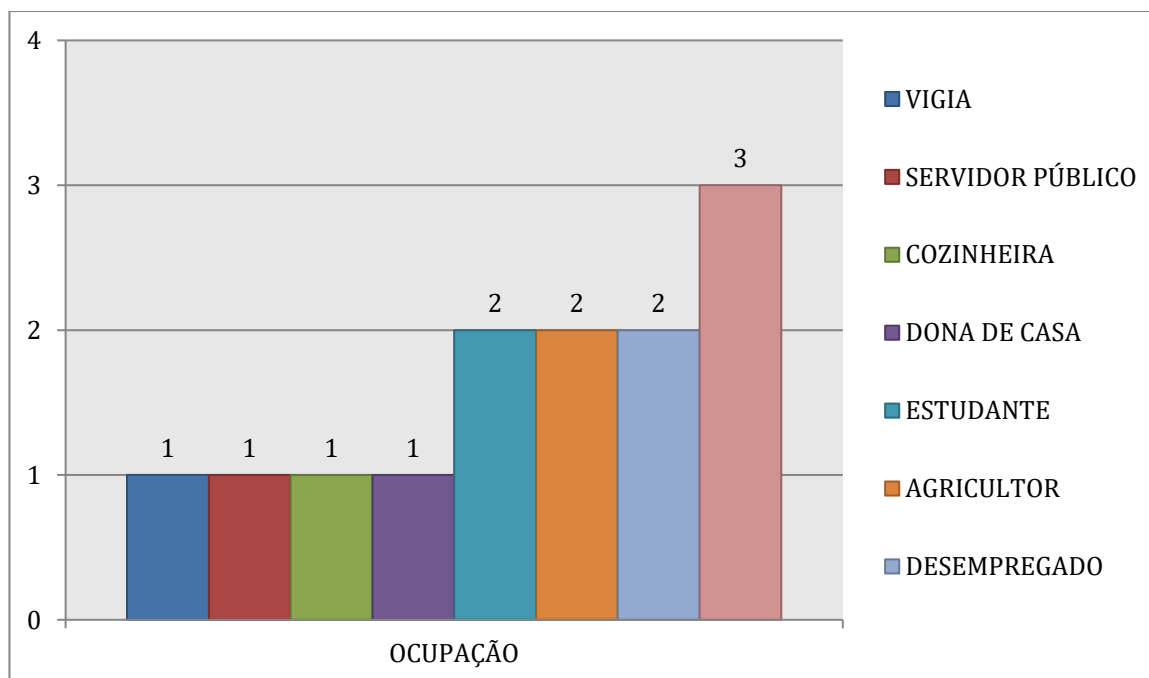
**Gráfico 4** – Classificação dos participantes do estudo quanto ao estado civil. Sobral, Ceará, Brasil, 2020



Fonte: própria autora.

Em relação ao estado civil obtiveram-se apenas dois perfis, onde 8 (61,53%) eram solteiros e 5 (38,47%) casados. Reforçando este resultado, um estudo do tipo observacional, realizado com 40 pacientes, mostrou que houve uma prevalência de solteiros, correspondendo a 52,4% <sup>(8)</sup>.

**Gráfico 5** – Classificação dos participantes do estudo quanto à ocupação Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

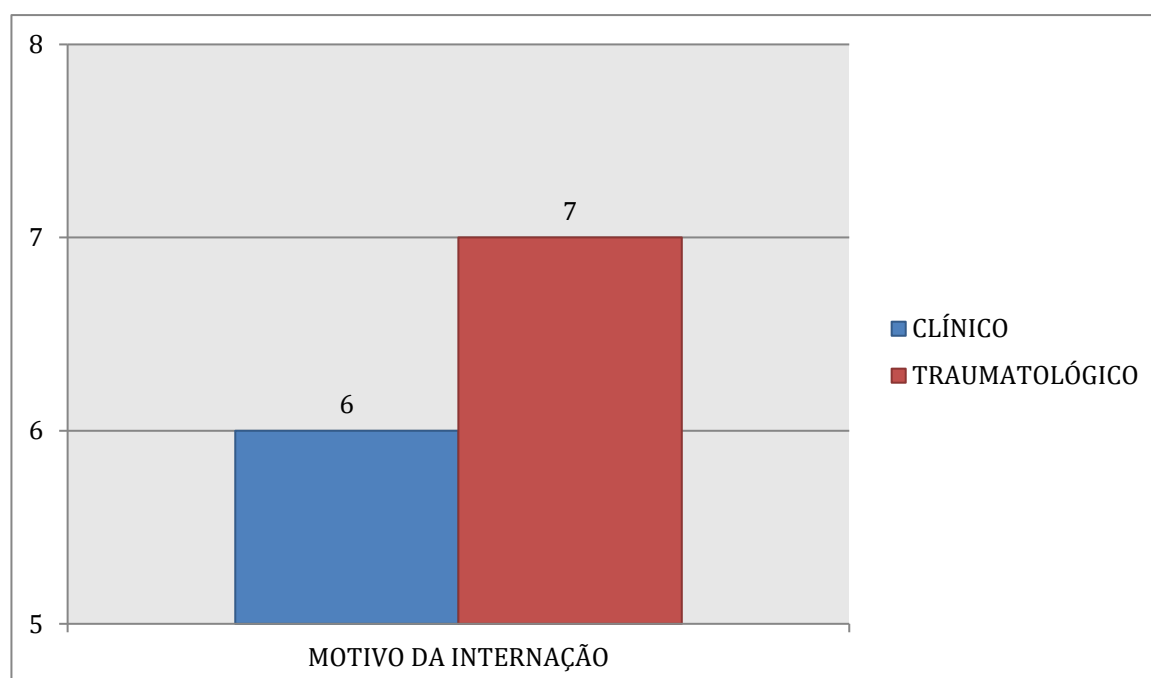


Fonte: própria autora

No que corresponde a ocupação, os pacientes foram divididos nos que exerciam atividade remunerada, sendo 1 vigia (7,69%), 1 servidor público (7,69%) e 1 cozinheira (7,69%). Os que exerciam atividade sem remuneração eram 1 dona de casa (7,69%), 2 estudantes (15,39%), 2 agricultores (15,39%), 2 desempregados (15,39) e 3 não continha a informação (23,07%).

Em seu estudo Cândido, Souza e Oliveira (2019) identificaram que de acordo com a origem da renda financeira da família, 39% eram aposentados, 39% recebiam auxílio doença e 22% estavam desempregados<sup>(7)</sup>.

**Gráfico 6** – Classificação dos participantes do estudo quanto ao motivo de internação. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.



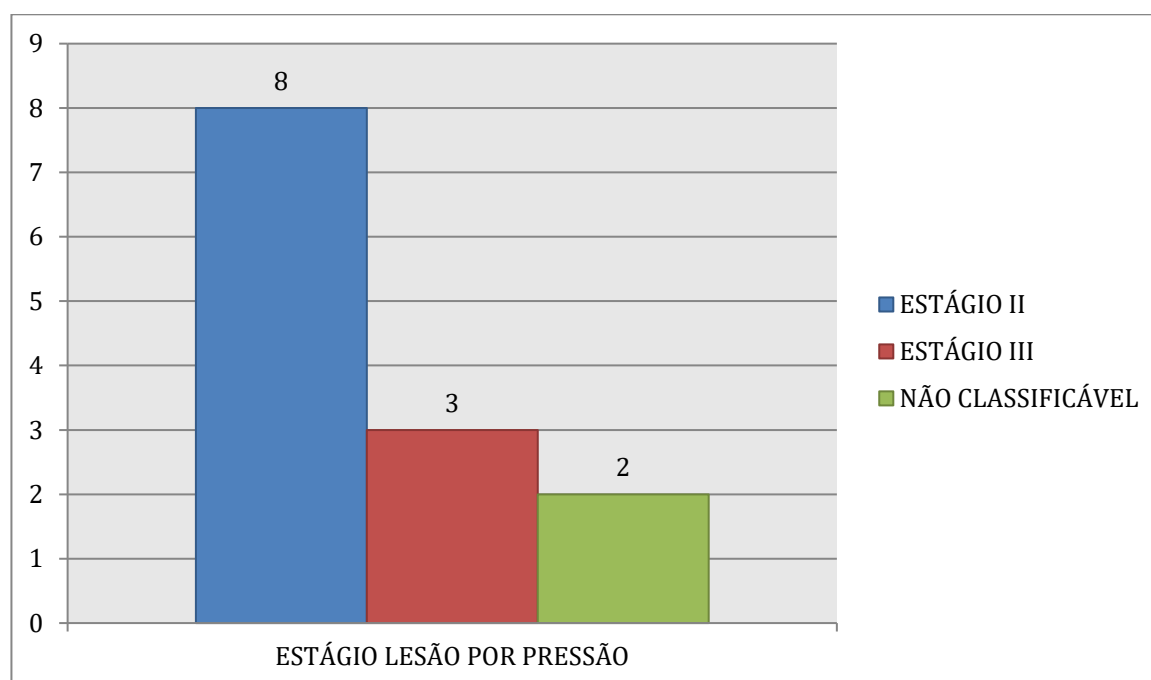
**Fonte:** própria autora.

Os pacientes em questão, foram divididos de acordo com o motivo da internação em clínicos e traumatológicos. Dentre o perfil estão 6 clínicos, sendo: 2 acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico (15,38%), 1 AVE isquêmico (7,69%), 1 insuficiência renal aguda (7,69%), 1 peritonite aguda (7,69%) e 1 urosepsise (7,69%). E 7 de causas traumatológicas sendo: 3 traumatismo cranioencefálico - TCE (23,07%), 2 politraumas (15,38%), 1 perfuração por arma de fogo (7,69%) e 1 enforcamento (7,69%).

A unidade hospitalar onde foi desenvolvida a pesquisa é referência para atendimentos de urgência e emergência em traumatologia e neurologia, o que se pode justificar a prevalência de pacientes acometidos por AVE e traumas.

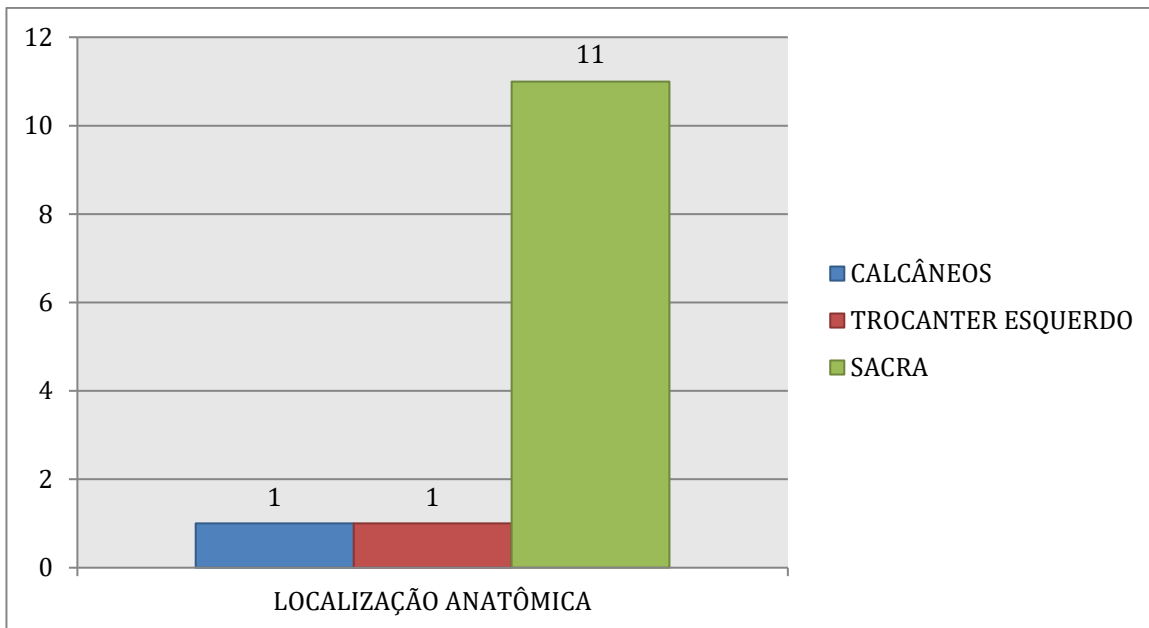
Pacientes internados por doenças neurológicas e que possuem um nível de consciência diminuído, tem uma maior predisposição para o desenvolvimento de LP, tendo em vista o tempo que permanecem acamados, com uma menor mobilidade ou totalmente limitados ao leito, fazendo com que necessitem de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, para realizar suas necessidades pessoais e mudanças de decúbito para aliviar as áreas de pressão em proeminências ósseas (10).

**Gráfico 7** – Classificação das lesões por pressão de acordo com os estágios. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: própria autora.

**Gráfico 8** – Classificação das lesões por pressão de acordo com a localização anatômica Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

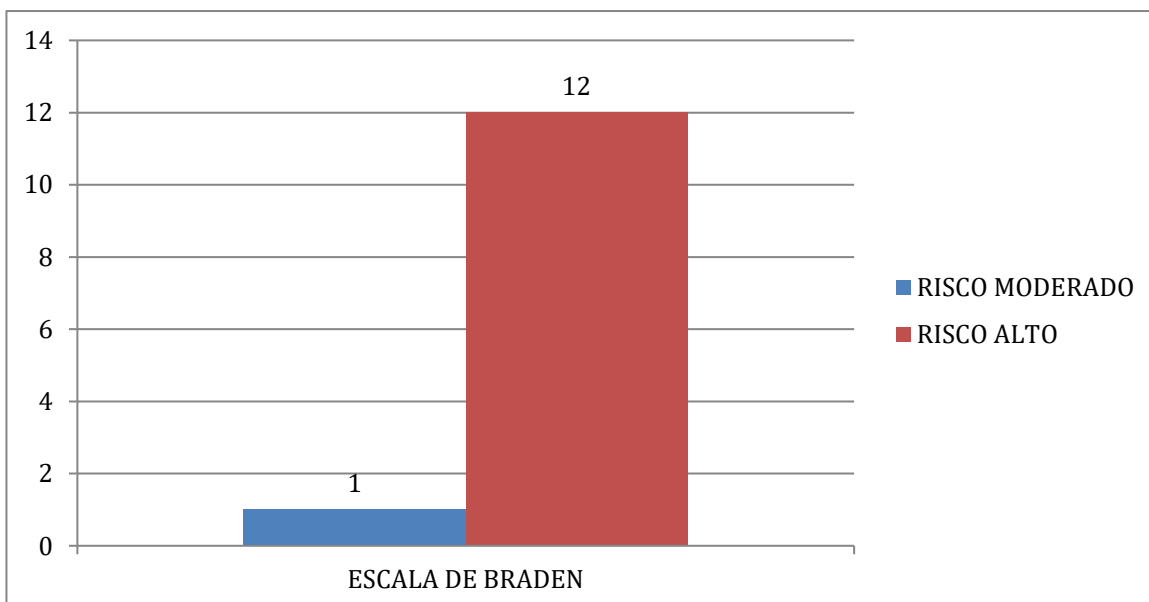


Fonte: própria autora

De acordo com o gráfico 7, observou-se que das 13 lesões registradas, houve uma predominância do estágio II, com 08 lesões (61,55%). No que se refere à localização anatômica (gráfico 8), a região sacral foi a mais presente com 84,62%, seguida por calcâneos (7,69%) e trocanter (7,69%).

Corroborando ainda com esses achados, um estudo realizado em um hospital de alta complexidade do município da Serra Gaúcha-RS, com o objetivo de avaliar a incidência de lesões por pressão, constatou que 71,8% dos pacientes analisados, desenvolveram LP na região sacral <sup>(6)</sup>.

**Gráfico 9** – Classificação dos riscos de acordo com a escala de Braden. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

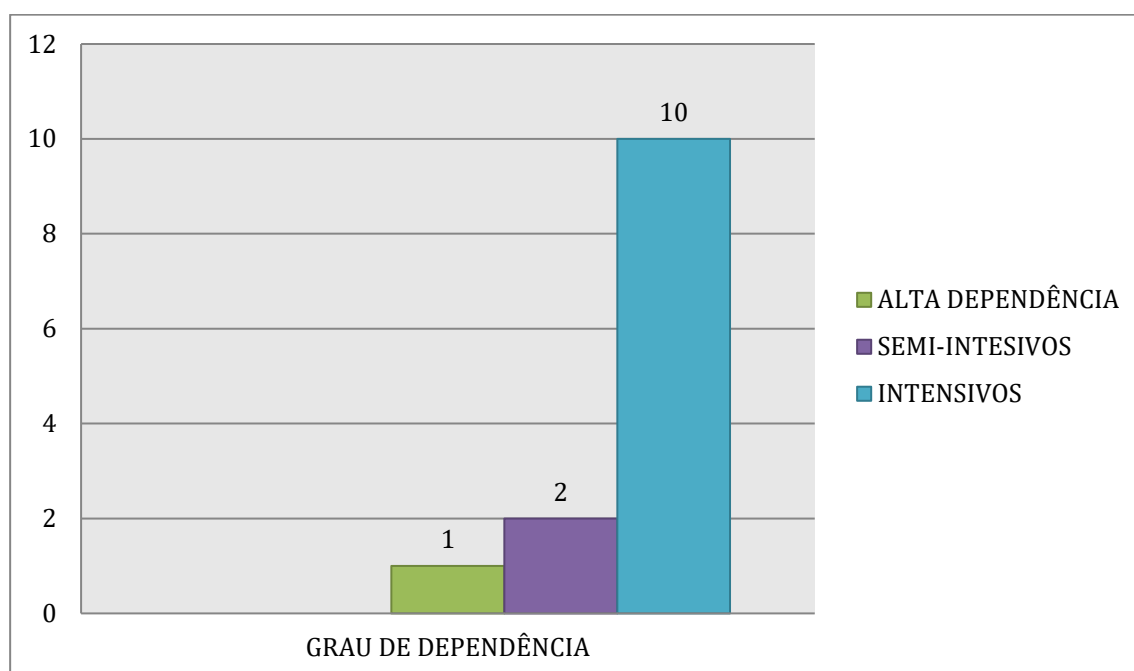


Fonte: própria autora

De acordo com a escala de Braden que avalia os riscos que os pacientes possuem para o desenvolvimento de lesões por pressão, observou-se que 92,31% foram classificados como risco alto para LP, 7,69% como risco moderado e nenhum como baixo risco.

Um estudo que contribui para a afirmação deste dado é uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa realizada em Goiânia, com 54 pacientes, onde se observou que destes, 20 (37%) foram classificados em risco alto, seguidos de 16 (29,6%) em risco moderado <sup>(7)</sup>.

**Gráfico 10**– Classificação do grau de dependência de acordo com a escala de Fugulin. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.



**Fonte:** própria autora.

A escala de Fugulin avalia variáveis como: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica e de acordo com a complexidade assistencial corresponde a: cuidado mínimo, cuidado intermediário, alta dependência, cuidado semi-intensivos e cuidado intensivo.

Foi identificado durante a pesquisa que 76,93% foram classificados como cuidados intensivos, 15,38% semi-intensivos e 7,69% em alta dependência.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem voltados para prevenção de lesões por pressão, foi identificado que os profissionais de enfermagem realizam a mudança de decúbito dos pacientes a cada duas horas, utilização de colchões piramidal (caixa de ovo), elevação de calcâneos, hidratação da pele (uso Ácido Graxos Essencias – AGE quando necessário), lençóis secos e estirados e paciente bem posicionado no leito.

Foi possível observar que no setor em estudo, não era utilizado escalas durante a admissão dos pacientes para se classificar o risco de desenvolver LP.

De acordo com o estudo, observou-se que as LP constituem um grande problema de saúde pública, devido sua alta prevalência, principalmente em unidades de terapia intensiva, setor onde se encontra pacientes críticos e que possuem um maior grau de dependência do cuidado.

Em relação ao perfil sociodemográfico foi possível identificar uma prevalência do sexo masculino com (84,62%); a raça majoritária foi a parda (92,31%), o estado civil em destaque foi solteiro (61,53%), a faixa etária predominante foi de 30,77% acima de 60 anos, na mesma proporção (30,77%) de 49-59 anos, em



relação à profissão houve uma equivalência entre estudantes, agricultores e desempregados (15,39%), como motivo da internação, prevaleceu as causas traumatológicas (53,85%), de acordo com as lesões por pressão predominou o estágio II (61,55%) e localização anatômica prevalente foi na região sacral (84,62%).

Se tratando da aplicação das escalas, de acordo com a escala de Braden, classificou-se os pacientes na sua maioria (92,31%) em risco alto para desenvolver lesão por pressão. E em relação a escala de Fugulin 76,93% foram classificados em relação ao grau de dependência como cuidados intensivos.

No que concerne a assistência de enfermagem voltados para prevenção de lesão por pressão, observou que se assemelha aos cuidados descritos nos estudos, diferindo apenas no uso da escala de Braden.

A equipe de enfermagem possui um papel importante na prevenção de LP, pois prestam assistência direta aos pacientes, dessa forma se faz necessário conhecer os fatores predisponentes, para que se possa planejar estratégias de prevenção e garantir a segurança dos pacientes e uma melhor qualidade na assistência prestada.

## Conclusão

No que concerne a assistência de enfermagem voltados para prevenção de lesão por pressão, observou que se assemelha aos cuidados descritos nos estudos, diferindo apenas no uso da escala de Braden.

A equipe de enfermagem possui um papel importante na prevenção de LP, pois prestam assistência direta aos pacientes, dessa forma se faz necessário conhecer os fatores predisponentes, para que se possa planejar estratégias de prevenção e garantir a segurança dos pacientes e uma melhor qualidade na assistência prestada.

## Referências

1. ANDRADE, Cynthia Carolina Duarte; RIBEIRO, Aniele Cristina; CARVALHO, Carla Alessandra Silva; RUAS, Cristina Mariano; BORGES, Eline Lima. Ocorrência de úlcera por pressão e perfil epidemiológico e clínico dos pacientes internados em uma unidade hospitalar da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, n.5, 2018.
2. BARBOSA, Taís Pagliuco; BECCARIA, Lúcia Marinilza; SILVA, Daniele Cristiny; BASTOS, Alessandra Soler. Associação entre sedação e eventos adversos em pacientes de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.31, n.2, p. 194-200, 2018.
3. BATISTA, Kátia Torres; ANDRADE, Rildo Rinaldo de; LAURENTINO, Nilzete; BEZERRA. O papel dos comitês de ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 27, n. 1, p. 15-155, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. FIOCRUZ, 2013.
6. CANDATEN, Angela Enderle; VIEIRA, Yasmine Bado; BARCELLOS, Ruy de Almeida. Incidência de lesões por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista UNINGÁ*, v.56, n.2, p. 30-40, 2019.
7. CÂNDIDO, Karla Pereira; SOUZA, Juliana Caldas; OLIVEIRA, Fernanda Miranda. Perfil das pessoas com lesão por pressão na reabilitação: relação entre braden e dependência funcional. *Revista Enfermagem Atual*, v.87, n. Edição especial, 2019.
8. COSTA, Alessandra Moreira; MATOZINHOS, Ana Carolina Silva; TRIGUEIRO, Patrícia dos Santos; CUNHA, Renata Cristina Gonçalves; MOREIRA, Luzimar Rangel. Custos do Tratamento de Úlcera por Pressão em Unidade de Cuidados Prolongados em uma instituição Hospitalar de Minas gerais. *Revista de Enfermagem*. v.18, n. 1 , p.59, 2015.
9. COSTA, Theo Duarte da; SALVADOR, Pétala Tuane Candido de Oliveira; RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; ALVES, Kisna Yasmin Andrade; TOURINHO, Francis Solange Vieira; SANTOS, Viviane Eusébia Pereira. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, p. 61, 2016.
10. FRANÇA, Jeisa Riane Guedes; SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; JESUS, Viviane Silva. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 1, n. 1, p. 16-31, 2016.
11. FERNANDES, Luciana Magnani; SILVA, Letícia da; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; Souza, Verusca Soares de; NICOLA, Anair Lazzari. Associação entre predição para lesão por pressão e marcadores bioquímicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 490-497, 2016.
12. RODRIGUES, Tatyane Silva; ALMEIDA, Camila Aparecida Pinheiro Landim; GOIANO, Pétersson Danilo de Oliveira Lima; NEPOMUCENO, Valéria Maria Silva; SOUSA, Carliane da Conceição Machado; CARVALHO, Mariana Lustosa de. Eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão. *Enfermagem em Foco*, v. 9, n. 1, p. 03-06, 2018.
13. SANTOS, Leandra Josefa; SILVA, Santiago José; TORRES, Larissa Drielly Alves Cordeiro; SANTOS, Michelle Patrícia de Oliveira; RIBEIRO, Sarana Héren Pereira. Assistência de enfermagem ao paciente com lesão por pressão. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 1, p. 250-255, 2020.
14. SILVA, Dinara Raquel Araújo; BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves; COSTA, Jéssica Pereira; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; LOPES, Vanessa Caminha Aguiar; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko. Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.51, 2017.
15. SOUSA, Rafael Gomes de; OLIVEIRA, Tania Lopes de; LIMA, Luciano Ramos de; STIVAL, Marina Morato. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 77-84, 2016.
16. SOUZA, Nauã Rodrigues de; FREIRE, Daniela de Aquino; SOUZA, Marcos Antonio de Oliveira; Melo, Jessica Thamires da Silva; SANTOS, Laís de Veras dos; BUSHATSKY, Magali. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. *Revista Estima*, v. 15, n. 4, p. 229-239, 2017.
17. TEIXEIRA, Anne Kayline Soares; NASCIMENTO, Tiago da Silva; SOUSA, Ingrid Thaís Lopes de; SAMPAIO, Luis Rafael Leite; PINHEIRO, Alessandra Rocha Mororó. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**, v. 15, n. 3, p. 152-160, 2017.
18. VIEIRA, Vanete Aparecida de Souza; SANTOS, Mariana Diniz Costa; Almeida, Amanda do Nascimento, SOUZA, Cristiane Chaves; BERNANDES, Mariana Ferreira Vaz Gontijo; MATA, Luciana Regina Ferreira. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2018.



## ARTIGO ORIGINAL

# ACOLHIMENTO: IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## *WELCOME: IMPLICATIONS IN THE MANAGEMENT OF THE WORK OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS*

**Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria<sup>1</sup> Ana Débora Assis Moura<sup>2</sup> Maria Vaudelice Mota<sup>3</sup> Sarah Maria Fraxe Pessoa<sup>3</sup>**

**Autor****Correspondente**

Shirley Cristianne  
Ramalho Bueno de  
Faria  
Email:  
scrbf@hotmail.com

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora Regional de Saúde - V. Fortaleza, CE, Brasil. Email: [scrbf@hotmail.com](mailto:scrbf@hotmail.com). <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Centro Universitário Christus (Unichristus) e Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, CE. Email: [anadeboraam@hotmail.com](mailto:anadeboraam@hotmail.com). <sup>3</sup> Professora Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da UFC. Fortaleza, CE, Brasil.

### Abstract

To describe the practice of humanization/welcoming developed by professionals in a Primary Health Care Unit and to identify the knowledge of professionals who make up the Family Health Strategy, related to welcoming. Method: descriptive study with a qualitative approach, using interview and observation techniques. Carried out in a Basic Health Unit, in Fortaleza-Ceará, with 24 professionals, from January to March 2013. Results: welcoming as a posture, based on the attitude of receiving, listening and treating users and their demands humanely; as a reformulator of the work process; and enabling and instrumentalizing the development of technical actions and procedures. Conclusion: humanization should be debated with professionals as a tool for aggregating related activities that have already been developed, since, in order to be potentially producers of change, they need to be collectivized, allowing the creation of structural bases that support the development of welcoming in its character ethical and political. Keywords: Humanization; Reception; Primary Health Care; Family Health Strategy

### Resumo

Objetivo: descrever a prática da humanização/acolhimento desenvolvida por profissionais em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde e identificar o conhecimento de profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, relacionado ao acolhimento. Método: estudo descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando-se das técnicas de entrevista e observação. Realizada em uma Unidade Básica de Saúde, em Fortaleza-Ceará, com 24 profissionais, de janeiro a março de 2013. Resultados: verificou-se acolhimento como postura, pautado na atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas; como reformulador do processo de trabalho; e possibilitando e instrumentalizando o desenvolvimento de ações e procedimentos técnicos. Conclusão: a humanização deve ser debatida junto aos profissionais como ferramenta de agregação de atividades correlatas já desenvolvidas, uma vez que, para serem potencialmente produtoras de mudanças, precisam ser coletivizadas, permitindo a criação de bases estruturais que fundamentem o desenvolvimento do acolhimento em seu caráter ético e político. Palavras-chave: Humanização; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH), no contexto da Estratégia Saúde da Família, é, antes de tudo, entender esta estratégia como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e espaço ético-político viável de se construir novas práticas em saúde, com possibilidades de se produzir autonomia e corresponsabilidade em direção ao fortalecimento de uma sociedade mais justa e solidária, de modo que coletivos e suas conexões indiquem caminhos para saúde em defesa da vida<sup>(1)</sup>.

Deste modo, o SUS transita entre possibilidades e riscos, tendo como principal ameaça os vícios ideológicos que paralisam, impedem a reflexão crítica e se constituem obstáculos a relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e biomédicas para construção de conceitos e estratégias mais eficazes<sup>(2)</sup>.

Portanto, o maior desafio do SUS continua o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais que possam assegurar acesso e melhor qualidade<sup>(3)</sup>.

A humanização das práticas de saúde constitui uma das preocupações da gestão vigente, no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil, pois se propôs a fortalecer as ações de Atenção Básica e construir um funcionamento harmônico das redes de atenção à saúde (primária, secundária, terciária, de saúde mental, de urgência e emergência), colocando em pauta a humanização como eixo condutor das práticas desenvolvidas no setor e ponto crucial da política de saúde.

Para tanto, o Município de Fortaleza ampliou, em 2005, através de concurso público, a Estratégia Saúde da Família, e investiu na implementação da PNH, realizando no mesmo ano, o Curso Fortaleza Humaniza – SUS que reuniu mais de 5.000 pessoas ligadas à saúde. Posteriormente, foram realizadas pequenas capacitações, descentralizadas, nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e direcionadas a todas as unidades de saúde do município para implantação do serviço de acolhimento.

Durante a realização do evento, enfatizou-se também a proposta da educação permanente em saúde, como meio de estabelecer, no cotidiano dos serviços de saúde, transformações que consolidem os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação da população<sup>(4)</sup>.

As iniciativas do campo da formação contaram, no processo de elaboração e execução, com os trabalhadores das redes assistenciais, Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará, articulados a partir do Sistema Municipal de Saúde - Escola de Fortaleza.

Para tanto, buscou-se conhecer os modos de desenvolver o acolhimento na prática cotidiana de uma Unidade Básica de Saúde da Família, da Secretaria Executiva Regional V (SER V), entendendo-o uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização, que, como ela própria, deve ter um caráter transversal, potencializando, assim, o processo de produção de saúde.

A pesquisa se voltou para especificidades vivenciadas no grupo de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do referido Centro de Saúde, na tentativa de apreender o processo em seu contexto natural e unir a empiria e a teoria, favorecendo, assim, a compreensão da relação sujeito/objeto.

Por tudo isso, este estudo objetivou analisar a prática da humanização/acolhimento desenvolvida por profissionais da Estratégia Saúde da Família e identificar o conhecimento relacionado ao acolhimento.

### Método

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em que participaram 24 profissionais de cinco equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SER V), no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Assumiu-se, portanto, a perspectiva de múltiplas realidades, produtos da forma como os indivíduos, grupo ou coletividades percebem, interpretam e atuam no mundo<sup>5</sup>, uma vez que estabelece conexões entre o campo do serviço, da atuação profissional e da política de humanização do SUS.

A unidade possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, destas, duas consideradas completas, ou seja, contam com a equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de consultório dentário e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em duas delas, faltava médico, e em outra, o profissional dentista. Todas dispunham de auxiliares de enfermagem, e como eram apenas quatro cirurgiões dentistas, possuíam quatro auxiliares de consultório dentário, e ACS, sendo estes últimos em um total de quarenta e quatro.

Contava-se, ainda, nesta unidade, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dispunha dos seguintes profissionais: psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo. A unidade também recebia alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), provenientes da Universidade Federal do Ceará (UFC), e alunos da residência do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Fortaleza.

O grupo de pessoas selecionadas para participar do estudo também se fez de modo intencional, pois se considera a amostragem em pesquisa qualitativa aspecto relevante para compreensão da pergunta central, no caso a prática do acolhimento, número suficiente de interlocutores para reincidência das informações<sup>(6)</sup>.

Assim, o estudo foi constituído por um profissional de cada categoria que compunha cada equipe da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dentário, e agente comunitário de saúde). A escolha do ACS considerou o tempo de serviço, sendo, também, consensual entre os participantes da reunião que apresentaram interesse em contribuir com a pesquisa, pois houveram equipes em que dois ou mais agentes possuíam o mesmo tempo de serviço.

Da proposta inicial de entrevistar vinte e seis (26) profissionais, um profissional da categoria auxiliar de saúde bucal encontrava-se de licença gestante, e dos três médicos existentes, quando da primeira visita, um não estava mais trabalhando na Unidade de Saúde.

O desenrolar das atividades aconteceram entre os meses de janeiro a março de 2013, durando aproximadamente dois meses e meio, tempo em que a unidade foi visitada em todos os horários de

atendimento, bem como realizada visita a um dos atendimentos externos à Unidade de Saúde, atendimento realizado por uma das equipes em um equipamento social da comunidade, que era cedido para o atendimento médico e de enfermagem, com auxílio organizacional dos ACS. A visita foi necessária, tendo em vista que esta equipe passava mais tempo neste atendimento, descentralizado, do que no posto de saúde.

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizaram-se duas diferentes técnicas de coleta de dados: a observação sistemática, com vistas a apreender a dinâmica do serviço em seu "lócus", enquanto ações observáveis, materializadas em processos de trabalho, já que ela teve como objetivo gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia e, também, a entrevista semiestruturada, que partiu de questionamentos básicos, mas que, em seguida, ofereceu amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que se recebem as respostas dos entrevistados<sup>(7)</sup>.

A entrevista, enquanto técnica bastante usual no trabalho de campo, buscou captar informações de natureza individual, focalizada e voltada para propósitos definidos, vivências de cada ator envolvido na realidade objetivada<sup>(8)</sup>. Durante a observação, utilizou-se roteiro pré-estabelecido com campos para notas reflexivas que permitiram registrar, a cada observação, mudanças nas ideias, sentimentos, dilemas éticos e conflitos surgidos no campo, e que auxiliaram no processo de pesquisa e na análise, pois a melhor maneira de saber se o material capturou a essência do tema estudado é estar aberto para possibilidades não imaginadas e auto observar tão intensamente quanto observa o ambiente<sup>(7)</sup>.

A opção pelos dois métodos deveu-se ao fato de que o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante da investigação qualitativa, que quando completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, cuja ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes<sup>(9)</sup>.

De modo estruturado e planejado (data, horário e local) e tomando como prioridade as entrevistas, que ficavam agendadas com cada profissional, também foram acontecendo às observações programadas. Durante o desenvolvimento desta atividade, em particular, buscou-se observar o local em diferentes dias da semana e em seus vários horários e diferentes dinâmicas.

As falas foram gravadas e integralmente transcritas, de modo a respeitar emoções, singularidades e particularidades de cada sujeito. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada leitura exaustiva deste material, buscando o feixe de relações representadas graficamente por uma palavra, uma frase, um resumo que permitissem o recorte destes núcleos em caixas temáticas de valor significativo ao propósito da pesquisa<sup>(6)</sup>.

A fim de se preservar o sigilo, a identificação das transcrições foi dada pela categoria profissional, seguido de um número ordenador (ACS 1, ACS 2, Médico 1, Médico 2, e assim sucessivamente).

Com respeito aos indivíduos e instituições envolvidas na pesquisa, o estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres

humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal do Ceará (UFC), conforme parecer nº 08399112.4.0000.5054.

## Resultados

O entendimento de acolhimento pelo profissional da ESF consolidou-se como aspecto da dimensão subjetiva, como espaço de encontro e como processo dinâmico que seria responsabilidade de todos, mas que também tem sua marca centrada na capacidade individual de cada um em responder à necessidade dos usuários:

*É, no Posto de Saúde, eu considero acolhimento não só o setor que atende as pessoas, e sim como um todo... ele vem no geral, com respeito ao atendimento, com o agente comunitário de saúde, com o técnico de enfermagem, o próprio enfermeiro e os médicos fazendo um bom atendimento (ACS 1).*

*Para mim, é atender bem, ouvir e, acima de tudo não só olhar o paciente, usuário, pela doença que está sendo apresentada, mas como um ser humano. E eu te acrescento ainda que deveria ser incentivado a prática da humanização (Auxiliar de enfermagem 5).*

*Para mim, acolhimento é, assim, você procura acolher de uma forma humana e melhor possível, aquele usuário cidadão que chega a unidade de saúde a procura de algum atendimento (Enfermeira 4).*

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os parâmetros para acompanhamento da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) incluem a inclusão do usuário, o fim das filas, a hierarquização dos riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. O acolhimento é visto como uma tecnologia do encontro, buscando a inclusão do usuário e do profissional em uma rede capaz de resgatar o enfoque do trabalho em saúde centrado no usuário; como ação técnico-assistencial, proposta para reorganizar os processos de trabalho, ofertando uma atenção integral e ampliando a capacidade da equipe multiprofissional para identificar e resolver problemas de saúde<sup>10</sup>.

*Acolhimento tem que começar desde a recepção... Na verdade, não é só o usuário que tem que ser acolhido não, o funcionário também tem que ser acolhido. Então começa desde a entrada. De como ele é, é recepcionado, como é o tipo de atenção que é oferecido a ele, o serviço que realmente é ofertado (Médico 2).*

*Para mim é o princípio de tudo, de todo o atendimento. É a primeira abordagem ao paciente. Daí que você vai saber... o que ele veio procurar, qual é a necessidade dele. Acho que é isso! É receber, acolher, já está dizendo, o nome, acolhimento (Auxiliar de saúde bucal 3).*

*Acolhimento para mim é saber acolher uma pessoa bem. Saber conversar com ela, compreender ela, tentar escutar primeiramente (Auxiliar de saúde bucal 1).*

*Acolhimento eu acho que é você dá atenção a alguém, fazer com que a pessoa se sinta recebida, se sinta atendida nas suas necessidades. Mas principalmente dá atenção, eu acho que é isso (Cirurgião Dentista 1).*

*Então, acolhimento eu acho que é você procurar ouvir e atender as necessidades do cidadão quando vem a unidade de saúde (Enfermeira 4).*



*Pronto! Acolhimento é o seguinte, precisa alguém escutar as pessoas que procuram o posto, e de acordo com isso, determinar um dia, um horário, uma data ou se precisa de atendimento para que o trabalho seja bem organizado (Médico 1).*

*Eu acho que acolhimento começa pela organização, a partir daí você já começa, porque você é bem tratada, então, como você é bem tratada, já começa a tratar bem o paciente também, eu acho que é por aí (Enfermeira 2).*

A terceira dimensão instituída foi a da técnica, não surgida nos depoimentos em seu caráter construtivo. Mas, a título de informação, surgiu, nessa perspectiva, que o acolhimento possibilita e instrumentaliza o desenvolvimento de ações e procedimentos técnicos, organizadamente.

Em direção contrária, nas falas peculiares ao serviço desta unidade, elas evidenciaram rejeição do tecnicismo, das regras e imposições, quando expressaram:

*Bem, eu posso não saber definir o que é acolhimento, mas posso dizer o que não é acolhimento. É o que queriam que a gente fizesse aqui uma época. Ficasse ali na frente e fizesse um tipo de triagem (Enfermeira 1).*

*É tanto que hoje, a gente não trabalha mais com triagem, trabalha-se com acolhimento, com classificação de risco, é para mudar aquela visão de você chegar e tratar o usuário como objeto (Médico 2).*

Ainda, em oposição às considerações colocadas pela maioria dos colaboradores, dois dos sujeitos entrevistados ainda referiram o acolhimento como local específico para realização de procedimentos de enfermagem:

*Acolhimento para mim é a chegada de todos os pacientes, é o início dos seus atendimentos, com os médicos e enfermeiros, verificação de peso, pressão, temperatura e passagem para o sistema (Auxiliar de enfermagem 4).*

*O pessoal, quando está marcado para o dia, eles confirmam na recepção e de lá já vão direto pro acolhimento, pra gente fazer os primeiros atendimentos, que é a verificação de pressão, é o peso, saber qual é o médico que vai ser atendido (Auxiliar de enfermagem 1).*

## Conclusão

Para alguns profissionais, o acolhimento foi evidenciado como o primeiro contato, a receptividade, pautado na escuta, no diálogo, na compreensão e no atendimento às necessidades dos usuários de saúde; para outros, o acolhimento foi pautado na identificação das demandas e na rearticulação do serviço; e por fim, como um local específico para a realização de procedimentos de enfermagem.

O estudo revelou que a Atenção Básica, enquanto território de ordenação da entrada no SUS, continua fragilizada, limitada e longe de se estabelecer como prioridade no âmbito do desenvolvimento das políticas públicas.

Salienta-se, pois, que no espaço estudado, o acolhimento, enquanto proposta de ação

transversalizada, possa e deva ser posto em debate junto aos profissionais da ESF como ferramenta de agregação de atividades correlatas desenvolvidas, uma vez que para serem potencialmente produtoras de mudanças precisam ser coletivizadas, para que as várias opiniões acerca do tema sejam debatidas em momentos de reflexão que permitam a criação de bases estruturais que fundamentem o desenvolvimento do acolhimento em seu caráter ético e político, essencial à PNH.

Neste instante final, ocorre a necessidade de pontuar sobre o grau de complexidade que é lidar com os aspectos que emergem da Atenção Primária e sua efetivação pela ESF, pois envolve todo o campo de subjetividade que tem como núcleo a família, e como contexto, a cultura em que ela se insere, seccionada por todas as outras relações sociais, sendo, ainda, incrementada pelas necessidades básicas e recheada pelas desigualdades provocadas pelo sistema. Quase sempre, sendo estas famílias as mais carentes da sociedade, o que requer, dos profissionais que adentram a essa estratégia, mais que habilidades, mais que a quebra da hegemonia do cuidado centrado na doença, mais que a técnica, exige sensibilidade, disponibilidade, responsabilidade e ética; para com o outro, o trabalho e com ele mesmo.

## Referências

1. Pedroso RT, Vieira MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface Comunic Saude Educ* 2009; 13(supl. 1):695-700.
2. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESP: UERJ/IMS: Abrasco; 2011.
3. Vasconcelos CM, Pasche DF. *O Sistema Único de Saúde*. In: Gastão WSC, editor. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 531-58.
4. Secretaria Municipal de Saúde (CE). *Relatório de gestão da saúde de 2007: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado*. Fortaleza: SMS; 2007.
5. Mercado-Martínez FJ, Bosi ML. M. *Introdução: notas para um debate*. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 23-71.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2010.
7. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(2):144-9.
8. Velasco K, Rivas LAF, Guazina FMN. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. *Disciplinarum Scientia* 2012; 13(2):243-55.
9. Damasceno RF, Sousa LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst* 2012; 30(1):37-40.
10. Rigotti DG, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Acolhimento de usuários de drogas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene* 2016; 17(3):346-55.
11. Scholze AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014; 9(31):219-26.
12. Nogueira-Martins MCF. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2001.
13. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa Social: teoria método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.p.7.
14. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cienc Saude Colet* 2014; 19(2):343-52.
15. Gonçalves ITJP, Souza KV, Amaral MA, Oliveira ARS, Ferreira WFC. The embracement practice in prenatal care: limits, potentialities and contributions of nursing. *Rev Rene* 2013; 14(3):620-9.

## ARTIGO ORIGINAL



# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES EM UMA MATERNIDADE NA CAUCAIA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

## *NURSING ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN IN A MATERNITY IN CAUCAIA-CE: EXPERIENCE REPORT*

**Amanda Fialho Pinheiro de Alencar<sup>1</sup>, Tamara Braga Sales<sup>2</sup>, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes<sup>3</sup>, Máira Maria Leite de Freitas<sup>4</sup>, Lucélia Rodrigues Afonso<sup>5</sup>**

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica, Faculdade de Quixeramobim. 2 Enfermeira. Mestra em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC). 3 Enfermeira. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). 4 Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). 5 Enfermeira. Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Autor  
Correspondente:**  
Amanda Fialho  
Pinheiro de Alencar

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

The objective was to report the experience and experiences of a nurse concluding the specialization course in gynecological nursing and the care practice developed with pregnant women in labor in a maternity hospital in Caucaia. The present work is an experience report, with exploratory descriptive qualitative approach, carried out during the supervised curricular internship of the postgraduate course in gynecological and obstetric nursing. The clientele assisted in this hospital comprises users of the Unified Health System and most of them are part of the population stratum with lower purchasing power. The care provided to pregnant women was developed from 10/20/2018 to 03/31/2019. Care, attendance and delivery were only performed after the mothers' consent. It is concluded that it is possible to see how vast the world of gynecological and obstetric nursing is within the maternity hospital, to create bonds with the patients. Birthing, helping pregnant women at the time of childbirth is of unparalleled magnitude. The competence of the obstetric nurse is not only revealed in technical procedures – whether simple or complex, routine or specialized, but also in the interaction with the pregnant/puerperal woman and her family. **Keywords:** Childbirth; Pregnant women; Nursing.

### Resumo

Objetivou-se por relatar a experiência e vivências de uma enfermeira concludente do curso de especialização em enfermagem ginecológica e a prática assistencial desenvolvida junto às mulheres-gestantes-parturientes em uma maternidade na Caucaia. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa descritiva exploratória, realizado durante o estágio curricular supervisionado do curso de pós-graduação em enfermagem ginecológica e obstétrica. A clientela assistida nesse hospital compreende usuários do Sistema Único de Saúde e sua maioria faz parte do estrato da população de menor poder aquisitivo. A assistência prestada as gestantes foram desenvolvidas no período de 20/10/2018 a 31/03/2019. Os cuidados, o atendimento e o partejamento, somente eram realizados após o consentimento das puérperas. Conclui-se que é possível enxergar o quão vasto é o mundo da enfermagem ginecológica e obstétrica dentro da maternidade, criar vínculos com as pacientes. Partejar, auxiliar as gestantes no momento do parto é de uma grandeza sem igual. A competência do enfermeiro obstetra não se revela somente nos procedimentos técnicos – sejam simples ou complexos, rotineiros ou especializados, mas também na interação com a gestante/puérpera e sua família. **Palavras-chave:** Parto; Gestantes; Enfermagem.

## Introdução

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe e filho. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado por vários autores um fenômeno complexo, tornando-se objeto de estudo em várias ciências, entre elas a enfermagem<sup>(1)</sup>.

O parto deve ser visto como um momento de alegria, e não como doença; deve-se tratar a mãe como um ser humano, com delicadeza, segurança e conforto, assim como incentivar o acompanhamento do pai ou de parentes e tornar o parto normal uma prática comum, pois é mais saudável para a mãe e o bebê. Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o parto normal é um processo natural, fisiológico e, conseqüentemente, não deve sofrer intercorrências no seu curso<sup>(2)</sup>.

No entanto, segundo Moraes<sup>(3)</sup>, o parto hospitalar "[...] colocou a mulher como objeto, e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento, no qual as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas".

Desse modo, se por um lado a institucionalização do parto significou um grande avanço no que se refere à saúde da mulher, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por outro deixou as mulheres submissas e vulneráveis ao modelo biomédico, expondo as parturientes a procedimentos intervencionistas, invasivos e, muitas vezes, desnecessários, que diminuem sua autonomia e participação no processo<sup>(4)</sup>.

Com isso, faz-se necessário termos enraizadas práticas obstétricas assistenciais, onde o processo de humanização seja desenvolvido ao longo do atendimento da saúde gestacional. A mulher deve sentir-se protagonista no momento do parto, sendo conhecedora de seus direitos reprodutivos, pois neste momento tão especial de sua vida poderá escolher o acompanhante de que fará parte do processo (pré-parto, parto e puerpério)<sup>(5)</sup>.

A humanização compreende dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando o intervencionismo desnecessário, que embora esteja tradicionalmente na prática dos profissionais não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e acarreta com frequência elevados riscos para ambos<sup>(2)</sup>.

É inegável o papel do profissional que assiste as gestantes durante o trabalho de parto. Além do conhecimento sobre técnicas de parto, este deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar esta condição, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional<sup>(6,7)</sup>.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo relatar a experiência e vivências de uma enfermeira concludente do curso de especialização em enfermagem ginecológica e a prática assistencial desenvolvida junto às mulheres-gestantes-parturientes em uma maternidade na Caucaia.

## Métodos

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em que participaram 24 profissionais de cinco equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SER V), no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Assumiu-se, portanto, a perspectiva de múltiplas realidades, produtos da forma como os indivíduos, grupo ou coletividades percebem, interpretam e atuam no mundo<sup>5</sup>, uma vez que estabelece conexões entre o campo do serviço, da atuação profissional e da política de humanização do SUS.

A unidade possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, destas, duas consideradas completas, ou seja, contam com a equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de consultório dentário e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em duas delas, faltava médico, e em outra, o profissional dentista. Todas dispunham de auxiliares de enfermagem, e como eram apenas quatro cirurgiões dentistas, possuíam quatro auxiliares de consultório dentário, e ACS, sendo estes últimos em um total de quarenta e quatro.

Contava-se, ainda, nesta unidade, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dispunha dos seguintes profissionais: psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo. A unidade também recebia alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), provenientes da Universidade Federal do Ceará (UFC), e alunos da residência do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Fortaleza.

O grupo de pessoas selecionadas para participar do estudo também se fez de modo intencional, pois se considera a amostragem em pesquisa qualitativa aspecto relevante para compreensão da pergunta central, no caso a prática do acolhimento, número suficiente de interlocutores para reincidência das informações<sup>6</sup>.

Assim, o estudo foi constituído por um profissional de cada categoria que compunha cada equipe da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dentário, e agente comunitário de saúde). A escolha do ACS considerou o tempo de serviço, sendo, também, consensual entre os participantes da reunião que apresentaram interesse em contribuir com a pesquisa, pois houveram equipes em que dois ou mais agentes possuíam o mesmo tempo de serviço.

Da proposta inicial de entrevistar vinte e seis (26) profissionais, um profissional da categoria auxiliar de saúde bucal encontrava-se de licença gestante, e dos três médicos existentes, quando da primeira visita, um não estava mais trabalhando na Unidade de Saúde.

O desenrolar das atividades aconteceram entre os meses de janeiro a março de 2013, durando

aproximadamente dois meses e meio, tempo em que a unidade foi visitada em todos os horários de atendimento, bem como realizada visita a um dos atendimentos externos à Unidade de Saúde, atendimento realizado por uma das equipes em um equipamento social da comunidade, que era cedido para o atendimento médico e de enfermagem, com auxílio organizacional dos ACS. A visita foi necessária, tendo em vista que esta equipe passava mais tempo neste atendimento, descentralizado, do que no posto de saúde.

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizaram-se duas diferentes técnicas de coleta de dados: a observação sistemática, com vistas a apreender a dinâmica do serviço em seu "lócus", enquanto ações observáveis, materializadas em processos de trabalho, já que ela teve como objetivo gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia e, também, a entrevista semiestruturada, que partiu de questionamentos básicos, mas que, em seguida, ofereceu amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que se recebem as respostas dos entrevistados<sup>(7)</sup>.

A entrevista, enquanto técnica bastante usual no trabalho de campo, buscou captar informações de natureza individual, focalizada e voltada para propósitos definidos, vivências de cada ator envolvido na realidade objetivada<sup>(8)</sup>. Durante a observação, utilizou-se roteiro pré-estabelecido com campos para notas reflexivas que permitiram registrar, a cada observação, mudanças nas ideias, sentimentos, dilemas éticos e conflitos surgidos no campo, e que auxiliaram no processo de pesquisa e na análise, pois a melhor maneira de saber se o material capturou a essência do tema estudado é estar aberto para possibilidades não imaginadas e auto observar tão intensamente quanto observa o ambiente<sup>(7)</sup>.

A opção pelos dois métodos deveu-se ao fato de que o confronto da fala e da prática social é tarefa complementar e concomitante da investigação qualitativa, que quando completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, cuja ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes<sup>(9)</sup>.

De modo estruturado e planejado (data, horário e local) e tomando como prioridade as entrevistas, que ficavam agendadas com cada profissional, também foram acontecendo às observações programadas. Durante o desenvolvimento desta atividade, em particular, buscou-se observar o local em diferentes dias da semana e em seus vários horários e diferentes dinâmicas.

As falas foram gravadas e integralmente transcritas, de modo a respeitar emoções, singularidades e particularidades de cada sujeito. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada leitura exaustiva deste material, buscando o feixe de relações representadas graficamente por uma palavra, uma frase, um resumo que permitissem o recorte destes núcleos em caixas temáticas de valor significativo ao propósito da pesquisa<sup>(6)</sup>.

A fim de se preservar o sigilo, a identificação das transcrições foi dada pela categoria profissional, seguido de um número ordenador (ACS 1, ACS 2, Médico 1, Médico 2, e assim sucessivamente).

Com respeito aos indivíduos e instituições envolvidas na pesquisa, o estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres

humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal do Ceará (UFC), conforme parecer nº 08399112.4.0000.5054.

## Resultados

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa descritiva exploratória, realizado durante o estágio curricular supervisionado do curso de pós-graduação em enfermagem ginecológica e obstétrica da Faculdade de Quixeramobim - UNIQ, em uma maternidade em Caucaia - Ce.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador deve participar, compreender e interpretar os eventos sociais de sua pesquisa, considerando o sujeito do estudo, em determinada condição social, pertencente a um determinado grupo ou classe social com suas crenças, valores e significados. A fase exploratória é o momento no qual o pesquisador planejará seu trabalho, escolhendo o objetivo de estudo, delimitando o problema, definindo objetivos e enfoque teórico que utilizará. Também optará pelos métodos de coleta de dados e pela forma por meio da qual irá explorar seu campo de pesquisa, averiguando possíveis intervenções em suas expectativas<sup>(8)</sup>.

A clientela assistida nesse hospital compreende usuários do Sistema Único de Saúde e sua maioria faz parte do estrato da população de menor poder aquisitivo.

A assistência prestada as gestantes foram desenvolvidas no período de 20/10/2018 a 31/03/2019. As atividades foram supervisionadas pela enfermeira obstetra responsável no campo de estágio e acompanhadas pela equipe médica e de enfermagem do centro obstétrico em questão. Os cuidados, o atendimento e o partejamento, somente eram realizados após o consentimento das puérperas.

Neste contexto, para a fundamentação teórica, realizou-se a busca dos artigos indexados nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), livros e manuais. Foram utilizados como descritores: Trabalho de Parto, Assistência de Enfermagem e Humanização.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

### Fundamentação para a criação do relato de experiência

Há tendência atual à transformação do modelo de atenção ao parto e ao nascimento, com enfoque no resgate da autonomia feminina, do nascimento como algo fisiológico e na reinserção da família na cena do parto, elementos que têm gerado novos “modos de cuidar”.

O MS tem apoiado a implementação de estratégias que assegurem às mulheres uma vivência mais positiva na parturição, de forma segura, qualificada e humanizada. Por meio da Rede Cegonha preconiza o uso de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem tem um papel importante que começa na assistência a mulher e ao recém-nascido, garantindo uma atenção humanizada, individualizadas e ampla. Além de



promover ações que promovam a maternidade em sua complexidade, possibilitando sua autonomia quanto aos cuidados no pré-natal, parto, primeiros cuidados com o bebê<sup>(9,10)</sup>.

No que tange às ações desenvolvidas especificamente no centro-obstétrico, as mulheres-parturientes foram acolhidas desde o momento da internação, sendo que, nos cuidados obstétricos prestados, era explicado todos os procedimentos e suas finalidades, enfatizando a importância de uma participação mais ativa no processo parir/nascer.

Durante o Estágio Supervisionado na maternidade, foi possível realizar diversas atividades que contribuem significativamente para a nossa formação profissional. Foram realizados cuidados relacionados a assistência à parturiente (admissão, anamnese, exame físico, testes rápidos de HIV e sífilis, orientações sobre a rotina do hospital, preparação para o trabalho de parto, assistência durante o trabalho de parto, montagem e circulação da sala de parto, assistência ao parto e episiorrafia), assistência ao recém-nascido (cuidados imediatos, mediatos e de manutenção em alojamento conjunto) e assistência à puérpera (cuidados emocionais e físicos imediatos, observações de enfermagem e instruções para o pós-parto no momento da alta).

Ações foram implementadas durante o partejamento com o objetivo de minimizar a ansiedade e a dor no trabalho de parto, foi a adoção de métodos não farmacológicos de alívio à dor no trabalho de parto, que compreendeu medidas de conforto e apoio às mulheres-parturientes, tais como: massagens relaxantes, banhos, exercícios com bola de Pilates, incentivo à manutenção de posições verticais e a deambulação, por períodos suportáveis pelas mulheres-parturientes.

Nessa lógica de ação, o parto normal foi incentivado, pois se tomou por referência seus benefícios à saúde das mulheres, uma vez que com o passar do tempo, o incremento de tecnologias e de técnicas obstétricas, este tipo de parto tem sido preterido pela emblemática cultura pró-cesárea, legitimada pela falácia da possibilidade do parto sem dor<sup>(11)</sup>. Também foi estimulado o início da amamentação, ainda na sala de parto, favorecendo o vínculo mãe-filho, respeitando-se sempre, o desejo e as condições de saúde das mulheres-parturientes-puérperas e dos bebês.

Foram realizados treze partos e treze atendimentos ao recém-nascido. Onde foram analisados sinais vitais da gestante e do RN, auscultado os batimentos cardíacos, realizado exame de glicemia capilar da parturiente, se necessário administrado medicações conforme a prescrição médica e o partejamento por completo.

Nessas circunstâncias, outra vez, evidencia-se o papel do enfermeiro na proposição de práticas de cuidado humanizado ao parto, favorecendo o protagonismo feminino no exercício da autonomia, da cidadania e do respeito aos direitos reprodutivos para que, de fato, suas escolhas e desejos sejam valorados, resgatando o direito das mulheres-parturientes serem donas de seus corpos e sujeitos do nascimento de seus filhos, ressignificando estas vivências<sup>(11)</sup>.

### **Etapas do processo de enfermagem**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente <sup>(12)</sup>.

Entre as diversas vantagens da SAE destaca-se a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, por meio de um atendimento individualizado, quanto o enfermeiro, mostrando a importância do processo de enfermagem. O método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), forma de tomada de decisões que se apoia nos passos do método científico <sup>(13,14)</sup>.

Atualmente, o PE vem sendo amplamente estudado e aplicado nos serviços de saúde no Brasil e no mundo. No Brasil, o modelo mais conhecido para a implantação do PE é o proposto por Horta, que contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem <sup>(15)</sup>.

Pelo exposto, o Quadro 1 apresenta a contextualização das etapas do processo de enfermagem. Assim, pode-se enfatizar que a Enfermagem empodera-se do cuidado das gestantes e que a dedicação ao exercício profissional, proporciona uma assistência de qualidade.

**Quadro 1.** Contextualização das Etapas do Processo de Enfermagem.

<b>COLETA DE DADOS</b>	Entrevista com a construção do histórico: a maternidade recebeu uma paciente de 19 anos, casada, segundo grau incompleto, dona de casa, G1P0A0, com 41 semanas e 3 dias de gestação. Residente na cidade de Caucaia, informou que por conta das dificuldades de acesso as consultas do posto de saúde, realizou somente três consultas em seu pré-natal.
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	Traçar um diagnóstico através do caso clínico da gestante.
<b>PLANEJAMENTO</b>	Levantar um plano de cuidado baseado no diagnóstico traçado.
<b>IMPLEMENTAÇÃO</b>	Colocar em prática o plano.
<b>AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	Avaliar os resultados e obter um feedback positivo do cuidado prestado.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Plano de ação para promover a qualidade gestacional**

Durante o relato de experiência, pensou-se em uma estratégia de educação e saúde para trabalhar com os profissionais que diretamente estão no cuidado com as gestantes. Deste modo, traçamos uma proposta para que seja aplicada no hospital na qual se trata o relato. Segue abaixo uma proposta educativa.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ORIENTAÇÕES GERAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A oficina terá a duração de 1h30min e acontecerá no próprio hospital, em horário e data pré-marcada com os profissionais.</li> <li>• Haverá orientação teórica e, a seguir, desenvolvimento de práticas interventivas.</li> <li>• Os temas a serem abordados no dia serão apresentados escolhidos conforme a necessidade dos usuários da unidade.</li> </ul>
PÚBLICO ALVO
Direcionado para enfermeiros do hospital.
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinamento, atualização e aperfeiçoamento dos protocolos para os profissionais;</li> <li>• Demonstrar a importância do pré natal as gestantes;</li> <li>• Importância da educação em saúde;</li> <li>• Cuidados gerais durante a gestação.</li> </ul>
TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficina 1: Capacitação dos profissionais, quanto ao atendimento inicial e as possíveis complicações que podem ser evitadas quando há um acompanhamento adequado.</li> </ul>
METODOLOGIA
<p>A oficina será dividida em 6 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com orientações, atualizações, sugestões e capacitação para os profissionais. DURAÇÃO: 25min</li> <li>• 2ª etapa: Aulas expositivas; DURAÇÃO: 20min</li> <li>• 3ª etapa: Prática interventiva; DURAÇÃO: 30min</li> <li>• 4ª etapa: Avaliação, relatos de experiências, sugestões DURAÇÃO: 15min</li> </ul> <p>Serão utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação de seus participantes com os temas abordados por meio da ferramenta de educação em saúde.</p>
AULAS EXPOSITIVAS

Entre rodas de conversas as aulas expositivas serão feitas a partir de apresentação em slides, com vídeos educativos e trocas de experiências.

#### RECURSOS DIDÁTICOS

Vídeos, banner, folder, data show e manuais.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

### Extensão e pesquisa

Embora a educação em saúde possua caráter mais amplo, ela é considerada um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças. Nesse sentido, a educação possui importância inegável para a promoção da saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário <sup>(16)</sup>.

A experiência despertou especial interesse pela área educacional, nomeadamente sobre a saúde da mulher e da criança, devido a necessidade de um olhar holístico, interventivo e participativo intercalado com a educação e saúde. Em consonância, levando em consideração que grande parte dos profissionais por mais que estejam ali, atuando todos os dias com aquela situação, ainda assim, não perdem a oportunidade de participarem dessas palestras, que tem o intuito de ofertar ainda mais o conhecimento.

Em virtude, da aceitação do projeto educacional pelos profissionais, cria-se a perspectiva que o cuidado com a gestante possa ser visto de forma intrínseca e ser tratado como algo importante do processo da gestação e sempre que possível, norteadas pelas ferramentas didáticas de educação em saúde.

### Conclusão

Concluindo este percurso formativo e de crescimento pessoal e profissional, é possível enxergar o quão vasto é o mundo da enfermagem ginecológica e obstétrica dentro da maternidade. Foi de grande aprendizado todo esse período que o Estágio Supervisionado me proporcionou, pude aprimorar os conhecimentos aprendidos dentro de sala de aula das disciplinas teóricas.

Poder partejar, acompanhar e auxiliar as gestantes no período do parto, realizar os partos e cuidados com os recém-nascidos é maravilha, lindo, de uma grandeza sem igual. A competência do enfermeiro obstetra não se revela somente nos procedimentos técnicos – sejam simples ou complexos, rotineiros ou especializados, mas também na interação com a gestante/puérpera e sua família.

## Referências

1. PICCININI CA, CARVALHO FT, OURIQUE LR, LOPES RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic. Teor. e Pesq*; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
3. Moraes JF, Godoi CVC, Fonseca MRCC. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. *Saúde Ver*; 2016; 8(19): 13-19.
4. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco Maria BLR, Souza RMP. O DESCUMPRIMENTO DA LEI DO ACOMPANHANTE COMO AGRAVO À SAÚDE OBSTÉTRICA. *Texto contexto - enferm*; 2017; 26(3): e5570015.
5. DINIZ S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2005; 627-637.
6. Giglio, Margareth Rocha Peixoto, Melo, Gisele Pimenta, Ferreira, Vanessa Guerra, Albernaz MA, Ribeiro MO. Conhecimentos dos Médicos Residentes de Ginecologia e Obstetrícia sobre Contracepção Hormonal em Situações Especiais. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2017; 41(1): 69-78.
7. Sacramento MTP. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. *Revista de Enfermagem UERJ*; 2008; 3: 6.
8. MINAYO MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
9. Nagahama EAI, Nagahama SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*; 2008; 24(8):1859-68.
10. Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Osto SD, Böck A. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A GESTANTES E PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev enferm UFPE on line*; 2016; 10(6):4894-901.
11. Oliveira DLLC. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat-Am Enferm*; 2005;13(3):423-31.
12. Cabral FB. Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do programa saúde da família em Santa Maria/RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; 2007.
13. Lefevre RA. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborati vo. *Artmed*; 2002.
14. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*; 2005;58(5):568-72.
15. Horta WA. Processo de Enfermagem. EPU; 1979.
16. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde debate*; 2015; 39( 105 ): 480-490.

## ARTIGO ORIGINAL



# *CUIDADO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSO E RESOLUBILIDADE*

## *CARE IN PSYCHOSOCIAL ATTENTION: ACCESS AND RESOLUBILITY*

**<sup>1</sup>João Henrique Cordeiro <sup>2</sup>Cláudia Patrícia Da Silva Ribeiro Menezes<sup>3</sup> Tamara Braga Sales <sup>4</sup>Maíra Maria Leite de Freitas <sup>5</sup>Lucélia Rodrigues Afonso**

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Mental. Formação profissional pela Escola Experimental de Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico Existencial <sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE). <sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC). <sup>4</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira. <sup>5</sup> Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Autor  
Correspondente:  
João Henrique  
Cordeiro**

**Não declarados  
conflitos  
de interesse**

### Abstract

The objective of this study was to analyze the narratives found by the educator educator in two CAPS in the metropolitan region in the city of Fortaleza - Ceará. It is an account of an experience lived and guided by critical and reflective characteristics, about the performance of the activity of educator trainer. When unveiling the trainer's narratives and understanding, the essence of the professional in the field was noted, and that even in the face of socio-political difficulties, zeal for service and care for the user are unanimous priorities for the quality of care. Challenges and social biases proved to be the biggest factors of network fragmentation, proving the need for the network to transcend practical spaces of health and to increasingly fill political decisions and social participation in the social control of public decisions. Keywords: Mental Health Services, Mental Health, Psychosocial Support Systems.

### Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar as narrativas encontradas pelo educador formador em dois CAPS na região metropolitana na cidade de Fortaleza - Ceará. Trata-se de um relato de experiência vivenciado e norteado por características críticas e reflexivas, sobre a realização da atividade de educador formador. Ao desvelar as narrativas do formador e sua compreensão, notou-se a essência do profissional em campo, e que mesmo diante das dificuldades sócio-políticas o zelo ao serviço e o cuidado ao usuário são prioridades unânimes para a qualidade do atendimento. Desafios e vieses sociais demonstraram-se os maiores fatores de fragmentação da rede, comprovando a necessidade de que a rede transcenda os espaços práticos da saúde e preencham cada vez mais as decisões políticas e a participação social no controle social das decisões públicas.

Palavras-chave: Centro de atendimento psicossocial, Saúde Mental, Sistemas de apoio psicossocial.

## Introdução

O contexto da Saúde Mental no Brasil é formado a partir das demandas dos usuários e o contexto político-social do país. Diante disso, é preciso estar em constante debate e aperfeiçoamento voltado para a pluralidade que é lidar com a diversidade de usuários que procuram os serviços de atenção psicossocial. Isto porque, este serviço tem que estar constantemente direcionado às demandas individuais dos usuários, e a multiplicidade precisa ser respeitada e acolhida pela equipe multiprofissional, fazendo desta necessidade um princípio fundamental para esse tipo de prática<sup>1,2</sup>.

Em consonância, há quase meio século, no Brasil discute-se através de movimentos sociais, congressos e conferências de saúde, sobre o modelo assistencial de Atenção à Saúde Mental, a oferta de serviços e atendimentos terapêuticos e a promoção de direitos. Com isso, o Brasil apresenta destaque no entendimento e deliberações públicas sobre o tema, visto que são notórios os avanços da reforma psiquiátrica até 2018, como poderemos ver mais adiante neste relato. Tais avanços se mostram na assistência em saúde mental e resultam no fortalecimento de uma política pública de saúde mental, através da participação do controle social, da pluralidade de experiências existenciais e culturais. Logo, esse protagonismo cultural e social promoveu o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, tendo como objetivos a criação de estratégias transformadoras, rompendo o modelo clássico assistencial e modificando o paradigma biomédico da psiquiatria<sup>3,4,22</sup>.

Foram promovidas ações de saúde mental que atendem às pessoas com sofrimento psíquico de acordo com suas demandas psíquicas e existenciais compreendidas como únicas dentro do escopo da pluralidade de histórias e modos de ser que o SUS prevê em cada usuário. Estas ações são de responsabilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é nome designado para o conjunto de ações e dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) responsáveis pela compreensão e criação de políticas, treinamento – voltados para os profissionais da saúde - e atendimento dos Usuários que apresentam transtornos mentais. Com isso, a RAPS visa as questões sociais e perpassa o fazer técnico, à articulação da atenção psicossocial, o acolhimento e escuta qualificada, o acompanhamento contínuo, a atenção às urgências e o enfrentamento de estigmas socioculturais<sup>5,6,7</sup>.

No entanto, em relação aos direitos dos Usuários da RAPS, obviamente ainda existem distanciamentos entre a realidade dos serviços e as propostas da Reforma Psiquiátrica, visto que a famosa Lei nº 10.216 ou Lei Paulo Delgado só entrou em vigor sob uma série de vetos no projeto original e a mudança precisa acontecer estruturalmente. O que temos hoje de avanço é consequência desse pontapé inicial, mas foi preciso muita luta e pesquisas para chegar no patamar de avanços legislativos que encontramos até 2018 no Brasil<sup>8,9,10</sup>.

No que concerne aos profissionais da atenção psicossocial, faz-se necessário a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada e qualificada. A equipe multiprofissional deve ser vista como referência para o acolhimento aos usuários e apresentarem destreza para a resolubilidade das peculiaridades que englobam o contexto assistencial da saúde mental. Assim, para compreender a importância das instâncias

do acolhimento, resolubilidade do cuidado e das tecnologias leves é preciso pensar estes termos separadamente e precisamente voltados para a saúde mental. Neste texto, temos como objetivo desvelar estes conceitos diretamente da prática, compreender como conversam os pensamentos individuais dos profissionais de saúde e as teorias propostas pelo SUS em seus princípios e diretrizes<sup>10,11,12</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm como função garantir o acesso aos usuários, sendo um grande desafio para o SUS, e principalmente para quem o compõe, como referência profissional em saúde coletiva, a equipe multiprofissional. Para tanto, o maior desafio para a rede de atenção psicossocial é proporcionar integralidade entre a atenção primária e os CAPS, o que também pode ser lido como possibilitar a resolubilidade do cuidado independente da hierarquia no qual o usuário adentra ao SUS. A porta de entrada dessa pessoa muitas vezes pode ser através de serviços que não sejam especializados a sua demanda, porém, este espaço precisa estar preparado e equipado com tecnologias capazes de acolher, encaminhar e acompanhar o usuário pelos seus caminhos na rede<sup>13,14,15</sup>.

Ademais, o acolhimento e o cuidado primam promover a reestruturação do processo de trabalho com o objetivo de atender a todos os usuários e seus familiares que procuram os serviços de saúde, por isso mesmo, faz-se necessária esta pesquisa. É preciso compreender o fenômeno a partir da prática e a prática a partir do fenômeno, dando voz ao contexto do campo e aproximar os escritos da vivência individual do ator social. A priori, o apoio matricial encontra-se atrelado à concepção de compartilhamento de saberes e práticas para o cuidado em saúde com equipes de referência nas unidades de atenção primária a saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial, mas em qual momento surge uma relação baseada de confiança e formação de vínculo dentre essas equipes e serviços? Esta pergunta servirá de auxílio para compreender as narrativas aqui levantadas<sup>16,17</sup>.

É importante ressaltar que o usuário confia sua vida ao SUS, e muitas vezes, se encontra em estado de fragilidade ou vulnerabilidade, conseqüentemente, as equipes de referência que os acompanham precisam estar preparadas para se responsabilizar por este processo. O serviço da saúde mental deve estar presente em diversas instâncias do atendimento, equipe multiprofissional, gestão, usuário, família e comunidade. Portanto, desde do "bom dia" na recepção, do acolhimento com o profissional técnico, ou mesmo de possíveis encaminhamentos, a ideia de resolubilidade dá luz a função do dispositivo de cuidado e suas tecnologias leves responsáveis pelo estreitamento do vínculo e a fortificação das relações entre usuário e equipe.

Diante desta problematização, buscou-se analisar as narrativas encontradas pelo educador formador em dois CAPS na região metropolitana na cidade de Fortaleza - Ceará. As conversas transcritas foram relacionadas com as políticas e teorias sobre cuidado e resolubilidade para uma compreensão ampla da realidade vivenciadas nos dispositivos de saúde e conseqüentemente pela rede de atenção psicossocial da região.





## Métodos

Trata-se de um relato de experiência vivenciado e norteado por características críticas e reflexivas, sobre a realização da atividade de educador formador. Para êxito da atividade formativa, optou-se em promover encontros distintos em dois dispositivos de Atenção Psicossocial, no período de fevereiro a abril de 2018, ambos situados na região metropolitana na cidade de Fortaleza - Ceará.

Para interpretação da discussão grupal e emissão de uma avaliação subjetiva o formador utilizou-se do método da Hermenêutica Fenomenológica<sup>19,20</sup> que é proposto por Ricoeur a partir dos escritos de Gadamer sobre a experiência da compreensão do fenômeno pela narrativa, esta que é definida pura e simplesmente pela estruturação do conhecimento em espiral chamado de círculo hermenêutico. Para estes autores, o conhecimento não se limita a pura compreensão sistêmica da ciência, pode-se encontrar verdade

Após as atividades grupais aplicadas pelo formador emergiram três eixos temáticos nos quais foram intituladas como: desafios da atenção psicossocial e Matriciamento e Cuidado. Ademais, as narrativas do formador foram fundamentais para a compreensão da expectativa da equipe multiprofissional, pois integram o empirismo com a vivência crítica e reflexiva. Para isso, é preciso enxergar as que narrativas transcendem a compreensão a “luz das lentes” da hermenêutica fenomenológica.

## Resultados

### Descrição da Experiência

Para que houvesse excelência no relato da experiência de educador formador, optou-se em atuar com uma equipe multiprofissional, assim, construindo de forma natural uma visão holística e participativa para as categorias temáticas desveladas a seguir.

Os dados produzidos pelo formador foram sistematizados a partir da aplicação de uma dinâmica intitulada como “chuva de ideias”, composto por questionamentos subjetivos das atividades laborais assistenciais. Com isso, a cada dinâmica a equipe podia interagir e complementar as inquietações pessoais e laborais. Deste modo, as observações do formador foram voltadas para investigação da realidade da equipe multiprofissional. Salienta-se que em momento algum deste relato será identificado o dispositivo e/ou o profissional. Concluso a leitura e organização do material coletado, realizou-se a compreensão desvelada na pesquisa através da hermenêutica fenomenológica, proposta por Paul Ricoeur<sup>19</sup>.

O primeiro dispositivo de experiência do formador foi o CAPS/AD onde o grupo foi composto por cinco profissionais técnicos de diversas áreas práticas, e o segundo dispositivo, foi o CAPS Geral onde compôs seis profissionais. Os CAPS se mostraram características singulares e diametralmente diferentes entre eles - como poderá ser visto mais adiante na compreensão desvelada da experiência do formador.

Ademais, durante a dinâmica emergiu uma rejeição unânime entre dos profissionais, quanto ao quesito abordado sobre a realidade do dispositivo de saúde local. Evidenciou-se que a resistência e/ou receio em discorrer sobre tais questões partiam de situações políticas/organizacionais, inseguranças das atividades de trabalho à nível de gestão municipal.

## Desafios da atenção psicossocial

Diante da experiência ao visitar o dispositivo (CAPS AD) foi possível vivenciar parte das narrativas antes mesmo de se realizar as dinâmicas com a equipe multiprofissional. Isto por que, o ambiente do dispositivo estava lotado, havia crianças, idosos, e pessoas das mais variadas idades e características, todas dividindo um espaço pequeno e pouco arejado. Demorou um pouco para que o formador fosse acolhido e encaminhado para as dependências gerenciais do CAPS AD. Após aproximadamente trinta minutos este foi recepcionado por um funcionário técnico do dispositivo.

É importante ressaltar que a equipe multiprofissional no serviço de saúde mental desenvolva projetos uniformes com uma trajetória retilínea para o atendimento do usuário, ou seja, independentemente de suas especialidades, culturas, crenças e demandas, o único objetivo é a promoção salutar do usuário. Com isso, a equipe multiprofissional não pode exercer as funções técnicas de forma isolada e individual, tendo como ponto singular a pluralidade da dinâmica de atendimento e compreensão demandada ao trabalhar com usuários da saúde mental, bem como a variedade de especialidades que existe em um CAPS <sup>21,22,23,24</sup>.

De acordo com as dinâmicas desenvolvidas pelo formador, pôde-se ter acesso as expressões narrativas da equipe através de uma visão reflexiva e singela, e por vezes, podendo identificar que os comportamentos limitados da equipe, estavam entrelaçados por pressões/preocupações políticas e/ou temáticas pessoais. Assim, trazem ao formador a luz de quem lê uma aproximação da experiência que o narrador vivencia. Por conta do caráter assistemático da dinâmica, propiciou-se um momento acolhedor e espontânea, para o participante pudesse se sentir à vontade para contar particularidades de sua experiência, pois são essas nuances que possibilitam uma análise rica e profunda.

Estes detalhes, que compõe a experiência de vivenciar uma narrativa, precisam de um ambiente seguro que dê suporte as inseguranças e problemáticas que a pessoa traz consigo. O educador formador tem que estar preparado para lidar com os receios dos participantes, que no caso da experiência vivenciada, foi recorrente, e os funcionários muitas vezes se mostravam inseguros com o conteúdo abordado na dinâmica. Levando ao formador a necessidade de uma mudança de postura, adotando a utilização de termos menos técnicos e falas mais informais, traduzidas dos conteúdos de saúde mental.

Em alguns momentos, mesmo antes de ser iniciada as dinâmicas, identifiquei insegurança entre a equipe multiprofissional, e que pôde ser observada em ambos os CAPS, onde tinham uma visão de estarem sendo avaliados. Após, esta sensibilidade, o formador pode esclarecer que o momento seria de promover educação e saúde com objetivo reflexivo.

O formador identificou, insegurança em relação ao significado dos termos "acesso" e "resolubilidade" em saúde mental, e que traziam experiências profissionais cotidianas aos termos. Logo, os profissionais exemplificavam de forma assistemática e conceituavam a experiência vivida por eles, interligando os termos as práticas laborais. Para tanto, são tais experiências que fomentam o eixo temático

do relato, ou seja, a experiência desagua numa riqueza de detalhes e expressividade capaz de compor a discussão que se segue.

Durante a dinâmica surgiu a problemática de falta de recursos para movimentação das equipes quanto a realização do matriciamento. Deste eles, problemas estruturais como precariedades dos prédios, falta de transporte próprio ou espaço dividido entre outros dispositivos de saúde distintos em nível hierárquico.

Diante das situações observadas, é que se pode ter um panorama um pouco mais amplo da realidade das equipes que atuam no serviço de saúde mental da região metropolitana. Esses problemas afetam não só o cotidiano da equipe especializada, mas também o cotidiano do usuário e das equipes da atenção básica, pois, o serviço de atenção psicossocial precisa estar interligado com atenção primária para que possa existir uma rede de atenção psicossocial.

Observou-se que mesmo diante de situações problemas, é unânime entre a equipe o comprometimento, a união e a sensibilidade diante das fragilidades do serviço, sendo notório que buscam promover o acesso e resolubilidade do cuidado para que o usuário consiga garantir seus direitos ao SUS. É a partir desse comprometimento que surge a ideia do matriciamento e o anseio dos profissionais se reunirem de forma espontânea para debater saúde mental, trocando experiências e unificando saberes.

### **Matriciamento e Cuidado**

Uma das principais informações obtidas através dos profissionais foi a “prematuridade” para a tentativa de implantação do matriciamento na rede de atenção psicossocial na região metropolitana. O matriciamento é um dos principais carros-chefes para o bom funcionamento da rede, pois estabelece um elo de ligação da atenção especializada em Saúde Mental com atenção básica, formando uma teia capaz de orientar, de forma especializada e coerente entre os dispositivos, bem como a promoção do acesso do usuário pelo Sistema Único de Saúde<sup>25,27</sup>.

O matriciamento é uma estratégia singular que promove a capacitação e a formação dos profissionais da atenção básica no quesito da saúde mental, isso porque, se trata de um processo contínuo, tendo em vista que as equipes da atenção básica passam constantemente por mudanças. Diante disto, algumas preocupações são citadas pelos profissionais técnicos do CAPS.

O formador pode observar preocupação no quesito contratação de profissionais na atenção primária e secundária. Isto porque, temem a escassez dos profissionais contratados via concurso público, e que a maioria é contrato temporário, geralmente feitos através de indicações políticas, e é por isso que constantemente as equipes estão sendo modificadas. Para tanto, as constantes mudanças interferem negativamente no desenvolvimento do matriciamento, e conseqüentemente na rede de atenção psicossocial, pois o cuidado e o “tato” para lidar com paciente de Saúde Mental é algo que se desenvolve com o tempo, e as relações demoram para criar vínculos duradouros e de confiança.

Destarte, problemas estruturais, falta de pessoal, questões políticas, entre outros tantos desafios, é que se dá o trabalho do profissional de saúde mental e apenas das problemáticas, o matriciamento tem sido visto pelos profissionais, como um ponto positivo no desenvolvimento da rede de atenção psicossocial. As práticas adotadas pelos matriciadores são frequentemente descritas nas narrativas do formador, levando a crer que as reuniões e grupos de matriciamento tem sido frequentes. Portanto, a equipe apresenta traços de engajamento com projetos sociais e interações participativas com os usuários, assim fortalecendo o cuidado e construindo um acolhimento sereno e com escuta ativa.

### Conclusão

Transitamos propositalmente pela experiência vivida nesses dispositivos passando da mais simples a mais complexa das situações, tendo a sensibilização para os olhos da ciência. Dando fomento a necessidade de mais pesquisas com essa abordagem, com objetivos que busquem a compreensão da realidade como ela é, e não somente como deveria ser.

Desafios e vieses sociais demonstraram-se os maiores fatores de fragmentação da rede, comprovando a necessidade de que a rede transcende aos espaços práticos da saúde e preencham cada vez mais as decisões políticas e a participação social no controle social. Conceitos como matriciamento e cuidado são importantíssimos para isso, os recursos públicos precisam definir e propiciar ainda mais atenção as necessidades da RAPS e de quem a compõe.

## Referências

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6): 2067-2074.
2. Severo AK, L'Abbate S. Uma supervisão clínico-institucional na reforma psiquiátrica na perspectiva da análise institucional. *Trab Edu Saúde* 2019; 17 (3): e0021646.
3. Lima ICBF, Passos ICF. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trab Edu Saúde* 2019; 17 (2): e0020940.
4. Maeder BJ, Holanda AF, Costa II. Pesquisa qualitativa e fenomenológica em saúde mental: mapeamento como proposta de método descritivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2019; 35, e35439.
5. Silva JF, Cid MFB, Matsukura TS. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 26(2): 329-343.
6. Carvalho SMD, Perucchi J. "I don't Talk to Lunatics": Intersections between Law and Mental Health. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2016; 36(3): 584.
7. Shimoguri AFDT, Costa-Rosa A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63): 845-856.
8. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis* 2017; 27(4): 911-932.
9. Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2015; 35(4): 1340-1349.
10. Covelo BSR, Badaró MMI. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55): 1133-1144.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Legislação do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: MS; 2003.
12. Lima CH, Sampaio TCSM, Cunha JS. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade. *Physis* 2019; 29(3): e290314.
13. Constantinidis TC. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? *Psicologia USP* 2017; 28(1): 23-32.
14. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(57):313-323.
15. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61): 373-384.
16. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta de apoio à atenção à crise. *Interface (Botucatu)* 2016; 20 (58): 625-635.
17. Iglesias A, Avellar LZ. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2016; 36(2): 364-379.
18. FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
19. Gadamer H. *Verdade e Método: Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
20. Ricoeur P. *Tempo e Narrativa*. 1ª ed. São Paulo: Papyrus; 1994.

21. Godinho DM, Peixoto JCA. Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia* 2019; 31(3): 320-327.
22. Guerrero AVP, Bessoni EA, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga CFC, Badaró MIM. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saude soc.* 2019; 28(3): 11-20.
23. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade* 2018; 30. e178335.
24. Silva MNRMO, Abbad GS, Montezano L. Práticas e Estratégias Terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2019; 29: e2903.
25. Salles ACRR, Miranda L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade* 2016; 28 (2): 369-379.
26. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2019; 26(1): 103-121.
27. Nunes MO, Lima JJM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. saúde colet* 2019; 24(12): 4489-4498.