

Nursing

edição brasileira

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



www.revistanursing.com.br

ANO 20 • EDIÇÃO 234
NOVEMBRO 2017



ARTIGOS

Grau de dependência dos pacientes de um hospital pediátrico em relação à assistência de enfermagem

Vivência de acompanhantes e enfermeiros no cuidado de pacientes críticos

Educação em saúde promovendo a alimentação saudável: um relato de experiência

Sistematização da assistência de enfermagem: a percepção dos enfermeiros de um município de Rondônia

A percepção dos graduandos de enfermagem sobre a sistematização da assistência: uma revisão integrativa

Manoel Neri, presidente do Cofen, critica ação movida pelo CFM restringindo a atuação da Enfermagem e aponta ato de corporativismo médico



O papel da enfermagem na atenção básica para minimizar os agravos das crises hipertensivas nos serviços de urgência e emergência



SÃO CAMILO
FORMANDO PESSOAS QUE
CUIDAM DE PESSOAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica

- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585

    Ipiranga + Pompeia



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Ana Paula Cappellano - MTB 09394/MG (jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos (maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 19 / R\$880,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: www.revistanursing.com.br

 www.facebook.com/revistanursingbrasil



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Prof.ª Dra. Ana Cláudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

Prof.ª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Prof.ª Dra. Grazia Maria Guerra

Diretora científica da revista Nursing. Doutora em Ciências pelo Programa da Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina USP. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde do Centro Universitário São Camilo. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Translacional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró-reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Prof.ª Dra. Mirna Frola

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Crédito das fotos de capa:

Foto Manoel Neri: Kazuo Okubo

Imagem ilustrativa: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Editorial	1902
Notícias	1903
Leitura	1907
Entrevista	1908
Reportagem	1912

Artigos Científicos

Grau de dependência dos pacientes de um hospital pediátrico em relação à assistência de enfermagem

Degree of dependence of patients in a pediatric hospital related to nursing care

Grado de dependencia de los pacientes de un hospital en relación con la atención de enfermería

Francis Solange Vieira Tourinho, Isabelle Cristina Braga Coutinho Cunha, Larissa Soares Mariz, Priscilla Delfino de Medeiros, Stephanie Barbosa de Medeiros e Tatiana Maria Nóbrega Elias **1915**

O papel da enfermagem na atenção básica para minimizar os agravos das crises hipertensivas nos serviços de urgência e emergência

The role of nursing in primary care to minimize the complications of hypertensive crisis in urgent and emergency services

El papel de la enfermería en la atención básica para minimizar los agravios de las crisis hipertensivas en los servicios de urgencia y emergencia

Annelynne Ferreira França, Bruna Teles dos Santos Motta, Jéssika Rayanne Batista Rocha, Maria Udijaira Fernandes de Medeiros, e Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz **1923**

Vivência de acompanhantes e enfermeiros no cuidado de pacientes críticos

Experience of companions and nurses in critical patient care

Vivencia de acompañantes y enfermeros en el cuidado de pacientes críticos

Abigail de Paulo Andrade, Diego Afonso Cardoso Macêdo de Sousa, Helton Silva Arcaño, Kauanny Gomes Gonçalves, Tamires Alexandre Felix e Rafael Aguiar Dias **1928**

Educação em saúde promovendo a alimentação saudável: um relato de experiência

Health education promoting healthy eating: an experience report

Educación en salud promoviendo la alimentación sana: un relato de experiencia

Bruno Ferreira do Serrado Barbosa, Camila Cruz de Souza, Cláudia da Silva de Medeiros, Cláudia Maria Messias, Leonardo Lima de Moraes dos Reis, Maria Regina Bernardo da Silva e Rodrigo Ayres de Souza **1932**

Sistematização da assistência de enfermagem: a percepção dos enfermeiros de um município de Rondônia

Systematization of nursing assistance: the perception of nurses from a municipality of Rondônia

Sistematización de la asistencia de enfermería: las percepciones de las enfermeras de un municipio de Rondonia

Emília Christina Pallarés, Lucélia Ferreira Xavier, Orlete Donato Oliveira, Sérgio Luis Alves de Moraes Junior e Silviani Bromatti Mateus da Silva..... **1936**

A percepção dos graduandos de enfermagem sobre a sistematização da assistência: uma revisão integrativa

The perception of nursing undergraduates of the systematization of care: an integrative review

La percepción de los graduandos en enfermería sobre la sistematización de la asistencia: una revisión integradora


Ester Lorrany dos Santos, Marta Miriam Lopes Costa, Teresa Cristina Rosa Romero Navarine e Yasmin Figueiredo da Silva **1940**

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
20º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)	6 a 10/11/2017	Rio de Janeiro/RJ	Site: cbcenf.cofen.gov.br
20º Encontro da Associação Brasileira de Registradores de Câncer	6 a 10/11/2017	Porto Alegre/RS	Telefone: (51) 3214-8504 Site: eventos.santacasa.tche.br/eventos.aspx
I Simpósio Internacional de Bem-Estar: da ciência à vida prática	10 e 11/11/2017	São Paulo/SP	Telefone: (11) 2151-1001 – Opção 1 Site: apps.einstein.br/simpósio-bem-estar/index.html
V Simpósio Internacional de Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas	10 e 11/11/2017	Bauru/SP	Site: hrac.usp.br/eventos/2017/v-simpósio-internacional-de-fissuras-orofaciais-hrac-usp-bauru
II Congresso de Urgência e Emergência de Sergipe	15 a 17/11/2017	Aracaju/SE	Site: even3.com.br/congressoue2017
III Conferência Internacional de Pesquisa em Gerenciamento de Recursos Humanos em Enfermagem e em Saúde: segurança do paciente e saúde do trabalhador	21 e 22/11/2017	São Paulo/SP	Site: www.ee.usp.br/eventos/2017/grh/
4º Congresso Pan-Amazônico de Oncologia/IV Congresso de Enfermagem Oncológica	22 a 25/11/2017	Manaus/AM	Telefone: (92) 3655-4703/3655-4774/ WhatsApp: (92) 99470-8168 Site: panamazonicodeoncologia.com.br
I Encontro Baiano de Terapia Infusional e III Workshop de Terapia Intravenosa	28/11 a 01/12/2017	Feira de Santana/BA	Site: encontrobaianotiv.wixsite.com/enbatinv
XXIV Simpósio Internacional de Ventilação Mecânica	01 e 02/12/2017	São Paulo/SP	Telefone: (11) 2151-1001 – Opção 1 Site: einstein.br/ensino/evento/simpósio_internacional_de_ventilacao_mecanica

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – AVC DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.



SOMOS CUIDADO SOMOS PROTAGONISTAS SOMOS A ENFERMAGEM


**O corporativismo não
pode estar acima da
saúde pública**



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem



Coren
Conselho Regional de Enfermagem

 /eucurtoaenfermagem

Enfermagem plena e essencial



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

Novembro chega anunciando o último bimestre do ano e repleto de questões para a Enfermagem no Brasil. O mês é marcado pela realização da 20ª edição do **Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)**, no Rio de Janeiro/RJ. O evento acontece logo após a realização das **eleições dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs)**, no início de outubro, e ainda na esteira das discussões em torno do **processo judicial, movido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) contra a União Federal, que restringe a atuação de enfermeiras e enfermeiros no atendimento à população**. A entrada do **Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)** no processo foi aceita e a liminar que proibia a requisição de exames por essas/esses

profissionais está suspensa até o julgamento do mérito.

É uma primeira vitória na ação para a Enfermagem brasileira, que percebe em iniciativas como esta, além de interesses de cunho corporativista, uma séria ameaça à eficácia de vários programas de Saúde Pública e ao próprio funcionamento do SUS. O tema é complexo e campo de muitos debates. Para fazer um panorama do caso e destacar alguns dos principais pontos da discussão, a **Revista Nursing** traz na **Entrevista** do mês o **presidente do Cofen, Manoel Neri**, que faz um alerta para os problemas causados pela restrição ao trabalho inter e multidisciplinar desenvolvido atualmente na Enfermagem.

Um exemplo dessa função ampla no Brasil e no mundo é a **Enferma-**

gem Forense, que, por aqui, está em franca expansão, com o reconhecimento e a regulamentação recente das áreas de atuação dos profissionais do ramo pelo Cofen. A fundação da **Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense (SOBEF)** no início deste ano ilustra essa realidade, história que nós contamos na **Reportagem**. A SOBEF já realizou inúmeros eventos ao longo de 2017 para divulgar seus princípios, fomentar a implantação da especialidade no país baseada nos seus pilares — “ciência, competência, ética e compaixão” —, reunir associados e engajar a população e a comunidade da Saúde na prevenção da violência.

Já o conteúdo científico desta edição reuniu estudos sobre assuntos atuais e que também refletem a enorme abrangência do cuidado prestado na Enfermagem, apresentando pesquisas que abarcam desde aspectos da rotina de atividades e procedimentos desempenhados no ambiente hospitalar, como a sistematização da assistência, àqueles que ultrapassam as barreiras das unidades de atendimento, como a educação em saúde no campo da alimentação. Hipertensão, pediatria e assistência a pacientes críticos completam a seção de artigos.

No Brasil, a profissão da Enfermagem é feita assim, com a mobilização das principais frentes de trabalho de enfermeiras, enfermeiros, e de toda a diversidade de profissionais da área, que buscam, além de sempre mais conhecimento, capacitação e especialização, as condições ideais para o exercício pleno de suas atribuições e **os verdadeiros reconhecimento e respeito à essencialidade, à imprescindibilidade de sua presença** nas equipes de saúde. 🐦

Da Redação

Especialização em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade na Ensp/Fiocruz

Curso oferece 20 vagas a profissionais de diversas áreas. Inscrições podem ser feitas até janeiro de 2018



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

Estão abertas as inscrições para a pós-graduação *latu sensu* em **Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade 2018 da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz)**. O curso, oferecido por meio do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (Dihs) na modalidade presencial, está inserido na linha de pesquisa Direito, Saúde e Gênero do Dihs/Ensp e é voltado tanto a profissionais de nível superior de diferentes áreas de atuação — como ciências sociais, direito, saúde e gestão pública —, quanto a representantes de movimentos sociais.

Segundo o edital de seleção, entre os objetivos da especialização está o de promover a abordagem reflexiva sobre as relações de gêneros e questões relativas às desigualdades sociais marcadas especificamente pelo viés de gênero e sexualidade, abrangendo recortes de raça e classe social. Para a coordenadora Rita de Cássia Vasconcelos da Costa, pesquisadora do Dihs, o conteúdo

programático proporcionará a possibilidade de incentivo e fortalecimento das instâncias de controle social. “Percebemos que há a necessidade de um espaço para as pessoas dialogarem essa questão do preconceito, da discriminação e sua relação com as políticas nacionais e internacionais. A violação dos direitos humanos faz parte do nosso arcabouço, pois somos um grupo de Direitos Humanos e Saúde. Portanto, é importante incentivarmos o controle social, pois as pessoas devem participar mais. A academia tem um papel fundamental nessa articulação”, comenta.

Estão sendo oferecidas 20 vagas e quem quiser candidatar-se deve fazer a inscrição até 4 de janeiro de 2018 por meio da Plataforma Sigals (sigals.fiocruz.br), onde também é possível acessar o edital completo. As aulas têm início previsto para março de 2018.

Fonte: Ensp/Fiocruz/portal.fiocruz.br

CBCENF aposta em programação científica primorosa

Grandes nomes da Saúde e o CIE marcam presença na 20ª edição do Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

Sob o tema central **“Dimensões do cuidado de enfermagem: interfaces nos cenários da prática profissional”**, a programação científica do **20º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)**, realizado de 6 a 10 de novembro, no Riocentro, Rio de Janeiro/RJ, vai contar com a participação de profissionais renomados da área de saúde no Brasil e no mundo.

O **teólogo Leonardo Boff** abrirá o evento com a palestra magna **“Cuidar da vida: sustentabilidade, espiritualidade e resiliência”**, enquanto o **filósofo Leandro Karnal** e o **médico Drauzio Varella** falam aos congressistas em palestras agendadas para os dias 8 e 9/11, respectivamente. Estão previstos debates sobre o novo Código de Ética profissional, Projetos de Lei de interesse da Enfermagem, o panorama das Políticas de Saúde no Brasil, desenvolvendo tópicos como Planos Populares de Saúde e a Nova Política Nacional de Atenção Básica, além de encontros setoriais, cursos pré-congresso e a apresentação de trabalhos científicos.

Entre as mesas-redondas de destaque está a **“LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros)”**, que buscará discutir o **“Direito de ter direitos”**. Os palestrantes abordarão a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, questões relacionadas à identidade de gênero e as especificidades na saúde da população LGBT.

Importante lembrar que o Cofen aprovou, no início deste ano, o uso do registro com o nome social, por meio da Resolução Cofen 537/2017. **“Acreditamos que o congresso será muito rico em conteúdo e proporcionará uma rica troca de experiências”**, afirma o coordenador científico do 20º CBCENF, Leocarlos Cartaxo.

Já o roteiro internacional do congresso inclui a **Conferência Latinoamericana e Caribenha de Enfermagem, a Reunião da Junta Diretiva do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE)** e o **Encontro Latinoamericano de Enfermagem em Saúde Mental**. A junta governativa do CIE também participa dos painéis **“Compromissos das organizações profissionais de saúde com as metas da ONU para o desenvolvimento sustentável”** e **“Práticas avançadas em enfermagem: desenvolvimento e marco legal no contexto internacional”**. **“A ampla participação do Conselho Internacional de Enfermagem expressa a consolidação do CBCENF e sua importância como evento internacional”**, avalia Leocarlos.

A edição 2017 do CBCENF deve bater o recorde de público do evento, com os lotes de inscrições prévias esgotados e mais 500 vagas para inscrição no local disponibilizadas.

Fonte: Cofen/cbcenf.cofen.gov.br

Eleições 2017 mobilizam Corens

Votações *on-line* ocorreram em todo o Brasil



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto | Arte: Revista Nursing

As eleições dos **Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs)**, realizadas em 1º de outubro pela internet, simultaneamente, em 26 unidades federativas do país, foram prorrogadas por 12 horas e tiveram as votações encerradas às 20h do dia 2. No Tocantins, onde, por decisão judicial, as eleições ocorreram no ano passado, não houve votação.

Segundo o **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**, a prorrogação foi motivada por uma instabilidade verificada no sistema de votação, causada pelo grande número de acessos à página votaenfermagem.org.br, e para garantir maior participação no pleito eleitoral. Antes da meia-noite, ainda no dia 2, os resultados já haviam sido divulgados. A apuração foi acompanhada por fiscais credenciados das chapas participantes, na sede do Cofen, e transmitida ao vivo pela internet, por meio da página institucional do Facebook. O link de acesso aos resultados das apurações de cada Coren está disponível *on-line*, no endereço www.cofen.gov.br/eleicoes. “Parabenizamos as chapas eleitas. Que a nova gestão contribua para fortalecer a Enfermagem brasileira, unindo os profissionais em defesa da nossa profissão e da Saúde coletiva”, declarou o presidente do Cofen, Manoel Neri.

Puderam votar todos os profissionais de enfermagem inscritos, adimplentes e com inscrição remida, em dia com suas anuidades até o dia 01/09/2017. Quem não votou deve justificar-se em até 30 dias após as eleições. A justificativa pode ser feita no mesmo site da votação, o votaenfermagem.org.br.

Fonte: Cofen/cofen.gov.br

Anvisa aprova diretrizes para a Política Nacional de Vigilância em Saúde

As propostas serão analisadas na Conferência Nacional de Vigilância em Saúde



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto | Arte: Revista Nursing

Aprovadas por unanimidade pela Diretoria Colegiada da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**, as diretrizes para a construção da **Política Nacional de Vigilância em Saúde** passarão, agora, pela deliberação dos delegados que participam, de 28 de novembro a 1º de dezembro, em Brasília, da **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS)**. No evento, que tem o objetivo de elaborar a Política Nacional de Vigilância em Saúde, serão avaliadas as seguintes propostas indicadas pela Anvisa:

*"1. Definição das responsabilidades gestoras das três esferas de governo, por meio de mecanismos de articulação, coordenação e execução das ações de vigilância sanitária, de maneira integrada e consoante aos princípios do SUS, visando à consolidação do SNVS;

2. Articulação entre as distintas vigilâncias que compõem o processo de trabalho de Vigilância em Saúde, com planejamento conjunto das ações prioritárias, baseado nos problemas de saúde e demais dados do território e incidindo nos instrumentos de planejamento de governo (PPA, LDO e LOA) e de planejamento em saúde (PS, PAS);

3. Organização de práticas e processos de trabalho para articulação das ações de vigilância e da assistência no reconhecimento dos territórios de saúde para o ordenamento de ações que dialoguem com as realidades locais;

4. Definição de conjunto mínimo de dados compartilhados das ações de Vigilância Sanitária de cada ente do SNVS e disponibilização de ferramentas de análise no nível nacional, de forma a garantir a unidade, a uniformização da informação e a coordenação do Sistema;

5. Formação de competências e desenvolvimento profissional, com inserção de conhecimentos das vigilâncias na graduação, pós-graduação e nos processos de educação permanente, com vistas à interdisciplinaridade de práticas;

6. Criação de novas fontes de receita para garantir o financiamento público do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a qualidade da Atenção à Saúde e das ações de Vigilância em Saúde;

7. Fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, sob responsabilidade pública, com garantia de financiamento para as ações de suporte à regulação realizadas com qualidade e segurança;

8. Criação de Instâncias Intersetoriais de Vigilância em Saúde de nos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional, de acordo com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e promoção do planejamento participativo em Vigilância em Saúde para envolvimento da sociedade civil organizada na definição de temas e ações prioritárias para atuação;

9. Ampliação da visibilidade do papel do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em especial da Anvisa, junto à sociedade, a partir da identificação das ações de proteção e promoção à saúde da população, mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde."

Fonte: Anvisa/portal.anvisa.gov.br

*SNVS — Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Modelo assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz é tema de livro

Obra revela o processo colaborativo de criação do modelo de assistência histórico da instituição

Referência no atendimento em saúde, o **Hospital Alemão Oswaldo Cruz**, que completou 120 anos recentemente, lançou em setembro último “**A Assistência como Essência da Trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz**”. Segundo a entidade, o objetivo do livro é disseminar conteúdo e servir de fonte e modelo para outras organizações e setores da Saúde.

O trabalho foi coordenado pela Superintendente Assistencial do hospital, **Fátima Silvana Furtado Gerolin**, e conta a trajetória de criação do Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Fátima explica que um modelo assistencial próprio foi construído de forma colaborativa, com a participação das diversas áreas envolvidas no cuidado. A instituição conseguiu sistematizar os diferenciais de abordagem ao paciente, trabalhando aspectos como a recuperação e a reinserção social, o diálogo com a família e o desenvolvimento de relações de confiança com os profissionais de Saúde, da internação ao pós-alta.

O padrão de atendimento do Oswaldo Cruz tem raízes históricas, influenciado pela atuação importante, a partir de 1929, de enfermeiras alemãs da Cruz Vermelha, que contribuíram para a evolução do hospital e de sua assistência como um todo. O alto desempenho da equipe assistencial motivou o estabelecimento de um modelo assistencial em que paciente e familiar estão no centro do cuidado, estimulando a formação de vínculos com os profissionais da Saúde, em consonância com as melhores práticas de humanização.

“Esta obra não é apenas um relato do nosso Modelo Assistencial, mas também um compromisso em influenciar positivamente o setor de saúde brasileiro, compartilhando conhecimento e tecnologia, além de ofertar recurso para que outros profissionais e instituições de saúde possam, a partir da leitura, rever os conceitos e a prática profissional da organização em que atuam”, comenta Fátima.

O livro pode ser comprado no *site* da Editora Atheneu (atheneu.com.br) e em livrarias *on-line* como Amazon, Saraiva, Livraria Cultura, Fnac, Livraria da Folha e Cia. dos Livros.

Foto capa: Julio Bittencourt



Foto: acervo do Hospital Alemão Oswaldo Cruz



A fachada do HAOC em 1924: modelo de assistência histórico é referência na Saúde

Fonte: Hospital Alemão Oswaldo Cruz

“A Assistência como Essência da Trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz”

Coordenadora: Fátima Silvana Furtado Gerolin

Editora: Atheneu • **Formato:** 14 x 21cm • **Número de páginas:** 256 • **Preço:** R\$57

Saúde perde com restrição à atuação da Enfermagem

Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Manoel Neri, critica ação do CFM que limita o trabalho de enfermeiras e enfermeiros, e aponta prejuízos para o SUS. Para o Cofen, corporativismo não pode estar acima da saúde coletiva

Por: Ana Cappellano | Fotos: Kazuo Okubo



Manoel Neri

Presidente do Cofen

“(...) A ação judicial atacou também a Consulta de Enfermagem, prevista na Lei 7.498/1986 como uma das atividades privativas do enfermeiro. Na prática, é uma tentativa de ressuscitar aspectos do Ato Médico já derrotados e demolir a visão multidisciplinar que alicerça o Sistema Único de Saúde”

No dia 27 de setembro, decisão liminar da Justiça Federal, proferida em processo movido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) contra a União, suspendeu parcialmente a Portaria nº 2.488 de 2011, que prevê no escopo de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros a realização de “Consulta de Enfermagem, procedimentos, atividades em grupo” e, “conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão”, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços de saúde.

A sentença refere-se especificamente à requisição de exames, para, segundo texto assinado pelo Juiz Fe-

deral Substituto da 20ª Vara/DF, Renato C. Borelli, evitar que sejam realizados diagnósticos sem orientação médica. A liminar foi considerada “uma importante vitória dos médicos brasileiros em defesa da exclusividade das atividades previstas na Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico)” pelo CFM, que está à frente da Comissão Jurídica de Defesa ao Ato Médico.

Em Nota de Esclarecimento à Sociedade divulgada no dia 11 de outubro, o CFM afirmou que a decisão “não compromete o funcionamento dos programas de Saúde Pública, no escopo da Política Nacional de Atenção Básica, pois não impede os enfermeiros de repetirem terapêuticas, bem como procedimentos e exames, que tenham sido solicitados, previamente, por médicos”, que a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saú-

de “abre espaço para a invasão das atribuições dos profissionais da medicina” e que, pela Lei nº 7.498/1986, “os graduados em Enfermagem não estão autorizados a executarem os procedimentos previstos na Portaria do Ministério da Saúde, devendo pautar sua conduta pelas orientações recebidas pelo médico assistente”. A

nota trata a norma como “uma tentativa de conselhos de classe e de gestores de alterarem competências de diferentes categorias por meio de resoluções ou portarias”.

O **Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)** rebate a argumentação do CFM e entende a ação como um caso de “corporativismo médico”, que restringe a atuação de enfermeiras e enfermeiros com vistas a uma “reserva de mercado”. O Sistema Cofen/Corens mobilizou-se para reverter a situação, articulando audiências públicas e promovendo atos públicos e manifestações de rua por todo o País. No dia 17 de outubro, a Advocacia Geral da União (AGU) protocolou um pedido de suspensão da liminar junto ao Tribunal Regional Federal e, em 18/10, o presidente do TRF1 derrubou a mesma até julgamento do mérito.

Em entrevista concedida à **Revista Nursing** por e-mail, o **presidente do Cofen, Manoel Neri**, explica os impactos negativos de uma restrição como esta no atendimento à população, fala da atuação, regulamentada, dos profissionais de enfermagem na Saúde Pública e da entrada do Conselho no processo, para impedir a limitação imposta pela liminar.

Revista Nursing: Quais são atualmente as atribuições regulamentadas das enfermeiras e dos enfermeiros no atendimento à população?

Manoel Neri: As atribuições desempenhadas pelos profissionais de enfermagem estão previstas na legislação que regulamenta a profissão. Em especial, as atividades do enfermeiro estão dispostas no Art. 11 da Lei 7.498/1986 e Art. 8º do Decreto 94.406/87. Em ambas, há atribuições que são privativas desse profissional, a exemplo de consulta e diagnóstico de enfermagem, cuidados de maior complexidade, coordenação, organização e direção dos serviços de enfermagem, supervisão de

técnicos e auxiliares de enfermagem e outras que são de sua competência no contexto da equipe de saúde, tais como prescrição de medicamentos previstos em programas de Saúde Pública e protocolos, realização de pré-natal e parto normal, participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis, participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde, dentre outras atividades. São diversas as atribuições previstas e consolidadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Os enfermeiros também atuam como profissionais liberais em várias áreas da atenção à saúde e áreas inovadoras como a de Enfermagem Forense.

“Os enfermeiros não estão entrando na seara da medicina, e nem queremos. No entanto, não aceitaremos o cerceamento da nossa atividade profissional, que é desempenhada de acordo com as prerrogativas legais da profissão”

Nursing: Como essas atribuições são desempenhadas? O que garante a eficácia desses atendimentos?

Neri: Os enfermeiros atuam em todos os contextos relacionados à saúde. O que garante a efetividade dessas ações é a qualidade da formação do profissional, bem como a integração e articulação das equipes multidisciplinares de saúde. As dire-

trizes curriculares nacionais que norteiam a graduação em Enfermagem preveem uma formação ampliada, com visão holística e integral, voltada para as necessidades dos clientes, bem como para o cumprimento dos princípios que norteiam o SUS. Dentre as profissões da área da Saúde, a enfermagem possui a formação mais generalista e integrada, sendo indispensável para o sucesso das estratégias de Saúde Pública no Brasil.

Nursing: Quais atribuições foram alvo da ação do CFM? Há quanto tempo elas fazem parte do escopo de atendimento de enfermagem no Brasil?

Neri: A ação judicial afetou a requisição de exames laboratoriais e complementares por enfermeiros na Atenção Básica, realidade consolidada há mais de 20 anos e regulamentada pela Resolução Cofen 195/97. Além deste aspecto, no qual o CFM obteve uma vitória temporária com a decisão liminar, a ação judicial atacou também a Consulta de Enfermagem, prevista na Lei 7.498/1986 como uma das atividades privativas do enfermeiro.

Na prática, é uma tentativa de ressuscitar aspectos do Ato Médico já derrotados e demolir a visão multidisciplinar que alicerça o Sistema Único de Saúde. A Estratégia de Saúde da Família, o atendimento pré-natal de baixo risco, programas de prevenção de controle de DST/Aids e acompanhamento de pacientes crônicos estão entre os mais afetados.

Nursing: Há outros sistemas de saúde, de outros países, nos quais as atribuições das/dos enfermeiras/-os sejam alvo de ação contrária, como está acontecendo no Brasil?

Neri: É consenso mundial que os múltiplos saberes, a visão integral, multi e interdisciplinar na área da Saúde é benéfica para os clientes em qualquer nível de assistência prestada. Há situações pontuais de diver-

gências, alguns conflitos, mas desconheço outro contexto internacional em que as atribuições dos enfermeiros sofram com ações contrárias desta magnitude, em âmbito judicial.

Nursing: Com qual justificativa o CFM moveu a ação?

Neri: O Conselho Federal de Medicina usou como justificativa para a ação o Decreto 50.387/61, que regulamentou a Lei 2.604/55, ou seja, legislação ultrapassada, substituída pela atual Lei do Exercício Profissional, que já tem mais de 30 anos e não é novidade para ninguém. Essa legislação de 1955 previa uma subordinação dos profissionais de enfermagem aos médicos. Também proibia que enfermeiros consultassem, fizessem diagnósticos e prescrevessem medicamentos em qualquer hipótese. No ordenamento jurídico atual, não há qualquer tipo de subordinação entre a profissão médica e a profissão de enfermagem. Mesmo a Lei 12.842/13, que regulamenta a medicina, não assegurou que estas atividades sejam privativas do médico, já que tais artigos foram vetados à época pela ex-presidente Dilma Rousseff.

Os pressupostos alegados pelo CFM na ação estão completamente fora de contexto. Ao que me parece, visa apenas reforçar o corporativismo médico em detrimento do direito da população brasileira de ter acesso a ações e serviços de saúde desempenhados por outros profissionais, dentro dos marcos regulatórios de suas respectivas profissões.

Nursing: Por que o COFEN é contrário a essa ação?

Neri: Somos contrários à ação porque a requisição de exames por enfermeiros, a prescrição de medicamentos em programas de Saúde Pública e a Consulta de Enfermagem são prerrogativas legais dos enfermeiros, conquistadas no contexto da Lei do Exercício Profissional. Não é



“Fala-se em corporativismo médico porque não há nenhuma justificativa científica, técnica ou legal minimamente plausível para esta ação judicial. E isto quem afirma não são apenas o Conselho Federal de Enfermagem e entidades ligadas à profissão”

possível, no mundo atual, um profissional, apenas, dar conta de resolver a complexidade da atenção à saúde. O trabalho em equipes multiprofissio-

nais e as práticas colaborativas, além de serem uma tendência nos países mais desenvolvidos do mundo, são necessários para dar mais resolutividade aos usuários do Sistema Único de Saúde, melhorando a cobertura e o acesso às ações e serviços de saúde. Os enfermeiros não estão entrando na seara da medicina, e nem queremos o cerceamento da nossa atividade profissional, que é desempenhada de acordo com as prerrogativas legais da profissão. A ação movida pelo CFM impõe restrições indevidas à atuação dos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, com graves prejuízos à Saúde e à população.

Nursing: Quais os impactos para o sistema de saúde (público e privado) de uma mudança como esta no atendimento prestado pelas enfermeiras e pelos enfermeiros à população?

Neri: A ação do CFM atacou especificamente o Sistema Único de Saúde, dificultando ou mesmo inviabilizando o acesso a exames essenciais e a um atendimento qualificado e

calçado
profissional
antiderrapante

completo de enfermagem. Os exames que foram temporariamente restritos aos pacientes do SUS podem ser realizados em laboratórios particulares mesmo sem qualquer prescrição de profissional de saúde.

A restrição imposta pela liminar prejudicou a efetividade do atendimento na Atenção Básica e, especialmente, no pré-natal, atrasando a própria confirmação da gravidez e dificultando o acesso a exames essenciais como VDRL, em meio à epidemia de sífilis, e ao exame preventivo de câncer do colo do útero, em pleno Outubro Rosa. O atendimento feito por enfermeiras e enfermeiros em programas de saúde que atendem diabéticos e hipertensos (“hiperdia”), tuberculose, hanseníase, DST/Aids, entre outros, também foi afetado. A Confederação Nacional dos Municípios alertou sobre o risco de colapso no atendimento dos Postos de Saúde. Os prejuízos à assistência foram apontados também pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Nursing: Como o COFEN procedeu diante da ação?

Neri: O Cofen atuou ativamente na esfera judicial, além de emitir notas técnicas, comunicados e articular as entidades que atuam na Atenção Básica, onde foram evidentes os prejuízos da suspensão da requisição de exames por enfermeiros. A 20ª Vara Federal Cível do Distrito Federal deferiu o pedido de ingresso do Cofen no processo judicial movido pelo CFM contra a União Federal e apresentamos pedido de reconsideração da liminar, negada pelo juiz. Como a ação foi contra a União Federal, a Advocacia Geral da União (AGU) protocolou em 17/10/2017 um pedido de suspensão da liminar junto ao Tribunal Regional Federal, diante da gravidade da situação e da grave lesão à Saúde Pública. No dia 18/10, o presidente do TRF1 derrubou a liminar até jul-

gamento do mérito. O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem articulou em vários estados audiências públicas nas casas legislativas, promovendo atos públicos e manifestações de rua em defesa do SUS e da atuação dos enfermeiros na Atenção Básica. Esta mobilização teve amplo apoio da população brasileira.

Nursing: Por que se fala em corporativismo médico?

Neri: Fala-se em corporativismo médico porque não há nenhuma justificativa científica, técnica ou legal minimamente plausível para esta ação judicial. E isto quem afirma não são apenas o Conselho Federal de Enfermagem e entidades ligadas à profissão. Além do próprio Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a ENSP/Fiocruz, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) já se manifestaram sobre os prejuízos assistenciais provocados por esta ação desarrazoada dos dirigentes do CFM.

Ao que parece, o CFM está muito preocupado em estabelecer uma reserva de mercado para a atuação dos médicos, postura que é incompatível com os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica.

Nursing: O Cofen acredita que a decisão do Presidente do TRF1 será mantida no mérito?

Neri: O Cofen está confiante que venceremos o mérito desta ação, já que os pressupostos legais para concessão da tutela antecipada basearam-se na antiga Lei do Exercício Profissional, que já foi superada. O Cofen atuará com firmeza em conjunto com a AGU para, no julgamento de mérito dessa ação, garantir o direito à saúde aos usuários do SUS. 🐣



Enfermagem Forense brasileira fortalecida

Criação da SOBEF dá mais visibilidade à área e busca expandir o campo de atuação de enfermeiras e enfermeiros forenses

Por: Ana Cappellano | Fotos: SOBEF



Diretoria e sócias e sócios-fundadores no evento que inaugurou oficialmente as atividades da SOBEF

O trabalho de profissionais de enfermagem no cuidado a pacientes vítimas de violência não é novidade e, desde 2011, quando a especialidade foi reconhecida pelo COFEN por meio da resolução 389, a atuação e o papel da enfermeira e do enfermeiro forenses vêm sendo debatidos no Brasil. Mas só recentemente, em 2017, as áreas de atuação desses profissionais foram regulamentadas no país, com a resolução 556. Foi também neste ano que a Enfermagem Forense nacional ganhou mais um reforço, a **SOBEF — Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense**.

Criada a partir do encontro, via internet, de enfermeiras e enfermeiros experientes na assistência a vítimas de violência, tanto no cuidado quanto na pesquisa, a SOBEF foi fundada oficial-

mente no dia 30 de janeiro, com a realização da primeira Assembleia para a sua constituição e a aprovação do seu estatuto. “Em 26/10/2016, inicialmente, a ideia foi vislumbrada por um colega de São Paulo, uma de Pernambuco e duas do Paraná que residem na Califórnia”, conta Juliana de Oliveira Musse Silva, 1ª Secretária da SOBEF. “Cada sócio-fundador foi escolhido cuidadosamente, pois buscávamos experiência, educação formal e diversidade, visto que a Enfermagem Forense está presente em todas as especialidades do cuidado”, completa, destacando que a Sociedade procurou reunir doutores, mestres e especialistas de diversas áreas que pautam sua prática profissional na ética, competência, compaixão e ciência.

Os dados alarmantes sobre a violência, o tráfico humano e uma “des-

sensibilização” sobre o tema motivaram a organização da Sociedade, que já realizou inúmeros eventos para mobilizar profissionais de saúde em torno do assunto e também para educar e alertar a população. O grande objetivo é colaborar na formulação de estratégias para a prevenção de todos os tipos de violência e para a atuação eficaz da enfermeira e do enfermeiro na detecção e no tratamento dos envolvidos nos casos de violência. “Por meio da pesquisa de campo, o grupo de fundadores pode afirmar que a violência, além de trazer consequências devastadoras na vida dos sobreviventes e perpetradores, tem um impacto na sociedade, bem como na economia”, afirma Juliana.

Enfermeiras e enfermeiros, estudantes, profissionais de pesquisa ou qualquer outro com interesse na área

“Temos também como meta aperfeiçoar o profissional enfermeiro que atua na Enfermagem Forense de maneira informal, que, embora não tenha titulação, possui uma experiência vasta”

– Rosângela de Mello



“Cada sócio-fundador foi escolhido cuidadosamente, pois buscávamos experiência, educação formal e diversidade”

– Juliana de Oliveira Musse Silva

de Enfermagem Forense podem associar-se à SOBEF por meio de inscrição *on-line*, na página sobef.com.br. Há benefícios como certificado de sócio/sócio, descontos exclusivos nos eventos e cursos promovidos pela Sociedade e seus parceiros, acesso a notícias atualizadas sobre a Enfermagem Forense no Brasil e no mundo, artigos e publicações exclusivas, opiniões de experts em várias subespecialidades da área e o direito de submeter artigos para publicação na revista da SOBEF (quando estiver ativa).

Eventos para educar e engajar

Como parte das primeiras atividades em prol da conscientização sobre a questão da violência e do engajamento de profissionais e da sociedade em geral nas causas que defende, a SOBEF promoveu, em março de 2017, o “Primeiro Seminário Internacional de Enfermagem Forense”, na Assembleia Legislativa de São Paulo (ALESP), abordando, em uma série de debates e palestras, a temática da violência em todas as idades e gêneros. O evento, gratuito, contou com a presença de representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben Nacional) e de Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren SP e Pernambuco), e fez parte

da programação de pré-lançamento da Sociedade.

Em Curitiba/PR, a SOBEF realizou, também gratuitamente, as palestras “A Enfermagem Forense e a violência contra a mulher”, na UFPR (Universidade Federal do Paraná), para docentes e discentes do curso de Enfermagem e profissionais de Direito, Medicina e Enfermagem do campo de trabalho, e, no mês de março, “As diversas nuances da violência”, ministrada a 250 estudantes do Colégio Estadual Santa Cândida. A iniciativa teve grande impacto social, com a continuidade do

processo de conscientização sobre a violência e a mobilização de alunos voluntários para reproduzir a mesma atividade supervisionada aos alunos mais jovens.

A Sociedade ainda esteve no “I Congresso Internacional de Enfermagem”, na Universidade Tiradentes, que aconteceu em maio, na cidade de Aracaju/SE, com a palestra “Enfermagem Forense: novas possibilidades para o cuidar” e a participação em um minicurso sobre preservação de vestígios forenses no atendimento a vítimas de violência sexual.



A SOBEF promoveu o “1º Seminário Internacional de Enfermagem Forense”. Na mesa de abertura, marcaram presença (da esquerda para a direita) as presidentes do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Fabíola Braga de Campos, e de Pernambuco, Marcleide Cavalcanti; a atual presidente da SOBEF, Carmela Lília Espósito de Alencar; a deputada Clélia Gomes; a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Rosa Godoy, e a diretora do Centro de Desenvolvimento de Práticas Profissionais da Aben, Ana Lygia Melaragno



O I Simpósio Brasileiro de Enfermagem Forense da SOBEF, presidido por Davydson Gouveia, membro da Diretoria Executiva da organização, foi realizado no dia 6/10, em Campina Grande/PB

Em outubro, foi a vez do “I Simpósio Brasileiro de Enfermagem Forense”, em Campina Grande, na Paraíba, e, de 15 a 17 de novembro, a SOBEF estará no “2º Congresso de Urgência e Emergência de Sergipe”, em Aracaju. Para 2018, a Sociedade revela que está organizando o “I Congresso Internacional de Enfermagem Forense”.

Além da agenda de eventos, há um projeto de extensão, em parceria com a Universidade Tiradentes, voltado à educação em saúde, desenvolvido no estado de Sergipe, nas escolas e populações quilombolas, e com planos de expansão para todos os estados.

O futuro

Ampliar o campo de atuação das enfermeiras e dos enfermeiros forenses no país, principalmente na área de perícia, garantir a participação de tais especialistas na cadeia de custódia de preservação de vestígios, expandir os cursos de especialização que atendam aos padrões de qualidade necessários para a atuação profissional e, ainda, participar da elaboração de políticas, leis e outras estratégias de combate à violência são desafios que a SOBEF tem pela frente.

“Entre os objetivos principais, estão o foco na prevenção da violência, a capacitação de enfermeiros para identificação e tratamento de sobreviventes e perpetradores e, obviamente, a implantação da especialidade no Brasil, baseada nos pilares da SOBEF, que são: ciência, competência, ética e compaixão. Temos também

como meta aperfeiçoar o profissional enfermeiro que atua na Enfermagem Forense de maneira informal, que, embora não tenha titulação, possui uma experiência vasta”, acrescenta Rosângela de Mello, sócia-fundadora e membro da Diretoria e do Conselho Fiscal da SOBEF.

Segundo a SOBEF, a resolução 556 já representa um grande avanço para a consolidação da Enfermagem Forense no Brasil, onde a atividade, desempenhada há anos por um grande número de enfermeiras e enfermeiros, não era tratada oficialmente com a designação da especialidade. A expectativa, agora, é de crescimento, com a con-



Membros da SOBEF, Aloísio Olímpio, Karen Beatriz Silva, Maria José dos Reis e Rita de Cássia Silva falaram para 250 jovens entre 13 e 18 anos do Colégio Estadual Santa Cândida, em Curitiba/PR. A palestra “As diversas nuances da violência” abordou os diferentes tipos de violência que podem ocorrer na vida pessoal, familiar e profissional

quista de diversas áreas de atuação, como na perícia, no sistema prisional e nos serviços de saúde. 🐦

Quem está à frente da SOBEF

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Carmela Lilia Espósito de Alencar

Vice-presidente: Maria José dos Reis

1ª Secretária: Juliana de Oliveira Musse Silva

2ª Secretária: Janaína Nunes Santos de Araújo

1º Tesoureiro: Aloísio Olímpio

2º Tesoureiro: Donato José Medeiros

CONSELHO GESTOR DE ADMINISTRAÇÃO

Conselheira Fiscal Titular: Aline Beatriz Moreira Gullo

1º Conselheiro Fiscal Suplente: Davydson Gouveia Santos

2ª Conselheira Fiscal Suplente: Rosângela de Mello

3ª Conselheira Fiscal Suplente: Ana Cristina Fernandes Silva

Conselheiro Consultivo Titular: Marcelo Chanes

1ª Conselheira Consultiva Suplente: Débora Cataldo

2º Conselheiro Consultivo Suplente: Rafael Braga Esteves

3º Conselheiro Consultivo Suplente: Marcel Willian Lobato

Grau de dependência dos pacientes de um hospital pediátrico em relação à assistência de enfermagem

RESUMO | OBJETIVO: classificar o grau de dependência de pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, segundo o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos. MÉTODOS: Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital pediátrico de ensino na cidade de Natal-RN. A população foi composta por crianças que estiveram internadas na enfermaria no período de 29 de abril a 29 de julho, a amostra se deu por conveniência, constituída por 139 crianças, foi aplicado o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos e um formulário específico. Os dados foram tabulados no programa de computador Microsoft Excel. RESULTADOS: a maioria das crianças era do sexo feminino (54,68%); escolares (35,97%) cujas principais causas de internação foram: afecções respiratórias, geniturinárias e gastrointestinais (16,3% cada), a maior parte foi classificada como cuidados mínimos (62,58%), com quantitativo de pessoal da enfermagem insuficiente para assisti-los. CONCLUSÃO: acredita-se que com a finalização do estudo é revelada a possibilidade de aplicação dos sistemas de classificação como uma ferramenta importante para a prática do enfermeiro no tocante ao reconhecimento do perfil das crianças e sua dependência da equipe de enfermagem, favorecendo uma segurança no planejamento de suas ações.

Palavras-chaves: Enfermagem Pediátrica; Assistência de Enfermagem; Classificação.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To classify the degree of dependency of patients in relation to nursing care, according to the Classification Instrument Pediatric Patients. METHODS: A descriptive, exploratory study with a quantitative approach, developed in a pediatric teaching hospital in Natal-RN. The population was composed of children who were admitted to the ward in the period from April 29 to July 29, the sample was made for convenience; the sample was made for convenience, consisting of 139 children, we applied Classification Instrument Pediatric Patients and a specific form. Data were tabulated in Microsoft Excel computer program. RESULTS: Most of the children were female (54.68%), students (35.97%) whose main causes of admission included respiratory, genitourinary and gastrointestinal disorders (16.3% each), most were classified as minimal care (62.58%), with the insufficient number of staff to assist them nursing. CONCLUSION: It is hoped to stimulate reflection about the relevance and reliability of classification systems and the need for their employability in nursing practice, especially in pediatrics.

Keywords: Pediatric Nursing; Nursing Care; Classification.

RESUMEN | OBJETIVO: describir el grado de dependencia de los pacientes en relación con la asistencia, según la clasificación de pacientes pediátricos. MÉTODOS: estudio descriptivo, exploratorio, con un enfoque cuantitativo, desarrollado en un hospital de la ciudad de Natal-RN. La población estuvo conformada por niños que han sido institucionalizados en la enfermería durante el período del 29 de abril al 29 de julio, la muestra dio por conveniencia, que consta de 139 niños, se aplicó a la clasificación de pacientes pediátricos y de forma específica. Los datos se tabularon en el programa informático Microsoft Excel. RESULTADOS: la mayoría de niños era mujer (54.68%); la escuela (35.97%) cuyas principales causas de hospitalización fueron: trastornos respiratorios, genitourinarios y gastrointestinales (16,3%), la mayoría fueron clasificada como atención mínima (62.58%), con número de personal de enfermería para ayudarles. CONCLUSIÓN: se cree que con la realización del estudio se reveló la posibilidad de aplicación de sistemas de clasificación como una herramienta importante en la práctica de enfermería en relación con el reconocimiento del perfil de los niños y su dependencia en el equipo de enfermería, favoreciendo una seguridad en la planificación de sus acciones.

Palabras claves: Enfermería pediátrica; Atención de enfermería; Clasificación.

Francis Solange Vieira Tourinho

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Isabelle Cristina Braga Coutinho Cunha

Enfermeira. Maternidade Leide Moraes.

Larissa Soares Mariz

Enfermeira. Mestre. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Priscilla Delfino de Medeiros

Enfermeira. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde: Saúde da Criança. Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Stephanie Barbosa de Medeiros

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Tatiana Maria Nóbrega Elias

Enfermeira. Mestre. Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Recebido em: 01/09/2016

Aprovado em: 21/10/2017

Introdução

As necessidades de cuidado da criança, frente ao adoecimento e hospitalização da mesma, devem ser valorizadas tanto no que diz respeito à recuperação da saúde quanto na manutenção do seu desenvolvimento, o qual não pode ser interrompido durante uma enfermidade.¹

A equipe de enfermagem deve atuar ampliando sua percepção e conhecimento acerca da assistência prestada aos pacientes pediátricos, visto que é uma especialidade que demanda atenção específica e singular e requer uma maneira especial para cativar a criança e tornar sua hospitalização o menos traumática possível.² Essa equipe é responsável por prestar cuidado direto e contínuo e pela orientação dos pais sobre os cuidados com a infante, além de assumir a gerência da unidade de internação e controle do ambiente.³

Destarte, ressalta-se que o conhecimento do perfil assistencial dos pacientes pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades dos clientes, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos⁵, principalmente na área de pediatria, na qual enfermagem encontra bastante dificuldade para fundamentar seu dimensionamento de pessoal.⁶

Diante dessa necessidade, atualmente alguns profissionais estão desenvolvendo métodos práticos, eficientes e rápidos de obterem resultados relacionados à melhoria da assistência e ao dimensionamento de pessoal de enfermagem.⁷ Dentre eles, a classificação de pacientes como meio para promover auxílio no desenvolvimento do processo de enfermagem sistemático, sobretudo por ser ordenador e direcionador do trabalho.⁸

Por aplicar instrumentos específicos validados, a classificação de pacientes pediátricos, pode viabilizar um caminho efetivo para equilibrar as questões de demanda, oferta e qualida-

de da assistência em unidades de internação pediátrica,¹ proporcionando, assim, uma nova cultura e tornando a assistência aos pacientes mais segura.⁹ Neste contexto, o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) tem como características a simplicidade e a objetividade na aplica-

“(...) A insuficiência de recursos para investimentos e melhorias, o frágil acolhimento dos usuários e (...) a falta de eficácia e efetividade, somados à ausência de identificação do perfil assistencial das unidades de internação (...), podem favorecer decisões gerenciais pouco fundamentadas cientificamente”

ção. O seu uso pode ser adotado como ferramenta no gerenciamento de recursos humanos e materiais para garantir ou melhorar a qualidade da assistência de enfermagem pediátrica.¹ Com esse intuito, a classificação de pacientes pediátricos é citada como ferramenta que surge para auxiliar na identificação da

demanda de cuidados para a enfermagem, podendo viabilizar um caminho efetivo para equilibrar as questões de demanda, oferta e qualidade em unidades de internação pediátrica.¹ Uma vez que a insuficiência de recursos para investimentos e melhorias, o frágil acolhimento dos usuários e, principalmente a falta de eficácia e efetividade, somadas à ausência de identificação do perfil assistencial das unidades de internação na maioria dos hospitais, podem favorecer decisões gerenciais pouco fundamentadas cientificamente.

Frente a essa conjuntura, a categorização do perfil assistencial do hospital pediátrico de ensino, com o auxílio do ICPP, instrumento já validado, torna-se de extrema relevância para a enfermagem e para a sociedade que usufrui dos seus serviços. Principalmente por se tratar de uma tarefa sem custos elevados e que trará inúmeros benefícios para a prática assistencial da enfermagem como ferramenta gerenciadora, auxiliando na execução das atividades de sua responsabilidade.

Salienta-se, ainda, que caracterizar os pacientes dentre as categorias de cuidado específico, com aplicação do ICPP, favorece uma oferta de carga de trabalho individualizada dentro das necessidades específicas de cada cliente, valorizando suas necessidades humanas básicas, conforme prega Wanda Aguiar Horta.¹⁰

O estudo teve como objetivo classificar o grau de dependência de pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, segundo o ICPP.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital pediátrico de ensino localizado na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. Foi realizado nas enfermarias da referida instituição que dispõe de 41 leitos, dos quais apenas 29 habilitados (representando 70% da capacidade total).

Tabela 1

Grupo	N	%
Sexo (N = 139)		
Masculino	63	45,32%
Feminino	76	54,68%
Faixa etária (N = 139)		
RN (0 a 28 dias)	7	5,04%
Lactente (1 mês a 11m29d)	36	25,90%
Infante (1 a 3 anos)	15	10,79%
Pré-escolar (3 a 5 anos)	15	10,79%
Escolar (6 a 12 anos)	50	35,97%
Adolescente (13 a 18 anos)	16	11,51%

A população do estudo foi composta por todas as crianças portadoras de enfermidades variadas, de ambos os sexos, que estiveram hospitalizadas no período da coleta de dados, que se deu entre 29 de abril a 29 de julho de 2013. Adotou-se os seguintes critérios de elegibilidade: crianças internadas na enfermaria clínica da instituição com admissão e alta hospitalar no período da coleta de dados, e as que tiveram permanência hospitalar igual ou superior a quatro dias; todas com autorização assinada pelos responsáveis.

Foram excluídas crianças atendidas no setor ambulatorial e enfermaria cirúrgica e aquelas que o responsável solicitou saída do estudo. Salienta-se que cada

criança foi contabilizada uma única vez no estudo, mesmo com sucessivas internações no período de coleta. Portanto, a amostra totalizou um número de 139 crianças, selecionadas por conveniência.

Os indicadores avaliados foram: atividade, intervalo de aferição de controles, oxigenação, terapêutica medicamentosa, alimentação e hidratação, eliminações, higiene corporal, integridade cutâneo-mucosa, mobilidade e deambulação, rede de apoio e suporte e participação do acompanhante.¹

A finalidade e os objetivos da pesquisa foram explicados ao responsável pela criança e após o consentimento do mesmo e sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), procedeu-se a coleta dos dados.

Para classificação dos pacientes pediátricos foi utilizado como instrumento de coleta de dados o ICPP e um formulário específico para registro de dados referentes à caracterização dos pacientes. Sendo assim, foram avaliados o nível de dependência em relação ao cuidado de enfermagem, idade, sexo, tempo de internação, tipo de enfermidade e o dimensionamento equipe de enfermagem.

O ICPP é composto por onze indicadores, conforme anexo A, de demanda de enfermagem. A cada indicador foram atribuídas quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico, de 01 a 04 pontos, de maneira que, 01 ponto representa uma menor demanda de enfermagem e 04 pontos representa a maior demanda de enfermagem. Para a determinação do escore final, a amplitude foi dividida em cinco intervalos, onde cada intervalo representa uma categoria de cuidado: cuidados mínimos (11 a 17 pontos), intermediários (18 a 24 pontos), alta dependência (25 a 31 pontos), semi-intensivos (32 a 37 pontos) e intensivos (38 a 44 pontos).

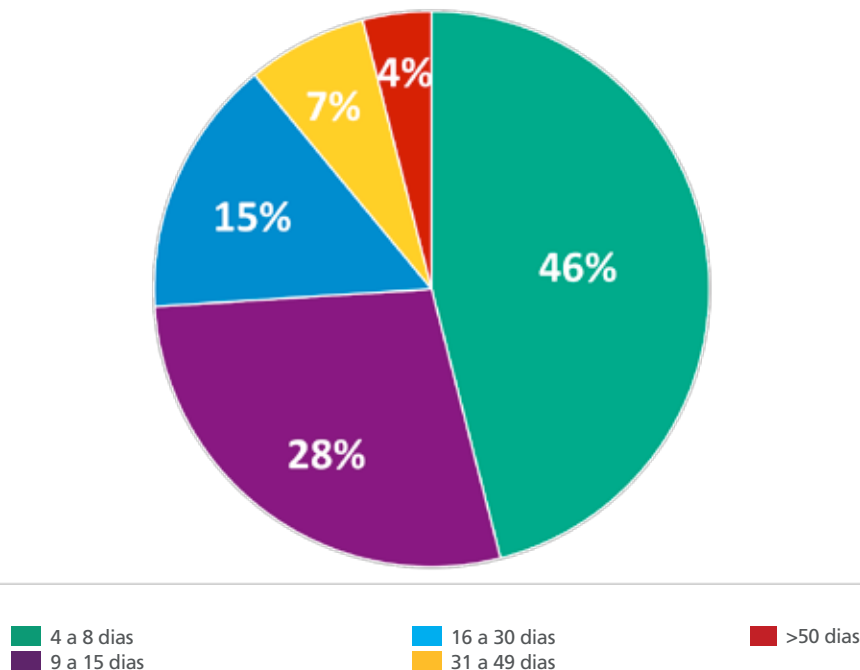
Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel® e analisados por meio da estatística descritiva simples, apresentados em forma de tabelas e figuras.

Seguiu-se os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.¹¹ O projeto foi apreciado pela Comissão de Ética em pesquisa do Hospital

Tabela 2. Caracterização dos pacientes pediátricos internados, segundo variáveis: sexo e faixa etária. Natal/RN, Brasil, 2013.

Categoria	Quadro Atual	Necessidade Para 100%	Diferença	Necessidade Para 70%	Diferença
Enfermeiros	9	20	11	13.3	4.3
Téc. de Enfermagem	23	36.5	13.5	26.1	3.1
Total	32	56.5	24.5	39.4	7.4

Figura 1. Distribuição dos dias de internação dos pacientes pediátricos. Natal/RN, Brasil, 2013.



Pediátrico (HOSPED) e do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com número de protocolo 414.597, CAAE: 15596813.0.0000.5292.

Resultados

Os pacientes pediátricos foram inicialmente caracterizados demograficamente quanto à idade e sexo (Tabela 1), e clinicamente quanto ao tempo de internação (Figura 1) e ao tipo de enfermidade (Figura 2).

De acordo com as características demográficas dos pacientes, verificou-se que das 139 crianças internadas, a maioria era do sexo feminino (54,68%). Quanto à faixa etária, predominou os escolares (6 a 12 anos) com 35,97%, seguidos dos lactentes (25,89%) e a média de idade foi 5,83 anos.

Em relação ao tempo de internação hospitalar (Figura 1), a maioria

apresentou tempo de internação hospitalar entre 4 e 8 dias (46,04%), seguidos de 39 pacientes com 9 a 15 dias (28,05%) de hospitalização. O grupo com maior tempo de permanência hospitalar (mais de 50 dias) apresentou menor porcentagem do total dos internos, equivalendo a 06 pacientes. A média do tempo de internação hospitalar apresentada pelos participantes do estudo foi de 13,2 dias.

No que diz respeito ao tipo de enfermidade, as doenças do sistema respiratório, gastrointestinais e geniturinárias foram as que predominaram com 16,3% em cada, seguidas das doenças do sistema neurológico (11,2%) e das doenças infectocontagiosas (9,9%), conforme exposto na Figura 2. É válido informar que as doenças foram somadas, quando uma criança apresentava mais de uma, sendo todas contabilizadas.

Quanto à classificação das crianças internadas, em relação ao grau de dependência dos cuidados de enfermagem, constatou-se que 87 delas requeriam cuidados mínimos (62,58%), seguidas de 48 em cuidados intermediários (34,5%) e 4 em cuidados de alta dependência (2,87%). Não sendo verificada nenhuma criança em cuidados semi-intensivos e intensivos.

Conforme exposto na Tabela 2 e baseando-se na Resolução nº 293 (COFEN, 2004), o número de funcionários da equipe de enfermagem para atender a 70% da capacidade do hospital, apresentou-se insuficiente.

Discussão

Na perspectiva de evidenciarmos as possibilidades de aplicabilidade dos sistemas de classificação de pacientes, neste estudo, especificamente, os instrumentos de classificação de pacien-

tes pediátricos, apresentaremos discussões acerca dos resultados obtidos na amostra estudada.

O sistema de classificação de pacientes propõe avaliar o estado físico e emocional das crianças admitidas, além de estimar o grau de dependência da enfermagem, o que é importante para o bom planejamento da assistência.

O estudo evidenciou que a maior parte dos pacientes admitidos era escolares, crianças de 6 a 12 anos, compatível com a média de idade encontrada para este estudo (5,83 anos). Contudo, isso diverge de estudos realizados^{8,12} recentemente que indicam que a maior parte das crianças admitidas são do grupo dos lactentes (01 mês a 11 meses e 29 dias), sendo esse o segundo maior grupo admitido na instituição pesquisada.

Constatou-se que um maior número das crianças hospitalizadas era do sexo feminino. Divergindo de estudos que apresentaram como resultado a predominância do sexo masculino relacionando com fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos com uma maior

prevalência nas internações infantis.^{8,13} Muito embora, nosso estudo tenha sido compatível, encontrando a média de idade 5,83 anos.

Neste estudo, a maioria das crianças teve período de internação de até

15 dias, podendo-se inferir que a maioria dos problemas de saúde tratados na instituição pesquisada tem possível resolatividade em até 15 dias. O tempo médio de internação encontrado foi 13,2 dias, corroborando com a literatura, tendo em vista que a média de internação hospitalar de outro estudo realizado em hospital pediátrico de ensino foi de 15,3 dias.

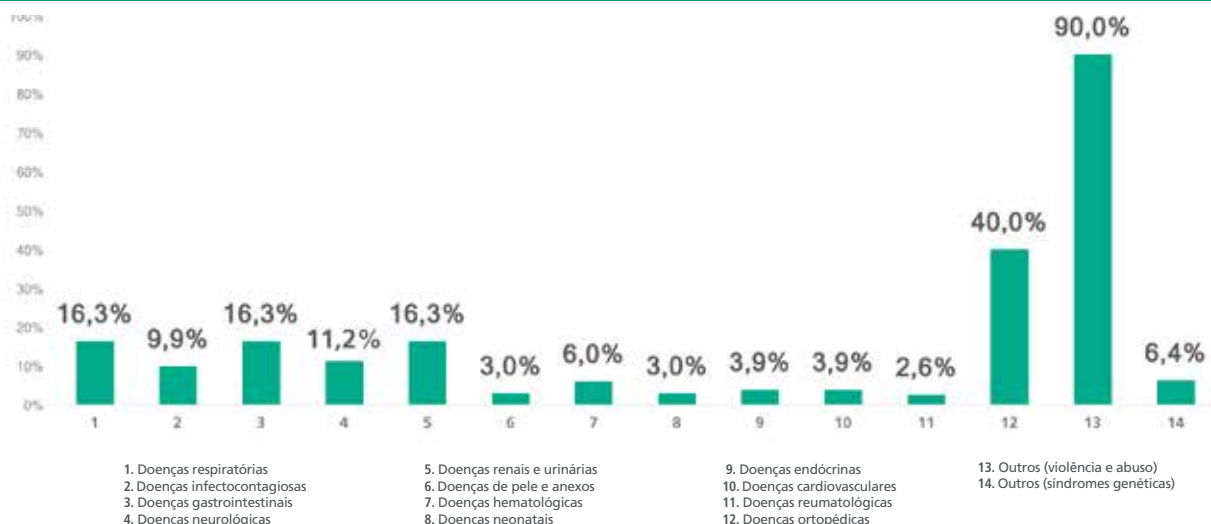
Quanto ao tipo de enfermidade, observou-se que as doenças respiratórias prevaleceram como também em outro estudo⁵, juntamente com as doenças gastrointestinais e geniturinárias. Esse dado chama atenção para as doenças hepáticas/biliares na primeira e para síndrome nefrótica e infecções no trato urinário na segunda, fato, esse, presente em outro estudo⁸.

O segundo maior grupo de doenças que aparece com 11,2% dos casos são as neurológicas, o que pode ser justificado devido ao fato do hospital pesquisado ser o único da rede pública do estado que faz atendimento ambulatorial e internações dessa especialidade da pediatria.

Constatou-se também que as doenças infectocontagiosas, tais como co-

“(...) A maioria das crianças teve período de internação de até 15 dias, podendo-se inferir que a maioria dos problemas de saúde tratados na instituição pesquisada tem possível resolatividade em até 15 dias. O tempo médio de internação encontrado foi 13,2 dias, corroborando com a literatura”

Figura 2. Distribuição dos pacientes internados conforme tipo de enfermidade. Natal/RN, Brasil, 2013.



queluche, leishmaniose, esquistossomose, hepatites, dengue, H1N1, dentre outras, constituíram o terceiro maior grupo de diagnósticos dos participantes do estudo.

Em se tratando da classificação dos pacientes, o ICPP é composto por 11 indicadores de demanda de enfermagem, aos quais são atribuídos situações de dependência graduadas de forma crescente quanto à demanda de enfermagem.

Verificou-se que a maioria dos participantes do estudo se enquadrou nos cuidados mínimos (62,58%), seguido de cuidados intermediários (34,5%) o que reforça que o hospital onde se realizou o estudo encontra-se na linha da média complexidade por não possuir leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Na literatura, observou-se que a maioria dos hospitais que apresentam cuidados semi-intensivos e intensivos são de alta complexidade com UTI.⁵

Outro ponto importante levantado pela literatura é o pressuposto de que o acompanhante também seria responsável pelos cuidados do paciente internado.⁶ Cabe ressaltar que a literatura concorda quanto à realização de cuidados pelos familiares, uma vez que estes podem executar muitos dos cuidados à criança, desde que queiram e se sintam hábeis. No entanto, durante todo o período de internação, espera-se que os cuidados com o paciente sejam de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem.⁶

Levando em consideração o quadro de funcionários da equipe de enfermagem do hospital pediátrico em estudo, infere-se que este atuava com um quantitativo inferior à real necessidade da instituição. Mesmo com 09 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem, esse número é considerado insuficiente, não se devendo esquecer que para 100% da capacidade o quadro de funcionários da equipe de enfermagem estaria bastante defasado, conforme exposto na Tabela 2. Quando calculadas as horas de acordo com a Resolução

nº 293 de 2004 (COFEN, 2004), na qual devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por Cliente, nas 24 horas: 3,8 horas na assistência aos cuidados mínimos; 5,6 horas na assistência aos

“O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes permitiu caracterizá-los demográfica e clinicamente, além de auxiliar a contabilizar o real número de funcionários para assistir a clientela conforme suas especificidades, criando subsídios para planejar e implementar um programa assistencial”

cuidados intermediários; 9,4 horas na assistência semi-intensiva; 17,9 horas na assistência intensiva.¹⁴

Conclusão

Diante deste contexto e baseando-se no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

Federais — REHUF¹⁵, que tem como algumas de suas diretrizes a melhoria dos processos de gestão e a reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais e a adequação da estrutura física, espera-se que esta pesquisa possa erguer a problemática aqui evidenciada a fim de que ocorram melhorias na assistência aos pacientes pediátricos admitidos na instituição pesquisada.

A importância de reestruturação e categorização dos cuidados em pediatria reside no fato destas auxiliarem o desenvolvimento de novos estudos que possibilitam estimar o tempo gasto pela equipe de enfermagem no atendimento das necessidades dos pacientes pediátricos, subsidiando a tomada de decisões acerca da adequação do quadro de pessoal, tanto nos aspectos quantitativos, quanto nos qualitativos.⁶

Salienta-se que ainda há muitos enfermeiros que empregam o grau de complexidade assistencial do paciente como critério de dimensionamento. Entretanto, a complexidade não é avaliada de forma objetiva, ou seja, por meio da utilização de instrumentos de classificação de pacientes, ocorrendo de forma mais subjetiva, mediada pelo julgamento clínico do enfermeiro. Em estudo encontrado sobre carga de trabalho, aconselha-se uma combinação de meios objetivos e subjetivos para determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem.¹⁶

O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes permitiu caracterizá-los demográfica e clinicamente, além de auxiliar a contabilizar o real número de funcionários para assistir a clientela conforme suas especificidades, criando subsídios para planejar e implementar um programa assistencial.

Na prática cotidiana da enfermagem, principalmente em pediatria, espera-se, ainda, estimular a reflexão acerca da importância e seriedade dos sistemas de classificação e da necessidade da sua empregabilidade. 🍀

Referências

- Dini AP. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de instrumento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.
- Oler FG, Vieira MRR. O Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. Arq. Ciênc Saúde [periódico online]. 2006 [acesso em: 12 out. 2013]; 13(4): 192-7. Disponível em: [http://www.cienciasdasauade.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20188%20-%202013.pdf](http://www.cienciasdasauade.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20188%20-%202013.pdf).
- Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. Acta Paul Enferm [periódico online]. 2005 [acesso em: 12 out. 2013]; 18(4): 382-389. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a06v18n4.pdf>.
- Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. Acta Paul Enferm [periódico online]. 2005 [acesso em 12 out. 2013]; 18(1): 9-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a02v18n1.pdf>.
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgart P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Periódico online]. 2005 [acesso em 12 out. 2013]; 13(1): 72-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>.
- Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDO, Guirardello EB. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. Rev Esc Enferm USP [Periódico online]. 2011 [acesso em: 12 out. 2013]; 45(3): 575-580. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a04.pdf>.
- Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Periódico online]. 2000 [acesso em 12 out. 2013]; 8(2): 74-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12421.pdf>.
- Gouveia MTO, Mendes MCD, Luz YPO, Silva GRF. Classificação de pacientes pediátricos em um Hospital de ensino de Teresina. Rev. Rene [periódico online]. 2010 [acesso 12 out 2013]; 11(Número Especial): 160-168. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao-especial/a18v11esp_n4.pdf.
- Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: Análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico online]. 2008 [acesso em: 12 out. 2013]; 16(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf.
- Horta WA. Processo de Enfermagem. 1 ed. São Paulo: E.P.U.; 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). 2012 [acesso em: 07 out. 2013]; p.59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Salgado RMP, Aguero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. Peedriatria (São Paulo) [periódico online]. 2010 [acesso em: 22 set. 2013]; 32(2): 90-7. Disponível em: <http://www.pediatriasao Paulo.usp.br/upload/pdf/1338.pdf>.
- Wong DL. Fundamentos de Enfermagem pediátrica. 8 Eed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- Conselho Regional de Enfermagem [Página na internet]. São Paulo: Conselho Federal de Enfermagem; [acesso 08 set. 2013]. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. 2010 [acesso em: 20 nov. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm.
- Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Arq Ciênc Saúde [Periódico online]. 2007 [acesso em: 12 out. 2013]; 14(1): 8-12. Disponível em: http://www.cienciasdasauade.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/id215.pdf.

ANEXO A. Instrumento de Classificação de pacientes pediátricos

1) Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc

01 ponto	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
02 pontos	Sonolento
03 pontos	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
04 pontos	Inconsciente ou sedado ou coma vigíl

2) Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico

01 ponto	6/6 horas
02 pontos	4/4 horas
03 pontos	2/2 horas
04 pontos	Intervalo menor que 2 horas

3) Oxigenação: Capacidade da criança ou adolescente de manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais

01 ponto	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
02 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instalação de soro
03 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
04 pontos	Ventilação mecânica (Não-invasiva ou Invasiva)

4) Terapêutica medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente de receber medicações prescritas		
01 ponto	Não necessita de medicamentos	
02 pontos	Necessidade de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral	
03 pontos	Necessidade de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)	
04 pontos	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos	
5) Integridade cutâneo-mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa		
01 ponto	Pele íntegra sem alteração da cor em toda a área corpórea	
02 pontos	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte	
03 pontos	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte	
04 pontos	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte	
6) Alimentação e hidratação: Capacidade da criança ou adolescente de ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral		
01 ponto	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo	
02 pontos	Via oral com auxílio e paciente colaborativo	
03 pontos	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)	
04 pontos	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração	
7) Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente de apresentar eliminações urinária e intestinal sozinho e/ou necessidade de uso de sondas		
01 ponto	Vaso sanitário sem auxílio	
02 pontos	Vaso sanitário com auxílio	
03 pontos	Fraldas (necessidade de um profissional para troca) ou sonda vesical de demora	
04 pontos	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para troca)	
8) Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente de realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para higiene corporal		
01 ponto	Banho de aspersão sem auxílio	
02 pontos	Banho de aspersão com auxílio	
03 pontos	Banho de imersão ou banho em cadeira	
04 pontos	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para realização de qualquer banho	
9) Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais		
01 ponto	Deambulação sem auxílio	
02 pontos	Repouso no leito, mobiliza-se sem auxílio	
03 pontos	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio	
04 pontos	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito	
10) Participação do acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente		
01 ponto	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las	
02 pontos	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico	
03 pontos	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças	
04 pontos	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico ou desacompanhado	
11) Rede de apoio e suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital		
01 ponto	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo	
02 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia	
03 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia	
04 pontos	Desacompanhado	
Pontuação		
11-17 pontos	Cuidados mínimos	
18-23 pontos	Cuidados intermediários	
24-37 pontos	Alta dependência/ Cuidados semi-intensivos	
38-44 pontos	Cuidados intensivos	

O papel da enfermagem na atenção básica para minimizar os agravos das crises hipertensivas nos serviços de urgência e emergência

RESUMO | Objetivou-se analisar as produções científicas acerca do papel da enfermagem para minimizar os agravos das crises hipertensivas da urgência e emergência. Por meio de revisão bibliográfica foram identificados 3048 artigos, dos quais selecionamos 22 artigos, considerando os critérios: artigos completos; publicados no período entre 2001 a 2015; disponíveis nos idiomas português e espanhol; indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Todo o material foi analisado por meio da técnica Estudo Exploratório, foi elaborada uma tabela com as propostas do papel da enfermagem no atendimento ao hipertenso na atenção básica, sugeridas pelo Ministério da Saúde, como medidas preventivas aos agravos das crises hipertensivas nos serviços de emergência. Concluiu-se que há falta de melhor conduta da enfermagem junto à equipe e ao paciente no nível primário da Saúde, incluindo boas orientações, uma consulta de qualidade pautada nos cadernos do Ministério da Saúde e capacitações, o que contribuiria para a prevenção das crises hipertensivas e seu agravo, culminando na adesão dos clientes ao tratamento da hipertensão.

Palavras-chaves: hipertensão; Enfermagem em Saúde Comunitária; emergências.

ABSTRACT | Among cardiovascular diseases, Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a disease with a high incidence in the population worldwide. The Family Health Strategy has been consolidating to be the main gateway to the single System. Among the many attributions that nurses dedicate themselves to basic care, one of them is aimed at minimizing the demand and aggravations of patients with hypertensive crisis at emergency service. The research aimed to analyze publications related to the role of nursing on minimizing the injuries of hypertensive crisis at the urgency and the emergency. Through a bibliographic review were identified 3048 articles, of which 21 articles were selected, considering the criteria: completed articles; publication between 2001 and 2015; available in portuguese and spanish; indexed in the databases of the Virtual Health Library. All the material was analyzed using the exploratory study technique. A table was prepared containing the proposals of the role of nursing on the support to hypertensive patient in basic care, suggested by the health Ministry, as preventive measures to combat crisis in emergency services. It has been concluded that there is a lack of proper conduct of the nursing with the team and with the patient at the primary health level, including appropriate guidelines, a quality consultation based on the ordinances of health Ministry and skills. This would contribute to the prevention of hypertensive crisis and their aggravations, culminating in the adherence of the clients to the treatment of hypertension.

Keywords: hypertension; Community Health Nursing; emergencies.

RESUMEN | Entre las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es una enfermedad con elevada incidencia en la población en todo el mundo. La Estrategia Salud de la Familia se viene consolidando para ser la principal puerta de entrada del Sistema Único de Salud. Entre tantas atribuciones que tiene el enfermero en la atención básica, una de ellas está orientada a minimizar la demanda y los agravios de las crisis hipertensivas de los pacientes en los servicios de emergencia. Se ensayó analizar las producciones científicas a cerca del papel del la enfermeira para minimizar los agravios de las crisis hipertensivas en la urgencia y la emergencia. A través de la revisión bibliográfica se identificaron 3048 artículos, de los cuales seleccionamos 22, considerando los criterios: artículos completos; publicados en el período comprendido entre 2001 y 2015, disponibles em los idiomas español y portugués. Se elaboró una tabla con las propuestas del papel de la enfermería en el atendido al paciente hipertenso en la atención básica, sugeridas por el Ministerio de Salud como medidas preventivas a los que se refiere el presente reglamento. Agravios de las crisis hipertensiva en los servicios de emergencia. Se concluyó que hay una falta de mejor conducta de la enfermería junto a la computadora y al paciente a nivel primário de salud, incluyendo buenas orientaciones, una consulta de calidad pautada em los cuadernos del Ministerio de la Salud y capacitaciones, que se corresponden para una prevención de las crisis hipertensivas y su agravo, culminando en la pasión de los clientes al tratamiento de la hipertensión.

Palabras claves: hipertensión; Enfermería en Salud Comunitária; emergencias.

Annellyne Ferreira França

Jéssika Rayanne Batista Rocha

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Bruna Teles dos Santos Motta

Maria Udijáira Fernandes de Medeiros

Recebido em: 10/06/2017

Aprovado em: 21/10/2017

Introdução

Entre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença com elevada incidência na população em todo mundo. Uma das complicações desta patologia crônica nos serviços de emergência é a crise hipertensiva que pode causar agravos e atingir órgãos importantes¹.

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, correspondendo a 31,3 milhões de pessoas. Em relação às características sociodemográficas, pode-se observar uma maior proporção de mulheres que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (24,2%), quando comparada aos homens (18,3%). A proporção de pessoas com este diagnóstico tem aumentado com a idade: em pessoas de 18 a 29 anos, a proporção é de apenas 2,8%, enquanto as pessoas de 30 a 59 anos apresentam 17,8 pontos percentuais maiores. Do total de 60 e 64 anos, 44,4% são diagnosticadas com hipertensão; a proporção é de 52,7% entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais².

Corroborando com estes dados, pode-se inserir que a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de organização da Atenção Primária (AP), vem se consolidando para ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Starfield³ comenta que existe um consenso de que a maior parte dos problemas de saúde que acomete a população pode e deve ser resolvida no nível primário de atenção.

O estudo objetiva analisar publicações relacionadas ao papel dos enfermeiros na atenção básica para minimizar a demanda e os agravos das crises hipertensivas dos pacientes dos serviços de emergência. Em virtude da relevância de conhecer as ações dos enfermeiros no cotidiano de seu trabalho (nos ser-

viços de atenção primária) em prol de melhorar a atuação de enfermagem no atendimento ao hipertenso, as quais repercutirão nos serviços de emergência, questiona-se: como se mostram os resultados de estudos publicados em periódicos nacionais sobre a função dos enfermeiros que atuam na ESF para mi-

“(...) Identificou-se que o papel do enfermeiro é fundamental para reprimir a demanda destes pacientes nos serviços de emergência com crises hipertensivas. Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem (...)”

nimizar os agravos da crise hipertensiva nos serviços de emergência?

Dentre os programas que compõem a ESF, encontra-se o Hiperdia, o qual acompanha pacientes hipertensos e diabéticos. Nesse programa, a enfermagem realiza a verificação dos sinais vitais seguida pela consulta com o enfer-

meiro ou o médico, na qual se realiza o trabalho primordial de prevenção dos agravos destas patologias, principalmente da hipertensão.

Por meio da revisão de literatura identificou-se que o papel do enfermeiro é fundamental para reprimir a demanda destes pacientes nos serviços de emergência com crises hipertensivas. Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade⁴.

Metodologia

A metodologia utilizada foi do tipo revisão de literatura, coletando-se dados por meio de buscas *on-line* em bases de dados nacionais no período de maio de 2016 a julho de 2016 nos bancos dados e BVS (biblioteca virtual em saúde) incluindo LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). O presente estudo propicia discussões sobre determinado tema a partir de uma associação de artigos publicados.

Para construção dessa revisão foram realizadas cinco etapas:

- 1) definição da temática abordada e pontos específicos para a construção do artigo;
- 2) selecionados pontos para exclusão e inclusão de artigos para pesquisa;
- 3) Busca de artigos para construção do texto;
- 4) Análise crítica dos artigos selecionados;
- 5) Construção e exposição dos dados encontrados.

Utilizamos os seguintes critérios para escolha dos artigos: idioma português e espanhol, texto completo com acesso *on-line*, relacionados à temática “O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA PARA MINIMIZAR OS AGRAVOS DAS

Tabela 1. Condutas terapêuticas no controle imediato da Pressão Arterial

Tipo de Crise	Apresentações Clínicas	Tratamento
Emergência Hipertensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatia hipertensiva. • AVE. • Hemorragia subaracnóide. • Dissecção aguda da aorta. • Hipertensão maligna acelerada. • Crise adrenérgica do feocromocitoma. • Abuso de cocaína. • Rebote por suspensão de anti-hipertensivos. • Eclâmpsia. • Pós-operatório de cirurgia de grande porte. • Pré-operatório de cirurgia de emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Início imediato. • Preferência por drogas hipotensoras endovenosas passíveis de titulação rápida dos níveis pressóricos.
Urgência Hipertensiva	Elevação da pressão arterial em portadores de patologias de risco como angina estável, cardiomiopatia dilatada e insuficiência renal.	Início imediato, possibilidade de uso de drogas por via oral, controle pressórico em até 24h.
Pseudocrise Hipertensiva	A elevação pressórica não está relacionada ao risco de morte e desenvolvimento de disfunção de órgão-alvo.	Tratamento dos sintomas que levaram o paciente à emergência.

Fonte: Ferreira, Jazbik, Brandão⁷

CRISES HIPERTENSIVAS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”. Foram encontrados 3048 artigos com a palavra-chave “Hipertensão”, 1754 artigos com a palavra “Enfermagem Comunitária” e 3104 com a palavra “Emergências”. Foram selecionados 22 artigos para o estudo por seguirem os critérios expostos pelo grupo.

Finalizada a leitura do material selecionado, os resultados foram agrupados na Tabela 2 com auxílio do programa da Microsoft Word e distribuídos em duas propostas: uma com ações da enfermagem e a outra com a Consulta de Enfermagem.

Resultados e discussões

A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão⁵ afirma que a emergência hipertensiva

(EH) caracteriza-se por elevação abrupta e severa da pressão arterial associada à lesão de órgão alvo (LOA), que pode incluir acometimento de vários órgãos. É preciso, portanto, classificar a crise hipertensiva em duas situações distintas: emergência hipertensiva em que encontramos lesão aguda, em andamento em órgão-alvo, e urgências hipertensivas com uma necessidade de controle urgente da PA que pode ser realizado em até 24 horas com uso de droga por via oral.⁶

Para melhor tratamento, faz-se necessário o controle imediato da PA, em minutos a horas, para preservar a função de órgãos vitais, preferindo-se o manuseio com drogas parenterais em unidade de tratamento intensivo (Tabela1).

A decisão terapêutica deve-se basear no valor da pressão arterial, bem como a presença de lesões órgão-alvo e/ou doenças cardiovasculares existentes. O tratamento consiste em medidas farmacológicas com uso de fármacos anti-hipertensivos, associados ou não a diuréticos, com a finalidade de proteger órgãos-alvo, prevenir doenças cardiovasculares e preservar a função renal. Somado a isso, também se utilizam das medidas não farmacológicas, combinando intervenções dietéticas e atividade física⁸.

Segundo o Ministério da Saúde⁹, o tratamento medicamentoso é indicado para pessoas que tenham alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos

Quadro 2. Descrição das ações e Consulta de Enfermagem

Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva:

- Facilitar o acesso;
- Orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- Estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos);
- Manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Rename, que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular;
- Encorajar modificações no estilo de vida;
- Encaminhar ao médico clínico ou especialista para prescrever formulações favorecendo a longa ação;
- Tentar nova abordagem em terapias sem sucesso;
- Prognosticar para o paciente os efeitos adversos e, para minimizá-los, encaminhá-lo ao médico para ajustar a terapia;

Etapas da Consulta de Enfermagem com pacientes hipertensos:

Histórico

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades.

Exame físico

- Avaliação antropométrica.
- Pressão arterial.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Alterações de visão.
- Pele (integridade, turgor e manchas).
- Cavidade oral (queixas, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Membros superiores e inferiores: edema, lesões.

Diagnóstico das necessidades de cuidado

Planejamento da assistência

O ponto mais importante no tratamento da HAS é o processo de educação em saúde e o vínculo com a equipe. Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:
 1. A doença.
 2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis. Percepção de presença de complicações.
 4. Os medicamentos em uso.
 5. Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local.

- Encaminhar ao médico e aos outros profissionais, se necessário.

Implementação da assistência

- Deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Avaliação do processo de cuidado

- Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento⁹.

Fonte: dados da pesquisa

no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) associado à mudança do estilo de vida. O tratamento deve ser iniciado com o consentimento do paciente, no que ele deverá aderir à medicação para sua rotina diária.

Nos serviços de urgência e emergência, os medicamentos mais utilizados são o nitroprussiato de sódio em infusão endovenosa contínua lenta; a nitroglicerina endovenosa utilizada em pacientes com angina associada e ainda a furosemida endovenosa nos pacientes congestos¹⁰.

O atendimento visa a reduzir a pressão criticamente elevada para um nível seguro do ponto de vista hemodinâmico. O ideal é reduzir a PA com o mínimo de efeitos colaterais, preservando-se as funções renal, cerebral e cardíaca¹¹.

Para um adequado auxílio, pode ser utilizado o processo de enfermagem, com cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, imple-

mentação e avaliação da assistência. Esse processo é planejado para alcançar as necessidades específicas do paciente. Ademais, possui um enfoque holístico, ajuda a assegurar que intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não para a doença e acelera os diagnósticos e tratamento dos problemas de saúde, reduzindo a incidência e duração da hospitalização¹¹.

Torna-se necessária uma capacitação permanente da equipe de enfermagem a fim de qualificar as consultas realizadas, abordando os fatores de risco, tratamento utilizado e as formas de tratamento não farmacológicas a serem adotadas pelos pacientes¹².

A HAS prevalece no Brasil com variação entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos⁸.

Diante destes dados, percebe-se a necessidade do trabalho da enferma-

gem na atenção básica para minimizar a demanda dos pacientes com crise hipertensiva na urgência e emergência.

De acordo com o Ministério da Saúde⁹, são recomendadas tais ações a fim de evitar complicações, por meio de um trabalho qualitativo que levará a uma melhor adesão ao tratamento.

Conclusão

Diante dos estudos descritos acima, conclui-se que, se houvesse uma boa atuação da enfermagem junto à equipe e ao paciente no nível primário da saúde – incluindo boas orientações, uma consulta de qualidade pautada nos cadernos do Ministério da Saúde (Quadro 1) e capacitações —, isso contribuiria para uma prevenção das crises hipertensivas e seu agravamento, culminando na adesão dos clientes ao tratamento da hipertensão. Desse modo, a necessidade de internações e os consequentes aumentos de custos hospitalares diminuiriam. 🐦

Referências

1. Braz AO. Atendimento às crises hipertensivas nos serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro- Escola de enfermagem Anna Nery, 2011.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 10 de abr. de 2017]. Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002. p. 726.
4. Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril 1993: dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília; 1993.
5. Sociedade Brasileira De Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo: v 95; n 1; 2010; p. 1-51.
6. Silva MAM, Oliveira F, Souza CA, Barbosa CF, Santos, ACS, Rivera IR. Crise hipertensiva, pseudocrise hipertensiva e elevação sintomática da pressão arterial. Rev Bras Cardiol; 2013. [Acesso em: 10 de abr. de 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-704447>.
7. Ferreira RF, Jazbik C, Brandão A. Emergências hipertensivas. Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto; 2009. [acesso em: 01 de abr. de 2017].
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. (falta o titulo de onde vocês tiraram a publicação da SBC). [acesso em: 22 de abr. de 2017].
9. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de atenção básica n 37. Departamento de atenção básica; Brasília: 2013. [Acesso em: 23 abr. 2017] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.
10. Pedrosa ERP, Oliveira RG. Blackbook clínica médica. 2ª ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2008.
11. Araujo JC, Guimarães, AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev. Saúde Pública; 2007. [Acesso em: 02 abr. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300007>.
12. Braz AO. Atendimento as crises hipertensivas nos serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro. Esc. De Enfer. Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

Vivência de acompanhantes e enfermeiros no cuidado de pacientes críticos

RESUMO | Este trabalho tem como objetivo conhecer a vivência de acompanhantes e enfermeiros no processo de cuidar de pacientes críticos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que se desenvolveu em um hospital do interior do Ceará, na Unidade de Cuidados Semi-Intensivos, com coleta de dados nos meses de outubro e novembro de 2016, com 25 acompanhantes de pacientes e 4 enfermeiros. Os resultados estão divididos em 3 subtópicos, os quais abordam: a importância do acompanhante e as atividades desenvolvidas, os desafios e as potencialidades vivenciadas e o olhar mútuo entre acompanhante e enfermeiro. É relevante se estimular e apresentar condições para que um familiar/acompanhante permaneça junto ao paciente durante sua hospitalização, já que se concluiu a importância da atuação do acompanhante como forma de propiciar ao paciente bem-estar, facilitando sua terapêutica.

Palavras-chaves: atenção terciária à saúde; cuidados críticos; acompanhantes de pacientes.

ABSTRACT | This study aims to know the experience of companions and nurses in the process of caring for critical patients. This is an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, that was developed in a hospital in the interior of Ceará, in the Unit of Semi-Intensive Care, with data collection in October and November of 2016, with 25 patient followers and 4 nurses. The results are divided into 3 subtopics, which address: the importance of the companion and the activities developed, the challenges and potentialities experienced and the mutual gaze between companion and nurse. It is important to stimulate and present conditions so

that a family member / companion remains with the patient during his / her hospitalization, since the importance of the companion's performance as a way of providing the patient's well-being was concluded, facilitating his / her therapeutics.

Keywords: tertiary health care; critical care; accompanying patients.

RESUMEN | Este trabajo tiene como objetivo conocer la experiencia de los cuidadores e de los enfermeros en la atención de pacientes en estado crítico. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo, que fue desarrollado en un hospital en el interior de Ceará, en la unidad de cuidados semi-intensivo, con la recogida de datos en los meses de octubre y noviembre de 2016, con 25 pacientes que acompañan y 4 enfermeras. Los resultados se dividieron en tres sub-temas, que abordan: la importancia de la compañía y las actividades, los desafíos y el potencial y la mirada mutua entre experimentado compañero y enfermera. Es importante estimular y condiciones actuales para una familia / compañero para permanecer con el paciente durante la hospitalización, ya que se concluyó la importancia de las operaciones de pasajeros como una forma de proporcionar el bienestar del paciente, facilitando la terapia.

Palabras claves: atención terciaria; cuidados críticos; pacientes de escolta.

Abigail de Paulo Andrade

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Possui Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Sobral.

Helton Silva Arcanjo

Enfermeiro. Pós-graduando em Saúde Pública com Ênfase na Família pela Faculdade KURIOS.

Tamires Alexandre Felix

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Gestão dos Serviços de Urgência e Emergência e Terapia Intensiva.

Diego Afonso Cardoso M. de Sousa

Enfermeiro. Coordenador Geral de Enfermagem do Hospital Regional Norte (HRN). Especialista em Urgência e Emergência na Rede SUS e em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Signorelli.

Kauanny Gomes Gonçalves

Enfermeira. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Rafael Aguiar Dias

Enfermeiro. Atuante no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Recebido em: 16/08/2017

Aprovado em: 20/10/2017

Introdução

A inclusão da família/ acompanhante no processo de cuidado do paciente depende não só da forma como a instituição concebe ações de acompanhamento para a família, depende também da maneira como o serviço de saúde integra a família dentro da organização dos processos de trabalho e de como equipe e família se relacionam no acompanhamento e cuidado ao paciente internado¹.

Considerando que a família possui laços estreitos de convívio com o doente, reconhece-se que esta fornece à equipe de enfermagem informações importantes para a realização de um cuidado individualizado e integral².

Desse modo, a maneira como a equipe de enfermagem percebe a presença do familiar/accompanhante pode determinar sua postura nessa convivência, garantindo a qualidade do cuidado³.

Destaca-se que as equipes de saúde ainda não conseguiram fortalecer a ideia de que a família/ acompanhante possui demandas e necessidades específicas no contexto hospitalar, e que, na maioria das vezes, fica desamparada, sem um suporte adequado, sem entender políticas, rotinas e procedimentos do hospital, que parecem lógicos e racionais para a equipe⁴.

O setor de urgência e emergência é a porta de entrada dos hospitais e um importante componente da assistência à saúde, destinado a promover serviços médicos com caráter de emergência e urgência, visando prolongar a vida ou prevenir consequências críticas. Reconhecido como um setor crítico em relação à promoção da qualidade no atendimento, caracteriza-se por superlotação, falta de recursos materiais e humanos, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da Saúde⁵.

Diante disso, surge a relevância em desenvolver pesquisas que se aprofundem na atuação dos acompanhantes, pois foi mostrado que a presença dos familiares vai além de uma companhia para o paciente, mas também é um auxílio da terapêutica do mesmo, a partir do empoderamento sobre métodos de tratar e a correspon-

bilização deste pelo estado saúde-doença da pessoa internada.

Os resultados dessa pesquisa poderão auxiliar a instituição, os gestores e os profissionais da assistência na construção de estratégias que minimizem conflitos e dificuldades vivenciadas pelos acompanhantes no setor da emergência, visando oferecer um ambiente mais acolhedor para o mesmo, tendo reflexos no melhor cuidado ao doente hospitalizado.

O objetivo desse estudo é conhecer a vivência de acompanhantes no processo de cuidar de pacientes críticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com de abordagem qualitativa. O estudo se desenvolveu em um hospital do interior do Ceará, na Unidade de Cuidados Semi-Intensivos. Ocorreu entre os meses de janeiro e dezembro de 2016.

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros que atuaram na assistência aos pacientes do bloco Semi-Intensiva do hospital já citado, e excluídos os enfermeiros que trabalharam no setor há menos de 4 meses, que não estavam trabalhando no período da coleta de dados ou não aceitaram participar da pesquisa.

Quanto aos acompanhantes dos pacientes, foram incluídos na pesquisa um acompanhante por paciente internado no período de coleta, sendo excluídos aqueles que estavam no primeiro dia de acompanhamento, e que não aceitaram participar da pesquisa.

A pesquisa teve como público-alvo 4 enfermeiros e 25 acompanhantes de pacientes, totalizando 29 participantes.

Para a coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada, uma destinada aos acompanhantes e outra direcionada aos enfermeiros.

As informações foram analisadas conforme análise temática de Minayo⁶.

Todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, conforme recomendações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes sobre a

pesquisa envolvendo seres humanos. Também foi usado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes da pesquisa.

A pesquisa apresentou riscos mínimos para os participantes, oferecendo um ambiente calmo e acolhedor para a realização da mesma, respeitando as emoções e decisão de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o mesmo, e garantindo o sigilo das informações.

A pesquisa teve parecer favorável pela Comissão Científica da Santa Casa de Misericórdia Sobral e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob número 1.692.054.

Resultados e discussões

Ser acompanhante: importância e atividades desenvolvidas

Os acompanhantes consideraram sua presença como indispensável e de grande importância, sendo justificado por vários motivos, tais quais: acompanha evolução do paciente, oferecer apoio emocional ao doente, providenciar soluções para que nada falte à sua assistência, e auxiliar a equipe nos cuidados prestados.

"(...) ele é uma pessoa muito carente, ele precisa de atenção, carinho, precisa da gente conversando com ele (...) É muito importante ter acompanhante." [A6]

O adoecer humano constitui por si só um evento de intensa ansiedade e insegurança, gerando, algumas vezes, inclusive alterações comportamentais significativas. Quando a hospitalização é acrescida a essa situação, pode manifestar os sentimentos até então não manifestos, pois essa traz consigo o afastamento do meio ambiente natural do indivíduo, bem como família, amigos, trabalho, hábitos e rotinas. O cotidiano do indivíduo fica completamente modificado em todos os níveis, tanto de necessidades básicas, gregárias até de autoestima e autoimagem⁷. Frente a essa situação em que se encontram os pacientes, acredita-se que a figura do acompanhante pode manter o elo entre indivíduo enfermo hospitalizado e seu

cotidiano, dando suporte necessário para o equilíbrio emocional do paciente.

O acompanhante pode ser útil diante de qualquer alteração ou dúvida no quadro do paciente. Defende-se também o preparo do mesmo para dar suporte ao paciente após alta hospitalar.

As principais atividades realizadas pelos acompanhantes no hospital eram de auxílio à equipe de enfermagem, que tinham por objetivo atender às necessidades humanas básicas do paciente internado, como, por exemplo, ofertar água, alimentar, auxiliar nas ações de higiene e ajudar na realização da mudança de decúbito.

"(...) precisa ficar acompanhando o caso com os médicos. Ajudo no banho, dou a comida e água, converso com ele, faço massagens." [A10]

O acompanhante, geralmente, permanece para ajudar o paciente, cuidando para que ele supere as dificuldades e deficiências que apresenta, e procurando atender os gostos, as preferências e as vontades do mesmo, objetivando conforto, tranquilidade e descanso¹.

A permanência do acompanhante na instituição: desafios e potencialidades vivenciadas

As alterações percebidas pelos acompanhantes em seu cotidiano obtiveram destaque quando os mesmos foram questionados sobre as dificuldades. Alterações na vida diária, tais como ter que abandonar a casa, interromper as atividades domésticas e deixar de dar atenção aos filhos foram as mais citadas, como também o abandono do trabalho, que trouxe complicações mais sérias por comprometer o orçamento doméstico.

"Mudou nas finanças. Eu deixei tudo pra cuidar dela. Eu deixei meu trabalho." [A5].

"A distância da família, né?! Sinto saudade dos meus filhos." [A6].

Durante a hospitalização, pode haver um desequilíbrio dinâmico que decorre tanto das necessidades internas, como da redistribuição de papéis e reorganização emocional, e também de pressões que o ambiente externo faz, como quebra de rotina e aspectos financeiros⁷.

Como dificuldades, também foram citados pelos acompanhantes o desgaste físico e a sobrecarga, relacionados, principalmente, à falta de infraestrutura da instituição para oferecer-lhes melhores condições para acompanhar o paciente internado.

"Na hora de dormir é péssimo, este aí é uma coisa que o hospital tinha que ter pros acompanhantes. Eu durmo em cima das cadeiras ou no chão." [A9]

Evidenciou-se na pesquisa que a maioria dos acompanhantes residem em cidades circunvizinhas à cidade sede do hospital e passam, em média, 5 dias seguidos com seu paciente para depois revezarem com outro familiar. O fator econômico tem grande influência sobre esse achado, pois mesmo sendo o ambiente hospitalar hostil, que não oferece acomodações adequadas, os sujeitos não têm condições financeiras de acentuar o revezamento.

Como facilidades, foram citadas as refeições oferecidas pelo hospital aos acompanhantes.

Observou-se, também, que os acompanhantes adotam estratégias de enfrentamento. O fato de permanecerem juntos por um determinado tempo e estarem enfrentando as mesmas dificuldades impostas pela doença e hospitalização do seu familiar acaba por despertar nesses acompanhantes um sentimento de pertença em que se reconhecem como grupo e passam a adquirir comportamentos, sentimentos e percepções que estão relacionados ao aprendizado de grupo, fortalecendo-se, assim, laços de solidariedade e ajuda mútua, para enfrentar as adversidades no hospital⁸.

"(...) a gente faz amizade. Porque sozinho a gente não consegue, e o grupo todo consegue. Você acaba criando aquele vínculo familiar." [A25]

A fé também é um recurso bastante utilizado entre os acompanhantes para enfrentamento dos problemas decorrentes da situação, tanto para o seu próprio equilíbrio e bem-estar quanto em relação ao tratamento do paciente.

A religiosidade é apontada como uma forma de encontro consigo mesmo, buscando na força divina coragem, esperança

e confiança no tratamento e na recuperação da saúde do familiar doente. A prática religiosa propicia ao paciente e sua família um modo de buscar um sentido para a situação vivenciada⁹.

O olhar mútuo entre enfermeiro e acompanhante

Os enfermeiros relataram bom relacionamento com os acompanhantes, enfatizando a necessidade de uma boa convivência, já que estes são de grande relevância dentro do setor e para o auxílio na recuperação do doente. De acordo com a Política Nacional de Humanização – PHN¹⁰, a equipe deve importar-se com o vínculo de atenção aos usuários e familiares e garantir seus direitos, além de disponibilizar horário para atendimento à família e/ou à sua rede social. Concomitante à PHN, as diretrizes do Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar – PNHAH¹¹ apontam para a criação de um sistema de apoio psicológico e social tanto para usuários, quanto para seus familiares, assim como de orientação e acompanhamento.

"São de grande importância, auxiliando no cuidado do paciente e na atuação do exercício da enfermagem como se fossem parte da equipe. Ajudam e são vigilantes nos momentos em que não estamos próximos do paciente." [E2].

"Em sua maioria não sabem a real importância em acompanhar, porém, a equipe que presta assistência tem como função orientar tal importância da permanência deste no setor" [E4].

Os profissionais acreditam que os acompanhantes trazem mais benefícios do que malefícios para o paciente, mas que, para isso, precisam ser bem orientados quanto ao seu papel. Porém, quando questionados sobre a orientação dos acompanhantes, os enfermeiros afirmam que estes não possuem conhecimento do ambiente hospitalar e trazem a responsabilidade das orientações para a própria equipe de enfermagem.

Quando analisada a visão dos acompanhantes sobre os enfermeiros, as respostas foram divididas entre um bom relacionamento, onde se atribuiu a boa evolução do

paciente ao profissional e foi citada a criação de vínculo de amizade e um relacionamento difícil, mas que não apresenta muitos conflitos. Os acompanhantes referem que os profissionais possuem um alto nível de estresse e são sobrecarregados.

"Se meu pai tá bem e eu tô conseguindo superar tá aqui dentro, é por causa da ajuda dele. Posso dizer que é meu amigo" [A19].

Durante a hospitalização, a família passa a conviver com a equipe de saúde, submetendo-se às normas e rotinas do hospital. Esta interação pode tornar-se fonte de conflitos, tendo em vista as distintas formas de cuidar e o estresse gerado pela doença e institucionalização. É indispensável que a equipe de enfermagem tenha conhecimento da necessidade de apoio que o paciente requer durante a hospitalização, assim como do processo de sofrimento ao qual sua família vivencia nessa situação².

Os mesmos relataram não receber dos profissionais nenhum tipo de orientação, seja relativa à rotina do setor, sobre seus direitos e deveres ou como eles podem prestar auxílio ao seu paciente. Relatam que as orientações são adquiridas através dos outros acompanhantes.

"Eu não recebi nenhuma orientação. A gente só vê o enfermeiro aqui quando ele vem resolver algum abacaxi" [A5].

"A gente tem (orientações) pelas pessoas que já 'tão' aqui há mais tempo, a gente se junta e uma vai ajudando 'umas a outra'" [A8].

É importante evidenciar que durante as entrevistas percebeu-se que os acompanhantes não souberam distinguir os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, referindo-se a todos como enfermeiros.

Considerações finais

Os resultados mostraram que os acompanhantes são majoritariamente familiares dos pacientes, com predominância de mulheres, com boa escolaridade, em idades economicamente produtivas, empregadas e responsáveis pelo sustento da família.

Os mesmos consideram-se importantes no acompanhamento do seu familiar e relatam realizarem atividades que têm por objetivo atender às necessidades humanas básicas do paciente.

Foram vistos como dificuldades o fato do abandono do lar, interrupção das atividades domésticas, deixar de dar atenção aos filhos, o abandono do trabalho, desgaste físico e a sobrecarga. Foram relacionados como facilidades a alimentação ofertada pelo hospital, o vínculo de amizade criado entre os acompanhantes e a religiosidade.

Há um bom relacionamento entre enfermeiros e acompanhantes, sendo a boa convivência considerada indispensável. Os acompanhantes afirmam a necessidade de uma melhor acolhida pelos profissionais, quando devem ser ofertadas maiores orientações.

Sugere-se a criação de grupos semanais que sejam conduzidos em uma visão multiprofissional e/ou a criação de uma cartilha instrutiva que aborde assuntos úteis para o período de acompanhamento na instituição hospitalar.

Conclui-se com o entendimento da importância da atuação do acompanhante como forma de propiciar ao paciente bem-estar a partir de suporte emocional e cuidados prestados, além de possibilitar sensação de proteção diante das situações geradas pela hospitalização, facilitando sua terapêutica. Diante disso, é indispensável que a equipe de enfermagem tenha conhecimento da necessidade de apoio que o paciente requer durante a hospitalização, assim como do processo de sofrimento o qual a família do mesmo vivencia nessa situação, circunstâncias que reforçam a relevância de se estimular e apresentar condições para que um familiar/accompanhante permaneça junto ao paciente durante sua hospitalização. 🐦

Referências

1. Peres GM, Lopes AMP. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicologia hospitalar*. 2012;10 (1): 17- 41, jan.
2. Sousa LD, Gomes GC, Santos CP dos. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/accompanhante no hospital. *Rev Enferm da UERJ*. 2009;17(3):394-9.
3. Rodrigues PF, Amador DD, Silva K de L, Reichert AP da S, Collet N. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):781-7.
4. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. 2009;17(1):86-90.
5. Pai DD, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm [Internet]*. 2008;16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. 2014;14.
7. Sanches ICP; Couto IRR; Abrahao AL; Andrade M. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(1):67-76.
8. Zimermam GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2012.
9. Silva L, Moreno V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a *Cienc Cuid Saúde*. 2014 maio/ago; 3(2): 161-68.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. 2001.
12. Rodrigues E de N, Oliveira ER de C, Julião AM de S, Sousa AM de. Assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção do acompanhante. *Rev Interdiscip*. 2014;7(4):39-49.

Educação em saúde promovendo a alimentação saudável: um relato de experiência

RESUMO | O objetivo do estudo foi contribuir para o conhecimento de crianças quanto a uma alimentação adequada. Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, no qual utilizou-se atividades educacionais no âmbito escolar, através de um relato de experiência. A pesquisa foi realizada pelos alunos do Projeto de Extensão Brincastelo do curso de Enfermagem, em uma Escola Municipal do Rio de Janeiro, com escolares na faixa etária entre 7 e 8 anos, um total de 27 participantes, aprovada pelo Comitê de ética do Hospital Federal de Bonsucesso, com o número 1.717.381. A apresentação da palestra sobre orientação saudável foi feita em 3 (três) fases distintas: a primeira etapa sendo apresentação do conteúdo de alimentação saudável, segunda etapa consistindo em atividade de interação com as crianças e a terceira etapa em avaliação da atividade. Acredita-se que muito tem sido discutido sobre a presença do profissional enfermeiro no ambiente escolar, tangenciando as condutas de aprimorar a informação para as crianças sobre alimentação saudável. Como o intuito era de trabalhar a respectiva temática, a iniciativa de desenvolver atividades em uma escola foi a chance de aumentar as experiências dos acadêmicos e oferecer a orientação adequada sobre os alimentos.

Palavras-chaves: educação em saúde; enfermagem; crianças.

ABSTRACT | The purpose of this study was to contribute to the knowledge of these children about adequate nutrition. It is a cross-sectional study with a qualitative approach, in which educational activities were used in the school context, through an experience report. The research was carried out by students of the Brincastelo Extension Project of the Nursing course at a Municipal School in Rio de Janeiro, with students aged between 7 and 8 years, a total of 27 participants, approved by the Ethics Committee of the Federal Hospital Of Bonsucesso, with the number 1,717,381. The presentation of the lecture on healthy orientation were in 3 (three) distinct phases, first stage presentation of healthy eating content, second stage consisted of activity of interaction with children and the third stage consisted of evaluation of activity. It is believed that a lot has been discussed about the presence of the nurse practitioner in the school environment, involving the conduct of the children's information about healthy eating, as the intention was to work on the respective theme, the initiative to develop activities in a school was the Chance to increase the experiences of academics and provide adequate guidance on food.

Keywords: health education; nursing; children.

RESUMEN | El objetivo de la SE fue contribuir al conocimiento de estos niños ya una alimentación adecuada. Se trata de un estudio transversal con un enfoque cualitativo, en el que se utilizó actividades educativas en las escuelas, a través de un relato de experiencia. La encuesta fue realizada por los alumnos del curso de enfermería del Proyecto de Extensión Brincastelo, en una escuela municipal en Río de Janeiro, con un rango de edad escolar de entre 7 y 8 años, un total de 27 participantes, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Federal Bonsucesso, con el número 1717381. La presentación de la conferencia sobre orientación sanos fueron tres (3) fases distintas, la primera etapa de presentación de comer sano contenido, la segunda etapa consistió en la actividad de compromiso con los niños y el tercer paso fue evaluar la actividad. Se cree que mucho se ha discutido sobre la presencia del profesional de enfermería en el entorno escolar conductos tangenciales para mejorar los hijos de información sobre la alimentación saludable, ya que el objetivo era trabajar el tema, la iniciativa para desarrollar actividades en una escuela era oportunidad de aumentar las experiencias de académicos y proporcionar una orientación adecuada sobre los alimentos

Palabras claves: educación para la salud; enfermería; los niños.

Bruno Ferreira do Serrado Barbosa

Doutor e Mestre pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Enfermeiro pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Castelo Branco.

Camila Cruz de Souza

Enfermeira Preceptora da Universidade Castelo Branco. Enfermeira pela Universidade Castelo Branco.

Cláudia da Silva de Medeiros

Mestre em Saúde da Família UNESA. Docente da Universidade Castelo Branco.

Cláudia Maria Messias

PhD Doutora. Professora Auxiliar da Universidade Castelo Branco.

Leonardo Lima de Moraes dos Reis

Enfermeiro pela Universidade Castelo Branco.

Maria Regina Bernardo da Silva

Mestre em Saúde da Família. Docente da Universidade Castelo Branco.

Rodrigo Ayres de Souza

Graduação em Enfermagem. Residente em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido em: 05/07/2017

Aprovado em: 21/10/2017

Introdução

O projeto de extensão do curso de enfermagem denominado “Brincastelo”, da Universidade Castelo Branco, localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, promove atividades de atenção à saúde da criança, discutindo as necessidades de saúde, os conhecimentos da criança e do adolescente no âmbito escolar. Dessa forma, profissionais de saúde podem contribuir fortemente para a consolidação da Promoção de Saúde nas escolas, sendo a Enfermagem formada por profissionais com competência e habilidades para executar atividades de promoção, e capaz de sanar as necessidades dos escolares, bem como da comunidade na qual está inserida.⁶

O objetivo do projeto de extensão respaldou-se nos constructos dos estudos dissertando que o educar tem como significado o processo baseado na reflexão da realidade. Dentro dessa realidade, o desenvolvimento da criança ocorre de três formas: em forma de jogos de exercício, jogos simbólicos e jogos de regras, sendo esses jogos embasados em um diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/cliente, possibilitando que ambos aprendam juntos, implementando técnicas que não são adquiridas durante sua formação, levando a pontuar situações concretas no ambiente escolar.⁸

Entende-se como espaços de educação para Promoção de Saúde todos os locais onde se desenvolvem atividades de cuidado humano, sejam unidades de saúde ou outros espaços coletivos, a exemplo das escolas, onde há a possibilidade de se realizar atividades educativas com vistas à promoção de saúde das pessoas.¹⁰

A inserção da escola na PS é defendida por organizações que promovem a saúde em níveis internacionais e ainda é ressaltada que a mera transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde não devem ser estimulados, visto que não são capazes de fomentar efetivamente meios mais saudáveis.¹

Desse modo, as intervenções em saúde ampliam seu escopo, tomando como obje-

to os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, e ao mesmo tempo, desenvolvendo ações e serviços que operem para além dos muros das unidades de saúde. Compreende-se que essa ampliação dos espaços favorecerá escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem, estudam e/ou trabalham, e viabilizará a definição de políticas para preservação e proteção do ambiente físico e social.⁴

Nesse sentido, a escola tem um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos. A intervenção personalizada de monitorização da vigilância da saúde das crianças e dos jovens complementa-se com a execução de programas e projetos dirigidos aos problemas de saúde prioritários, identificados pelos próprios sujeitos em seus ambientes.

A educação em saúde promovida pelo projeto de extensão Brincastelo na escola centrou sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes, considerando as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estão inseridas.

Em projetos já existentes no contexto escolar era comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e sem discutir a conscientização acerca do tema saúde e suas relações para o equilíbrio dinâmico da vida da criança e família.⁹

O estudo evidencia a promoção de saúde em pesquisa realizada quinzenalmente nas instituições parceiras para 470 educandos, respectivamente, 125 adolescentes e 345 crianças, público que possui entre 2 e 16 anos de idade.¹¹ Nas observações *in loco* durante as ações do projeto, verificou-se que as crianças aguardavam ansiosamente pelas atividades desenvolvidas. Os resultados demonstram que no desenvolvimento das atividades pode-se observar a interação dos estudantes com o grupo e a compreensão dos temas. Dessa forma, visualiza-se que os cuidados em saúde estão vinculados às experiências e

que ao realizar as práticas educativas de maneira dialógica, dinâmica e problematizadora oportuniza-se as transformações que fazem sentido para a vida.

Diante destas considerações, e considerando a necessidade de ampliação da promoção de saúde baseada na educação, na formação dos escolares para a saúde, trazemos o seguinte questionamento: as crianças do âmbito escolar correlacionam a alimentação saudável com a saúde?

Neste sentido, o estudo objetivou relatar as experiências dos extensionistas do projeto, obtidas por meio da realização de atividades educativas, pedagógicas e lúdicas sobre alimentação saudável em uma escola de ensino fundamental.

Método

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, no qual se utilizou atividades educacionais no âmbito escolar, através de um relato de experiência.

A análise de dados fundamentou-se no modelo pedagógico/metodológico da educação conscientizadora/problematizadora de Paulo Freire, sustentada pela metodologia participativa e dialogada que favorece uma relação crítica e transformadora.⁷ Portanto, antes de planejar atividade educacional, foi levado em consideração conhecer as necessidades e as características dos escolares, determinando o objetivo a ser atingido.

A atividade foi realizada em uma Escola Municipal do Rio de Janeiro, situada no bairro de Realengo, em uma turma do 2º ano, com a faixa etária entre 7 e 8 anos de idade, com um total de 27 alunos.

Sendo assim, serão realizadas atividades com as crianças mostrando a importância da alimentação saudável, com aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Federal de Bonsucesso, com o número 1.717.381.

A apresentação da palestra sobre orientação saudável consistiu em 3 (três) fases distintas. A primeira etapa foi a apresentação do conteúdo de alimentação saudável, a segunda etapa consistiu em atividade de interação com as crianças e a terceira etapa em avaliação da atividade.

Tabela de desenvolvimento da palestra: Orientação Sobre Alimentação Saudável

Etapas	Desenvolvimento da palestra
1ª etapa	Apresentação de banner ilustrativo, com ilustração dividida em 3 (três) etapas, cada etapa com uma cor específica e um grupo de alimento específico. Dessa forma, o banner se assemelhava a um semáforo. Explicou-se que na primeira etapa a cor era vermelha e as imagens dos alimentos eram alimentos que as crianças deveriam evitar; na segunda etapa explicou-se que a cor era amarela e as imagens dos alimentos eram alimentos que as crianças deveriam consumir com moderação; na terceira etapa explicou-se que a cor era verde e as imagens dos alimentos eram de alimentos que as crianças poderiam consumir sem restrição.
2ª etapa	Dividiu-se a turma em 3 (três) grupos, cada grupo ganhou uma cartolina com o desenho de um semáforo com as cores vermelha, amarela e verde, figuras de alimentos e um tubo de cola. Explicou-se que com esse material eles poderiam colar as imagens dos alimentos onde eles achavam que cada alimento deveria ficar nas cores do semáforo.
3ª etapa	Avaliação comparativa do banner de Orientação Sobre Alimentação Saudável, composto por um semáforo, no qual estavam os alimentos que não poderiam ser ingeridos diariamente na cor vermelha, os alimentos que poderiam ser ingeridos de forma moderada na cor amarela e os alimentos que poderiam ser ingeridos sem restrições na cor verde.

Segundo estudos, um plano de ensino sequencial dividido em etapas ajuda a melhorar o ensino-aprendizagem da criança.⁵

Resultados

A atividade foi realizada com o intuito de promover a orientação em saúde sobre o tema “Alimentação Saudável”, cujo objetivo foi proporcionar informações que apropriassem o conhecimento dessas crianças quanto a uma alimentação adequada.

Participaram 27 alunos, apresentou-se o banner ilustrativo à turma e se explicou que na primeira etapa a cor era vermelha e as imagens dos alimentos eram alimentos que as crianças deveriam evitar; na segunda etapa explicou-se que a cor era amarela e as imagens dos alimentos eram alimentos que as crianças deveriam consumir com moderação; na terceira etapa explicou-se que a cor era verde e as imagens dos alimentos eram de alimentos que as crianças poderiam consumir sem restrição.

Logo após, as crianças foram divididas em 3 grupos de 9 crianças, em que cada grupo ganhou uma cartolina com o desenho de um semáforo com as cores vermelha, amarela e verde, 36 figuras de alimentos e um tubo de cola. E na terceira etapa da atividade escolar foi realizada uma avaliação comparativa do banner de Orientação Sobre Alimentação Saudável com a cartolina com as figuras coladas.

Ao concluir a atividade, o 1º grupo errou três figuras, o 2º grupo errou uma figura e o 3º grupo acertou todas as figuras, como se pode observar na Tabela 1.

Nesta brincadeira escolar, os alunos realizaram da maneira correta e entenderam bem o propósito da atividade. Percebeu-se que eles queriam participar dos grupos para colar as figuras no semáforo, sendo possível observar que a atividade estava caminhando perfeitamente.

Quando o aluno percebe que estes hábitos o ajudam a viver melhor, sem dúvida alguma ele estará motivado a colocá-los em prática com regularidade. Isso faz com que o educador seja o mediador entre aluno/família, renovando e incentivando o interesse em se praticar corretamente as atividades de promoção de saúde.

Discussões

Acredita-se que os alunos perceberam a importância de se alimentar da forma correta. E, com isso, o resultado foi satisfatório e os alunos se empenharam bastante para realizar a atividade proposta.

Atividades de educação em saúde do escolar devem ser permanentes e estimuladas pela equipe multiprofissional constituída por professores, enfermeiros, médicos, agentes de saúde,

Tabela 1. Acertos sobre a atividade com o semáforo. RJ, 2017.

Grupo	N	Fi%
1º Grupo	33	91,6%
2º Grupo	35	97,2%
3º Grupo	36	100%

Fonte: dados da pesquisa.

merendeiras, entre outros profissionais que trabalhem na escola, elencando vários temas de prevenção de agravos de saúde, avaliação de saúde e promoção da saúde.³

É importante que o enfermeiro, enquanto educador em saúde, esteja familiarizado com as fases de desenvolvimento cognitivo da criança para poder adequar as suas ações ao nível de compreensão da criança de acordo com a faixa etária, requerendo, assim, a busca por alternativas que não compõem o seu cenário de formação profissional.²

As atividades proporcionaram o maior envolvimento e participação entre as crianças e a construção de conhecimento entre as estudantes e escolares. Percebeu-se que tais atividades precisavam ser apoiadas e estimuladas pela

comunidade escolar, o que pode vir a contribuir para o enfrentamento das doenças relacionadas à má alimentação, estimulando a formação de hábitos alimentares saudáveis na infância.⁷ Percebe-se, então, que o lúdico associado à educação problematizadora pode estar presente em sala de aula como uma importante metodologia na prática docente, favorecendo o processo de ensino e de aprendizagem.

O exposto permite assegurar que a adoção de jogos lúdicos na educação infantil é fundamental por favorecer relação dialógica com ambientes e determinadas situações, as quais, por sua vez, acabam por estimular a utilização dos domínios cognitivos, motores e emocionais. Logo, a realidade vivenciada pela criança e os estímulos que lhe são propiciados, graças aos jogos lúdicos, acabam por melhorar a situação relacional do indivíduo perante escola e sociedade.¹² Quando o lúdico é visto como mecanismo de inserção da criança no ambiente social, este resultado positivo é reforçado, configurando-se,

portanto, como necessidade humana que proporciona a interação da criança com o ambiente em que vive, e, assim sendo, é considerado como meio de expressão e aprendizado.

Através da experiência na Escola Municipal, pôde-se pôr em prática o que se aprende na teoria. Percebeu-se a importância da interação, do bom relacionamento e da confiança que as crianças apresentaram no grupo de extensionistas, pois isto auxilia na aprendizagem do educando. Contribuiu-se também para o desenvolvimento das crianças com a prática sobre o tema “Alimentação Saudável” e, a partir do conhecimento das crianças, pôde-se desenvolver um trabalho que nos trouxe aprendizado.

Conclusão

Acredita-se, assim, que o enfermeiro pode atuar como agente transformador e multiplicador de saúde, pois as crianças, durante as atividades, souberam identificar os alimentos que não poderiam ser ingeridos dia-

riamente, os alimentos que poderiam ser ingeridos de forma moderada e os alimentos que poderiam ser ingeridos sem restrições. Com isso, pode-se concluir que as crianças obtiveram um bom aproveitamento da didática apresentada, sabendo a diferença entre os alimentos saudáveis.

A criação de vínculos foi visível e, para os acadêmicos, a oportunidade de falar para um grande público foi valiosa, pois, muitas vezes, durante a formação, são realizadas muitas atividades individuais, e o projeto Brincastelo da Enfermagem proporciona ao acadêmico a oportunidade de transmitir conhecimento para crianças e adolescentes.

Pode-se dizer que esse projeto também motiva os profissionais a continuar desenvolvendo atividades semelhantes com os estudantes, através de novos trabalhos que os desafiem novamente, desenvolvendo, assim, a capacidade de cada um para buscar nas pesquisas os assuntos temáticos sugeridos e colocá-los em prática no dia a dia. 🌱

Referências

1. ALMEIDA ACCH. A enfermeira no contexto da educação sexual dos adolescentes e o olhar da família [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2014.
2. ARRUDA, L.P.; MOREIRA, A.C.A.; ARAGÃO, A.E.A. Promoção da Saúde: Atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. *Essentia*. Sobral, v. 16, n° 1, p. 183-203, jun./nov. 2014.
3. BRASIL, Ministério da saúde. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola - Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. COSTA GMC, Cavalcanti VM, Barbosa ML, Celino SDM, França ISX, Sousa FS. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):506-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15769>.
5. DOURADO, I.F.; SOUZA, K.L.; CARBO, L.; MELLO, G.J.; AZEVEDO, LF. Uso das TIC no ensino de ciências na educação básica: uma experiência didática. *Ciências Humanas*. Londrina, v. 15, n. esp., p. 357-365, dez. 2014.
6. GONÇALVES FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LIES. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 30 abril 2016];12(24):181-92.
7. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2013, 47° ed, p.30- 45.
8. PIAGET, J. A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo. São Paulo: Zhanhar, 1975.
9. PINHEIRO, S.J.; LUCAS, F.E.Q.; BARRETO, L.F.; CRUZ, M.R.C.M.; PEREIRA, G.F.; BARBOSA, A.L. Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em enfermagem. *Rev Rene*. Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 545-552, jul./ago. 2016.
10. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União (Brasília)* [Internet]. 30 mar 2006 [acesso 30 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html.
11. SILVA, E.T.; ROCHA, A.B.; SILVA, F.A. Educação em saúde na escola: promovendo a saúde por meio lúdico, da linguagem artística e da literatura infantil. *J Manag Prim Heal Care*. Paraná, v. 7, n. 1, p. 71, 2016.
12. WALTER, M.S. Atuação lúdica-metodológica dos professores da educação infantil das escolas da rede pública da zona urbana do município de floriano-piauí: perspectiva didática. *Revista do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica*. Teresina, v. 1, n. 1, p. 130-139, jul./dez. 2013.

Sistematização da assistência de enfermagem: a percepção dos enfermeiros de um município de Rondônia

RESUMO | A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta de trabalho obrigatória no Brasil desde 2009, que guia as ações dos enfermeiros. O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos enfermeiros de um município de Rondônia sobre a SAE. Método: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 39 enfermeiros de um município do interior de Rondônia. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os enfermeiros conhecem o conceito SAE e reconhecem sua importância, porém, não conseguem aplicá-la devido a problemas administrativos. O estudo demonstrou a importância de um fortalecimento para a aplicação da SAE nas instituições de saúde deste município e o quanto importante é este método, para que as ações de enfermagem sejam respaldadas e fundamentadas em princípios científicos e com isso tragam maior autonomia profissional e qualidade na assistência prestada.

Palavras-chaves: cuidados de enfermagem; conhecimento; diagnóstico de enfermagem; processo de enfermagem.

ABSTRACT | The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is a mandatory working tool in Brazil since 2009, which guides the nurses activities. The objective of this study was to find out the nurses' perception of a municipality of Rondônia on SAE. Method: a descriptive study, with qualitative approach, performed with 39 nurses from a municipality in the interior of Rondônia. The results showed that nurses know the SAE concept and recognize its importance, but they are notable to apply it because of administrative issues. The study showed the importance of improving for the application of SAE in the Healthy Centers in this municipality and how important this method is, so that the nursing actions are supported and based on scientific principles and with that bring greater professional autonomy and quality in the assistance provided.

Keywords: nursing care; knowledge; nursing diagnosis; nursing process.

RESUMEN | La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) es una herramienta de trabajo obligatoria en Brasil desde 2009, que orienta las acciones de los enfermeros. El presupuesto de este estudio fue conocer la percepción de los enfermeros de un municipio de Rondônia sobre la SAE. Método: estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 39 enfermeros de un municipio del interior de Rondônia. Los resultados de la investigación evidenciaron que los enfermeros conocen el concepto SAE y reconocen su importancia, pero no logran aplicar la debido a problemas administrativos. El estudio demostró la importancia de un fortalecimiento para la aplicación de la SAE en las instituciones de Salud de este Municipio y la gran importancia de este método, para que las acciones de enfermería sean respaldadas y fundamentadas en principios científicos y con ello traigan mayor autonomía profesional y calidad en las alud asistencia prestada.

Palabras claves: cuidados de enfermería; conocimiento; diagnóstico de enfermería; proceso de enfermería.

Emília Christina Pallarés

Enfermeira. Graduada pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Especialista em UTI Adulto – ULBRA. Mestre em Saúde Coletiva – ULBRA.

Orlete Donato Oliveira

Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná e docente da mesma instituição. Especialista em Administração Hospitalar pela UNIP. Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente. IEP-HSL.

Silviani Bromatti Mateus da Silva

Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná. Especialização MBA em Auditoria em Saúde/Uninter.

Lucélia Ferreira Xavier

Enfermeira da UTI Móvel da Unimed Ji-Paraná. Especialista em Urgência, Emergência e UTI pela UNIJIPA. Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná.

Sérgio Luis Alves de Morais Junior

Professor universitário nas Universidades Nove de Julho (UNINOVE) e Anhanguera de São Paulo. Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência, UTI e em Saúde Pública. Mestre em Reabilitação. Doutor em Biotecnologia em Saúde.

Recebido em: 20/06/2017

Aprovado em: 16/09/2017

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo de trabalho com o qual o enfermeiro deve aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos no cuidado de pacientes nos diversos níveis de atenção à saúde¹.

Desde o princípio, a enfermagem tem se projetado como a profissão da arte e da ciência do cuidado¹. Contudo, este cuidado não deve ser visto apenas como uma ação mecânica, mas com envolvimento, compromisso, responsabilidade, atenção e diligência voltados ao atendimento das necessidades do ser humano².

No Brasil, a SAE, metodologia que guia a execução do cuidado, começou a ser difundida com a pesquisa da Dra. Wanda de Aguiar Horta em 1979, com a publicação do livro "Processo de Enfermagem"³⁻⁴. O estudo estabeleceu que a prática e a operacionalização do cuidado ao indivíduo desempenhado pela equipe de enfermagem devem ser realizadas por meio da aplicação das etapas do processo de enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados e evolução. Assim, o conjunto dessas cinco ações visa assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pela equipe de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde⁵⁻⁶.

Este estudo é relevante, pois muitos enfermeiros utilizam suas habilidades técnicas de forma mecânica, deixando suas ações de cuidado assistencial humanizado, assumindo cada vez mais atividades burocráticas e administrativas. Essa mudança de comportamento aponta para a necessidade de mais pesquisas, a fim de que se tornem mais evidentes os problemas relacionados à prática profissional, possibilitando o planejamento de estratégias voltadas para a resolução das questões elencadas.

Considerado um método de trabalho de suma importância para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente⁷, pergunta-se: qual a vi-

são dos enfermeiros de um determinado município da Amazônia acerca da SAE?

Observado o questionamento acima, o objetivo deste artigo foi conhecer a percepção dos enfermeiros do município de Ji-Paraná, em Rondônia, acerca da SAE.

Materiais e Métodos

Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, realizada entre os meses de janeiro e julho de 2015. O local da pesquisa foi o estado de Rondônia, no município de Ji-Paraná, o qual contém quatro instituições de saúde hospitalares, sendo uma pública e três privadas.

Foi selecionado o hospital privado e um público, ambos de médio porte, pois os mesmos eram dotados de um número maior de enfermeiros. A população nos dois serviços era de 53 enfermeiros e a amostra constou de 39 profissionais, os quais atenderam aos critérios de inclusão e ao aceite a participarem do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, estar atuando nas instituições pesquisadas nos meses da coleta de dados e aceitar participar do estudo de livre e espontânea vontade.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná e Universidade Luterana do Brasil (CEULJI/ULBRA), conforme parecer nº 38988314.0.0000.5297. Antes da coleta de dados, os profissionais foram esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa e manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se, para coleta de dados, um questionário⁸ que foi adaptado para uma pesquisa qualitativa – o questionário original serve para pesquisa tanto quantitativa, quanto qualitativa e contém três questões abertas e doze questões com alternativas de múltipla escolha. As informações coletadas foram divididas em dois grandes grupos: dados quantitativos e dados qualitativos, sendo utilizadas para a presente discussão apenas as questões descritivas e passíveis de análise qualitativa.

Tais dados foram organizados em quadros e submetidos à análise de conteúdo e, após leitura minuciosa, foram identificadas três categorias para a discussão: conhecimento do conceito sobre SAE; importância atribuída à SAE pelos enfermeiros e dificuldades para a implantação da SAE.

Resultados e Discussões

Categoria 1: conhecimento do conceito sobre SAE

O conhecimento do profissional enfermeiro para elaboração do plano de cuidados e o agir pela equipe de enfermagem são de grande importância, uma vez que são necessárias as fundamentações técnicas e científicas. Estas fundamentações conferem aos profissionais a certeza das ações a serem desempenhadas junto ao paciente de forma não só correta, mas adequada, proporcionando segurança na tomada de decisão no cuidado a ser realizado pela equipe de enfermagem ao cliente, de forma individual e com excelência⁹⁻¹⁰.

Os enfermeiros entrevistados demonstraram conhecer o conceito de SAE, uma vez que apresentaram respostas coerentes, que refletem a essência de seu significado, tais como:

"Sistematização da enfermagem, cuidados especializados e humanizados. É uma forma de entender como vamos trabalhar e melhorar a assistência para chegar a um resultado melhorado" (E1).

"Sistema [...] que simplifica e organiza de maneira mais prática o cuidado de enfermagem, facilitando a evolução de enfermagem" (E30). *"É uma forma de prestar uma melhor assistência ao paciente, possibilitando um melhor conhecimento físico e psíquico do histórico anterior e recente do paciente"* (E35).

"É uma atividade que pertence só ao enfermeiro, são princípios (em) que nos baseamos para a identificação dos problemas do processo saúde e doença. Assistência que podemos usar para a promoção, prevenção e recuperação do indivíduo" (E39)

Ao compreender o conceito de SAE e seu papel como protagonista do cuidado, espera-se que o enfermeiro possa realizar as suas atividades de assistência da melhor forma possível, percebendo, assim, a importância da SAE para o desempenho das suas funções, recuperação do paciente e melhoria do trabalho em equipe. Entretanto, a compreensão da essência do conceito de sistematização não é o suficiente para garantir que o profissional tenha conhecimento, capacidade e domínio na execução de todas as fases da sistematização. Para tanto, é preciso, ainda, a aplicação de outras ferramentas de pesquisa.

Em pesquisa realizada em Anápolis/GO, foi evidenciado que os enfermeiros possuem um conhecimento superficial sobre a SAE, sendo necessário ter maior clareza para colocá-la em prática. Contudo, a prática da SAE também se constitui em um problema¹¹. Outro estudo, realizado em Petrolina/PE, apresentou que apenas menos de dois terços dos enfermeiros de dois hospitais públicos tiveram contato de forma completa com a prática da sistematização como método de trabalho¹².

As pesquisas citadas sugerem que os conhecimentos teóricos e práticos devem ser considerados fatores interdependentes, que influenciarão de forma direta no conhecimento do profissional e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada ao paciente. Pautados nestas premissas, conclui-se que se faz necessária a capacitação profissional como forma de oferecer ferramentas para que os enfermeiros desenvolvam os conhecimentos científicos, teóricos e práticos necessários ao desempenho das funções do cuidar com arte, amor e ciência.

Categoria 2: importância atribuída à SAE pelos Enfermeiros

A SAE é considerada um importante instrumento técnico-científico para os profissionais de enfermagem, em especial ao enfermeiro, que é o que a realiza e deve apresentar conhecimento para tal no desenvolvimento do seu trabalho nas instituições de saúde. Este deve ser capaz

de garantir a qualidade e a continuidade da assistência de enfermagem, inclusive vislumbrando a redução dos custos relacionados à assistência e, ainda, contribuindo como garantia documental para fins legais³⁻⁵⁻⁶.

Ao analisar os dados coletados, observa-se que os profissionais reconhecem que a SAE é fundamental para o planejamento da assistência de enfermagem. Os pesquisados também relatam que a SAE é uma forma de organizar a assistência de enfermagem e que amplia o conhecimento e a qualidade do cuidado, como se pode observar nos seguintes fragmentos:

"Forma organizada de prestar uma assistência direta e eficaz. Amplia os horizontes do conhecimento" (E14). *"Necessária para uma melhor adequação do serviço e a melhora da qualidade da assistência"* (E15). *"É a melhor forma de prestar uma assistência de qualidade organizada e humanizada"* (E 17). *"Sim. Pois organiza o trabalho e a assistência ao paciente, promovendo qualidade no cuidado"* (E19).

Estudos distintos realizados em Imperatriz/MA e Recife/PE, respectivamente, comprovaram que os enfermeiros acreditam na importância da SAE, porém, os participantes dos estudos afirmam estar desmotivados em executá-la pelas seguintes razões: número reduzido de profissionais, sobrecarga de trabalho em decorrência do número elevado de pacientes, condições inadequadas do serviço e burocracia. Apesar disso, consideram que o método permite a melhoria da qualidade da assistência, proporcionando autonomia ao enfermeiro, unificando a linguagem entre os profissionais¹³⁻¹⁴.

É notório que a implantação da SAE ainda está escassa em alguns serviços de saúde brasileiros. Em alguns casos, a sistematização vem sendo realizada de forma parcial, ou não englobando a totalidade das fases, mesmo com os enfermeiros acreditando na importância e na imprescindibilidade de adequação dos serviços para o seu apropriado funcionamento¹⁵.

Os fragmentos acima, bem como os autores referenciados, demonstram que

o cenário brasileiro atual em algumas regiões necessita de atenção especial, pois, apesar de existir amparo legal e os profissionais entenderem a importância em realizar a sistematização, percebe-se que isso ainda não é o suficiente para que legitimamente a SAE seja suporte assistencial para as ações de toda a equipe de enfermagem.

Categoria 3: dificuldades para a implantação da SAE

Acredita-se que as dificuldades relacionadas à implantação da SAE estão presentes na realidade dos serviços de saúde e são frequentemente observadas na literatura.

As dificuldades encontradas por enfermeiros podem ser classificadas em: fatores relacionados à própria estrutura, complexidade, inexistência da uniformidade de implantação das etapas e ao processo de ensino-aprendizagem, pois os cursos de graduação e pós-graduação não têm propiciado o alcance suficiente para as habilidades e competências necessárias; e às limitações da prática assistencial, como insegurança profissional e quantitativo de pessoal¹⁶.

Os resultados do estudo evidenciaram que as principais dificuldades relatadas pelos profissionais estão relacionadas à falta de interesse da instituição, falta de estrutura, número reduzido de profissionais, sobrecarga de trabalho e desvalorização do instrumento pela equipe multiprofissional, percebida nos relatos seguintes:

"As únicas dificuldades são as limitações e falta de interesse da instituição" (E5).

"Falta de estrutura e interesse dos profissionais" (E8).

"Número reduzido de profissionais, que contribui na sobrecarga de trabalho falta de informações, falta de tempo" (E10).

"Falta de interesse da gestão e quadro restrito de funcionários" (E11).

"Falta de aprimoramento e aperfeiçoamento[...]" (E13).

"As dificuldades quase sempre se encontram na implementação [...] no não cumprimento do planejamento pela equipe e a desvalorização da SAE pela equipe multiprofissional" (E16).

"A maior dificuldade não é só relativa ao sistema em si, mas sim de não termos profissionais para atender [...] devido à grande demanda de atendimentos" (E25).

"Falta de profissionais, que gera sobrecarga de serviço, gerente não se posiciona a respeito, desvalorização da profissão" (E30).

Dentre os fatores determinantes para implantação da SAE, o número reduzido de profissionais é considerado um dos mais incisivos¹⁷. Outras pesquisas ainda confirmam que a execução da SAE vem sendo prejudicada, deixando de ser prioridade em razão da sobrecarga de trabalho ou acúmulo de atribuições, pois, em muitos casos, o número de profissionais é reduzido, visto que exercem diversas atividades que não estão ligadas apenas às suas funções¹⁶.

Além disso, questões relacionadas ao ambiente de trabalho, instrumento, conhecimento teórico, à demanda de pacientes e resistência por parte de alguns colegas

também são descritas em alguns estudos⁶.

As dificuldades apontadas pelos profissionais foram frequentemente encontradas em ambas as instituições pesquisadas. É evidente que a implantação da SAE de forma adequada e que atenda às necessidades do cliente exige um dimensionamento equânime, ou seja, quantidade de profissionais suficiente para as demandas do serviço.

No entanto, o processo de resolução dos problemas citados passa por questões administrativas, que, muitas vezes, fogem do controle do enfermeiro assistencial, tornando-se um problema de ordem não só assistencial, como também gerencial e, em alguns casos, política. Isto é, depende da ação de outros elementos essenciais para fornecer subsídios à assistência, principalmente da ação dos gestores que, em muitos casos, não se mostram sensibilizados à dimensão do problema, por ignorarem a importância do contexto.

Conclusão

Os profissionais enfermeiros investigados neste estudo conhecem este processo de trabalho e têm consciência da importância da SAE para melhoria do processo de cuidar. Porém, ainda enfrentam dificuldades que impossibilitam o processo de implantação, sendo as principais dificuldades enfrentadas as relacionadas aos fatores organizacionais ou administrativos que, muitas vezes, encontram-se longe do poder de decisão do enfermeiro. Neste contexto, faz-se necessário traçar estratégias que possibilitem abordar o problema evidenciado, buscando de forma conjunta profissionais, autoridades, instituição, conselhos e usuários, como meios para fortalecer e conscientizar a respeito da importância da SAE, objetivando mudar a realidade do cenário atual nas instituições de saúde. 🐦

Referências

1. Fernandes GCM, Becker SG, Ramos DJS, Prado RA, Sasso GMD, Martins CR. As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. *Texto contexto enferm* 2011; 20(1): 167-74.
2. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(3): 261-65.
3. Neves RS. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4): 556-59.
4. Duran ECM, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(2): 234-40.
5. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(3): 325-29.
6. Felix NN, Rodrigues CDS, Oliveira VDC. Desafios encontrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. *Arq Ciênc Saúde* 2009; 16(4): 155-60.
7. Moura ACF, Rabêlo CBM, Sampaio MRFB. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(4): 476-81.
8. Oliveira LMS, Paulino SRR, Santos DPMA. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades de implantação da SAE em instituições hospitalares do município de Goiânia-GO e Trindade-GO [Apresentação no III seminário de pesquisa e TCC da Faculdade União de Goyazes; 2012 37-52; Trindade, Brasil].
9. Oliveira LM, Evangelista, RA. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM* 2010; 7(1): 83-88.
10. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6): 1380-86.
11. Vasconcelos CP, Boaventura PP, Lima LR de et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev enferm UFPE online*. 2011 jan./fev.;5(1):10-9.
12. Santos VE, Nunes LCB, Silva AMP da et al. Systematization of nursing care: implementation under optical nurses. *Rev enferm UFPE online*. 2011 maio.;5(3):553-60.
13. Chaves RRG, Morais e Silva CF, Motta E et al. Systematization of nursing care: overview of nurses *J Nurs UFPE on line*, Recife, 10(4):1280-5, Apr., 2016.
14. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(2):172-80.
15. Santos MGPS, Medeiros MMR, Gomes FQC, Enders BC. Percepção de enfermeiros sobre o processo de enfermagem: uma integração de estudos qualitativos. *Rev Rene* 2012; 13(3):712-23.
16. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. *Ver Enferm* 2013; 21(1): 47-53.
17. Meireles, Gláucia Oliveira de Abreu Batista, Silva, Jaqueline Conceição Fontes, Lopes, Maressa Martins. Conhecimento dos enfermeiros sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, vol.16, n 1.ano 2012, p. 69-82.

A percepção dos graduandos de enfermagem sobre a sistematização da assistência: uma revisão integrativa

RESUMO | O planejamento da assistência de enfermagem é uma atividade que favorece oportunidades de ação, aperfeiçoamento e possibilidade de criação de novas estruturas. Foram encontrados vários artigos que tratam da implantação do processo de enfermagem, evidenciando os fatores interferentes na assistência. Objetivamos, então, realizar uma revisão integrativa para averiguar qual a percepção dos pesquisadores, frente às publicações que envolvem o tema, a respeito da inserção e realização do processo de enfermagem, e, fundamentados nessa análise, estabelecer os pontos que influenciam para a realização da sistematização da assistência. Foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS, SCIELO, BDENF. Obtivemos o total de 14 artigos que se enquadraram em todos os critérios de inclusão estabelecidos: artigos brasileiros, no idioma português, com texto completo disponível, publicados nos últimos cinco anos (2010-2015). O WebQualis dos periódicos de publicação foi um dos critérios de exclusão. Na análise dos artigos, deu-se relevância ao periódico/ano de publicação, método de pesquisa, WebQualis da revista, e os fatores positivos e negativos apontados por cada artigo. A sistematização da assistência de enfermagem é um processo que complementa a ação da equipe interdisciplinar, focalizando os problemas de enfermagem detectados no transcorrer das etapas desenvolvidas pelo enfermeiro. Desta forma, o profissional embasado em princípios morais e respaldado por princípios éticos e científicos oferecerá um cuidado comprometido com a excelência e alicerçado no dever profissional. O resultado tenderá a alcançar a satisfação completa do paciente, frente às suas necessidades de saúde.

Palavras-chaves: sistematização; enfermagem; assistência.

ABSTRACT | The planning of nursing care is an activity that favors action opportunities, improvement and ability to create new structures. Were found several articles dealing with the implementation of the nursing process, highlighting the factors interfering in attendance. We aim then perform an integrative review to ascertain the perception of researchers ahead to publications involving the issue concerning the inclusion and implementation of the nursing process, and based on this analysis establish the points that influence the performance of the nas for care. A search was conducted in the databases LILACS, SCIELO, BDENF. We obtained a total of 14 articles that met in all inclusion criteria: Brazilian articles in the Portuguese language, with full text available, published in the last five years (2010-2015). The WebQualis the publication of periodicals was one of the exclusion criteria. Analysis of the articles was given relevance to the journal / year of publication, research method, magazine WebQualis, and the positive and negative factors indicated for each item. The systematization of nursing care is a process that complements the action of the interdisciplinary team, focusing on the nursing problems encountered in the course of the steps performed by nurses. Thus, the professional grounded in moral principles and backed by ethical and scientific principles will offer a carefully committed to excellence and grounded in professional duty. The result is likely to achieve complete satisfaction of the patient facing their health needs.

Keywords: systematization; nursing; assistance.

RESUMEN | La planificación de los cuidados de enfermería es una actividad que favorece las oportunidades de acción, la mejora y la posibilidad de crear nuevas estructuras. Encontraron varios artículos relativos a la aplicación del proceso de enfermería, destacando los factores que interfieren en la asistencia. Tenemos como objetivo, realizar una revisión integradora para determinar la percepción de los investigadores a través de publicaciones que envuelven el tema, con respecto a la integración e realización del proceso de enfermería, y en base en este análisis establecer los puntos que influyen en la realización de la sistematización de la asistencia. Se realizó una búsqueda en las bases de datos LILACS, SCIELO, BDENF. Obtuvimos un total de 14 artículos que cumplían todos los criterios de inclusión establecidos: artículos brasileños en el idioma portugués, disponible con el texto completo, publicado en los últimos cinco años (2010-2015). El WebQualis de la publicación de periódicos, fue uno de los criterios de exclusión. En la análisis de los artículos se le dio relevancia a la revista / año de publicación, método de investigación, WebQualis del periódico, y los factores positivos y negativos indicados por cada artículo. La sistematización de la asistencia de enfermería es un proceso que complementa la acción del equipo interdisciplinario, centrado en los problemas de enfermería encontrados en el curso de las etapas desarrolladas por los profesionales de enfermería. De este modo, el profesional basado en los principios morales y el respaldo de los principios éticos y científicos proporcionará una atención comprometida con la excelencia y fundada en el servicio profesional. El resultado tenderá lograr la satisfacción del paciente delante a sus necesidades de salud.

Palabras claves: sistematización; enfermería; asistencia.

Ester Lorrany dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau (PB) – Grupo Ser Educacional.

Yasmin Figueiredo da Silva

Técnica em Enfermagem. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Marta Miriam Lopes Costa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba, na graduação e Pós-Graduação em Enfermagem.

Teresa Cristina Rosa Romero Navarin

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Enfermagem em Terapia.

Recebido em: 29/03/2017

Aprovado em: 21/10/2017

Introdução

A enfermagem é o trabalho daqueles que tratam dos enfermos, para que se tornem novamente saudáveis e fortes, e enfermeiro é aquele que restaura tais forças, como dizia Florence Nightingale. O enfermeiro deve ser dotado de habilidades e conhecimentos científicos que visam à prevenção, promoção, reabilitação e cura dos pacientes/clientes que necessitam de seus cuidados, em todas as suas esferas bio-psico-sócio-espirituais¹.

O planejamento da assistência é uma atribuição do enfermeiro e no Brasil é regulamentado pela lei nº 7.498/86², que coordena o exercício profissional da enfermagem. A resolução do COFEN nº 358/2009³ dispõe que a assistência de enfermagem seja sistematizada e que ocorra a efetivação do processo de enfermagem, o qual deve estar baseado em um suporte teórico que norteie as ações e/ou intervenções do enfermeiro.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é baseada na teoria do processo de enfermagem, que é proposto por etapas pela Dra. Wanda de Aguiar Horta¹: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados.

Muitas instituições ainda não inseriram totalmente a sistematização da assistência de enfermagem em sua prática laboral. Após busca em bases de dados, foram encontrados vários artigos que tratam da implantação do processo

de enfermagem, evidenciando os fatores interferentes na assistência. Este artigo tem como objetivo averiguar qual a percepção das publicações atuais a respeito da inserção e realização do processo de enfermagem, e, fundamentado nessa análise, estabelecer os pontos que influenciam para a realização da sistematização da assistência.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, efetuada com levantamento de dados nas bases: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para a busca dos dados, foram utilizados os seguintes descritores: “sistematização”; “enfermagem”; “assistência”; e “dificuldades”. Foi estabelecido um filtro de pesquisa de acordo com os critérios de inclusão: artigos brasileiros, no idioma português e com texto completo disponível. Um segundo critério de inclusão foi estabelecido, que selecionou artigos: publicados entre 2010-2015. Foram excluídos artigos repetidos. O WebQualis do periódico de publicação dos artigos foi um critério de exclusão. Obtivemos o total de 14 artigos que se enquadraram em todos os critérios de inclusão.

Resultados e discussões

Foram encontrados 14 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Na análise dos

artigos, deu-se relevância ao periódico/ano de publicação, método de pesquisa, WebQualis do periódico e aos fatores positivos e negativos apontados por cada artigo.

No Gráfico 1, estão ilustrados os fatores de maior frequência que interferem de forma negativa impossibilitando a implantação da SAE. Obtivemos 4 categorias relevantes: baixo conhecimento científico (80%), falta de autonomia profissional (40%), sobrecarga de trabalho (33%), carência de habilidades técnicas (26,6%). Outros fatores, como a falta de comunicação entre a equipe e a ineficácia do aprendizado, com representação inferior a 20%, foram agrupados na categoria “outros”.

No Gráfico 2, estão ilustrados os resultados positivos decorrentes da implantação da SAE no âmbito hospitalar. Como principais pontos, foram evidenciados: satisfação do paciente (33,3%), a melhoria da inter-relação da equipe de saúde (26,6%), o aprimoramento do nível de assistência (20%), a padronização linguística (13,3%). Outros fatores, como o controle de gastos e a otimização do tempo de assistência, com representação inferior a (10%), foram agrupados na categoria “outros”.

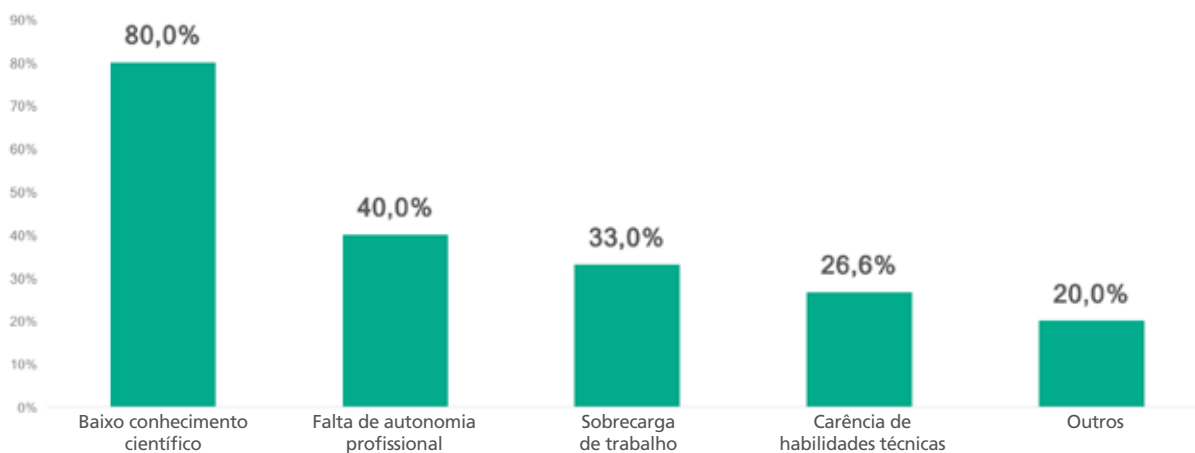
Todos os artigos revisados apontaram consequências negativas da falta de implantação da sistematização e os benefícios decorrentes da realização correta do processo. O baixo conhecimento científico relacionado à temática foi o principal fator negativo apontado nos artigos. As divergências

Tabela 1. Síntese dos artigos revisados

Art	Periódico/ano	Método	Web Qualis	Fatores positivos	Fatores negativos
1	Ciência, Cuidado e Saúde/2015	Revisão literária	B2	Padronização linguística; elaboração de estratégias.	Déficit de conhecimento científico.
2	Revista do Instituto de Ciência da Saúde/2010	Descritivo exploratório	A1	Aprimoramento de conhecimentos; aplicação de indicadores de qualidade.	Complexidade; falta de autonomia; necessidade de melhoria de conhecimentos científicos.
3	Revista Brasileira de Enfermagem/2010	Descritivo exploratório	A2	Integração entre a equipe de enfermagem.	Déficit de conhecimento científico; dificuldades práticas de utilização do sistema.
4	Revista de Enfermagem – UERJ/2014	Revisão integrativa	B1	Valorização de aspectos críticos-reflexivos.	Falta de autonomia; déficit de conhecimentos.
5	Revista Mineira de Enfermagem/2014	Descritivo qualitativo	B2	Satisfação dos pacientes; benefícios entre paciente, enfermeiro.	Necessidade de conhecimento científico e prático; condições de serviços negligenciadas.
6	Revista Brasileira de Enfermagem/2013	Revisão literária	A2	Melhoria na aplicação do processo de cuidar; controle de aquisições.	Carência de aprimoramento científico.
7	Rev. Esc. de Enfermagem da USP/2011	Quantitativo	A2	Satisfação do paciente nos modos estruturais, processual e assistencial.	Privação de conhecimentos científicos.
8	Rev. Esc. de Enfermagem da USP/2013	Qualitativo	A2	Evolução na qualidade da assistência; Possibilidade de exposição de conhecimento; controle de custos.	Privação de conhecimentos científicos.
9	Revista Brasileira de Enfermagem/2014	Qualitativo	A2	Contribuição para diminuição de ocorrências de erros adversos.	Sobrecarga de trabalho; falta de interação entre as equipes; carência de autonomia.
10	Revista de Enfermagem da UFSM/2014	Descritivo	B3	Satisfação dos profissionais, porém, existência de lacuna de exploração, visando o enquadramento no cotidiano.	Falta de interação entre a equipe; sobrecarga de trabalho; déficit na aprendizagem na graduação.
11	Revista Gaúcha de Enfermagem/2014	Qualitativo	B1	Facilidade de aprendizagem; aumento da autonomia.	Sobrecarga de trabalho; falha de habilidade prática; complexidade.

12	Revista Latino-Americana de Enfermagem/2015	Qualitativo	A1	Proporciona a melhoria no cuidar; incentiva a qualidade da assistência.	Elevada necessidade de atuação prática e conhecimentos científicos.
13	Acta Paulista de Enfermagem/2014	Fenomenológico	A2	Direcionamento do cuidado; respaldo legal.	Sobrecarga de trabalho; falha de competência técnica.
14	Journal of Health Informatic/2014	Descritivo qualitativo	B3	Rigor na análise; otimização do tempo.	Dificuldade de manuseio do sistema; considera burocrático.

Gráfico 1. Fatores que interferem de forma negativa na implantação da SAE.



teóricas-práticas interferem no perfeito entendimento dos alunos. O resultado são alunos imperitos, que após sua formação não têm conhecimento suficiente, tampouco experiência para realizar o processo de enfermagem de modo efetivo e autônomo. Por outro lado, também existem profissionais atuantes graduados em período anterior à promulgação da resolução COFEN nº 358/2009³, que implementa a sistematização da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar. Esses profissionais, por falta de retroalimentação do

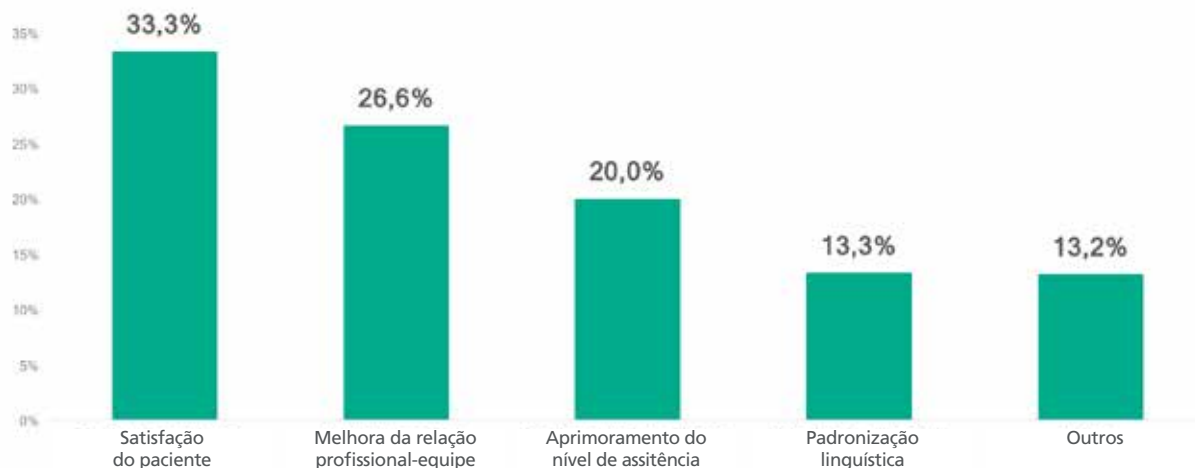
conhecimento, atuam de maneira equivocada na realização de sua assistência ao paciente.

A falta de embasamento teórico gera a insegurança do profissional na execução de suas tarefas, limitando sua autonomia. Unida a isso, a falta de reconhecimento do enfermeiro em seu âmbito profissional torna comum a responsabilidade do enfermeiro em atividades que não fazem parte de suas atribuições profissionais legais. Com isso, temos por consequência a sobrecarga de trabalho, decorrente da má distri-

buição de tarefas, o terceiro fator mais frequente nos artigos.

Outro item destacado nos artigos é a falta de habilidades técnicas do profissional para a realização do processo de enfermagem. Se o conhecimento não é posto em prática, é previsível que não haja o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades técnicas. O déficit de interação profissional-equipe e a falta de recursos materiais também estiveram entre os fatores que impossibilitam a execução da sistematização da enfermagem.

Gráfico 2. Resultados positivos decorrentes da implantação da SAE em âmbito hospitalar.



Em contraponto, foram evidenciados inúmeros benefícios da implantação da SAE, que alcançam da equipe de saúde ao paciente. A satisfação do paciente foi o fator mais pontuado entre os artigos. A melhor interação profissional-paciente contribui para uma melhor assistência. Também pôde ser evidenciada a melhoria das relações profissional-equipe. A boa interação da equipe reflete em uma assistência de boa qualidade. Quando o profissional, juntamente com sua equipe, está bem qualificado e habilitado para por em prática os conhecimentos científicos adquiridos, seu nível profissional e assistencial é condizente com a excelência. A sistematização da assistência de enfermagem também proporciona a padronização linguística entre a equipe,

agilizando a retroalimentação do sistema e, conseqüentemente, a prestação da assistência. A otimização do tempo de assistência e o controle dos gastos também foram evidenciados nos artigos.


Conclusão

Portanto, vistos os benefícios atribuídos pela sistematização da assistência de enfermagem, é necessário debelar os fatores que impedem os profissionais enfermeiros de a colocar em prática. O aprimoramento dos métodos de ensino usados pelos docentes na graduação de enfermagem e, após, o hábito de retroalimentação do conhecimento pelo profissional/discente são armas eficazes contra a falta de embasamento teórico a respeito do processo de enferma-

gem. Com uma formação profissional eficiente, o enfermeiro se utilizará da autonomia a ele disposta no exercício de sua profissão. Com o autorreconhecimento profissional do enfermeiro, não haverá à realização de atividades que não sejam de sua atribuição, não ocorrendo sobrecarga de trabalho. O aprimoramento das habilidades técnicas se dará concomitante à realização do processo de enfermagem. Desta forma, o profissional embasado em princípios morais e respaldado por princípios éticos e científicos oferecerá um cuidado comprometido com a excelência e alicerçado no dever profissional. O resultado tenderá a alcançar a satisfação completa do paciente, frente às suas necessidades de saúde. 🐦

Referências

1. Horta, WA. Processo de enfermagem/Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E.P. Castellanos. São Paulo: EPU Editora; 1979.
2. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. [Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm]. Acesso em: 10/05/2016.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. [Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html]. Acesso em: 10/05/2016.



GESTÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO MOBILE

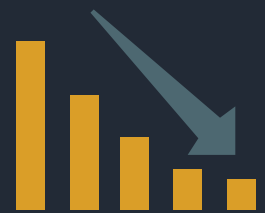
O novo aplicativo da Qualis traz **eficiência de processos** para análise e monitoramento de infecções hospitalares através de **relatórios em tempo real**.



Eficiência na
coleta de dados



Indicadores
em tempo real



Segurança na
qualidade dos dados

Confira mais sobre Gestão de Controle de Infecção Mobile:
<http://bit.ly/control-e-infeccao-movel>

Qualis
soluções em infectologia

CIRCAID[®] juxtalite[®]

Indicado para o tratamento de doenças venosas, feridas e para pacientes que são incapazes de utilizar meias de compressão.

O Circaid juxtalite é a opção de medi para todos aqueles que tem dificuldade em vestir meias de compressão. Não há mais obstáculos à terapia de compressão, porque as tiras de velcro individuais são simples e fáceis de fechar.

Com o cartão de medida Circaid pode-se definir a compressão prescrita podendo ser ajustada durante o dia conforme necessário. Portanto, a compressão é assegurada e garantida o dia todo, proporcionando a redução dos edemas.

