

Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem



Volume II



Ribeirão Preto - SP
2019

Fernanda Titareli Merizio Martins Braga
Luciana Mara Monti Fonseca
Maria Verônica Ferrareze Ferreira
Rosicler Xelegati
Simone de Godoy
Lidia Aparecida Rossi
Silvana Martins Mishima

APRENDER PARA CUIDAR EM ENFERMAGEM:
SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAGEM

Volume II

DOI 10.11606/9786580581009



Ribeirão Preto – SP
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Seção de Processos Técnicos da
Biblioteca Central do Campus USP de Ribeirão Preto

**Aprender para cuidar em Enfermagem : situações específicas de aprendizagem
/ Fernanda Titareli Merizio Martins Braga ... [et al.] - Ribeirão Preto :
EERP/USP, 2019.
107 p. – (v. 2)**

ISBN: 978-65-80581-00-9

doi: 10.11606/9786580581009

I. Enfermagem. I. Braga, Fernanda Titareli Merizio Martins. II. Título:
Situações específicas de aprendizagem.

CDU 616-083

**"É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde
que citada à fonte e autoria, e uso não comercial"**

Universidade de São Paulo

Reitor: Prof. Dr. Vahan Agopyan

Vice-reitor: Prof. Dr. Antonio Carlos Hernandes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Diretora: Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Vice-diretor: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Organizadores

Fernanda Titareli Merizio Martins Braga

Luciana Mara Monti Fonseca

Maria Verônica Ferrareze Ferreira

Rosicler Xelegati

Simone de Godoy

Lidia Aparecida Rossi

Silvana Martins Mishima

FICHA TÉCNICA

Multimeios

Serviço de Criação e Produção Multimídia

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Diagramação

Camila Sarantopoulos

Letícia Marcos

Digital Tecc

Índice

- **Capítulo 1 - Ações educativas na enfermagem: encontro, intencionalidade e participação** **6**
 - [Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves](#)
 - [Luciane Sá de Andrade](#)
 - [Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza](#)
- **Capítulo 2 - Aspectos éticos e legais da prática clínica na enfermagem** **17**
 - [Carla Aparecida Arena Ventura](#)
 - [Ronildo Alves dos Santos](#)
- **Capítulo 3 - Aplicação de instrumentos gerenciais no processo de assistência em saúde e enfermagem** **25**
 - [Ana Maria Laus](#)
 - [Andrea Bernardes](#)
 - [Carmen Silvia Gabriel](#)
 - [Fernanda Ludmilla Rossi Rocha](#)
 - [Lucieli Dias Pedreschi Chaves](#)
 - [Marta Cristiane Alves Pereira](#)
 - [Marília Pilotto](#)
 - [Sílvia Helena Henriques Camelo](#)
 - [Úrsula Westin](#)
- **Capítulo 4 - Intervenção de enfermagem relacionada ao comportamento suicida** **34**
 - [Kelly Graziani Giacchero Vedana](#)
 - [Isabela dos Santos Martin](#)
 - [Camila Corrêa Matias Pereira](#)
 - [Lucilene Cardoso](#)
- **Capítulo 5 - Procedimentos em imunização e o processo de trabalho em sala de vacinação** **47**
 - [Débora Falleiros de Mello](#)
 - [Patrícia Abrahão Curvo](#)
 - [Daniela Taysa Rodrigues Pimentel](#)
 - [Maria Antonieta Spinoso Prado](#)
 - [Susana Ignés Segura-Muñoz](#)
- **Capítulo 6 - Intervenção de Enfermagem: coleta de sangue arterial** **63**
 - [Fernanda Raphael Escobar Gimenes](#)
 - [Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)
 - [Luiza Tayar Facchin](#)
 - [Renata Karina Reis](#)
 - [Sílvia Rita Marin da Silva Canini](#)
 - [Elucir Gir](#)
 - [Ana Emilia Pace](#)
 - [Eugenia Velludo Veiga](#)
 - [Soraia Assad Nasbine Rabe](#)
 - [Luciana Kusumota](#)

• Capítulo 7 - Cuidado à pessoa com lesão por pressão

73

[Soraia Assad Nasbine Rabe](#)

[Margareth Yuri Miyazaki](#)

[Fernanda Raphael Escobar Gimenes](#)

[Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)

[Livia Maria Garbin](#)

[Renata Karina Reis](#)

[Ana Emilia Pace](#)

[Eugenia Velludo Veiga](#)

[Silvia Rita Marin da Silva Canini](#)

[Márcia Beatriz Berzotti](#)

[Amanda Cristina Maria Aparecida Gonçalves Brandão](#)

• Capítulo 8 - Assistência de enfermagem para o manejo da eliminação intestinal

83

[Fabiana Faleiros](#)

[Laura Terenciani Campoy](#)

[Soraia Assad Nasbine Rabe](#)

[Naira Beatriz Favoretto](#)

• Capítulo 9 - Princípios básicos da montagem da sala de cirurgia e da paramentação cirúrgica

94

[Karina Dal Sasso Mendes](#)

[Livia Maria Garbin](#)

[Renata Cristina de Campos Pereira Silveira](#)

[Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)

[Rosicler Xelegati](#)

[Carina Aparecida Marosti Dessotte](#)

[Rosana Aparecida Spadoti Dantas](#)

[Cristina Maria Galvão](#)

• Capítulo 10 - Práticas de Mindfulness no Cuidado de Enfermagem

102

[Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato](#)

[Ana Carolina Guidorizzi Zanetti](#)

CAPÍTULO

1

AÇÕES EDUCATIVAS NA ENFERMAGEM: ENCONTRO, INTENCIONALIDADE E PARTICIPAÇÃO

[Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves](#)

[Luciane Sá de Andrade](#)

[Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza](#)

1.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- identificar o papel das ações educativas na enfermagem;
- compreender pontos fundamentais para as ações educativas, como a interação, a escuta, a intencionalidade, o planejamento, o envolvimento e a participação;
- planejar, organizar, realizar e avaliar, criticamente, ações educativas no âmbito da enfermagem.

Para que possamos desenvolver ações educativas na enfermagem, primeiro precisamos compreender o que se entende por **educação**.

Educação

“O ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”⁽¹⁾.

A Educação é a socialização da cultura. É a partilha do que a humanidade constrói. Ninguém nasce humano, torna-se humano. E vamos nos tornando humanos por um processo educativo⁽²⁾.

Entendendo que a Educação implica, então, a ação de uns sobre os outros, seja em que papel for na sociedade, com a intenção de inserir cada indivíduo na nossa cultura, com nossos hábitos, costumes e produção de todo e qualquer conhecimento, destaca-se a importância da Enfermagem nesse sentido.

“A Enfermagem tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de Enfermagem em geral [...], sejam elas desenvolvidas em comunidade, serviços de saúde vinculados à Atenção Básica, escolas, creches e outros locais. Isso implica pensar a ação educativa como eixo fundamental para a [...] formação [do enfermeiro] [...] e a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática. [...] Considerando a centralidade da ação educativa na prática do enfermeiro, parte-se do pressuposto que a prática educativa faz parte do cuidado em Enfermagem”⁽³⁾.

Nesse sentido, podemos organizar a ação educativa em Enfermagem em três pontos: o encontro, a intencionalidade e a participação.

1.2 O ENCONTRO

A prática de enfermagem exige relação com pessoas, o que requer estabelecer um **relacionamento interpessoal**.

O relacionamento interpessoal é um processo de comunicação que envolve o intercâmbio de informações entre duas ou mais pessoas. É uma relação efetiva com o outro, na qual os envolvidos devem estar abertos, compreendendo que coexistem sentimentos opostos e problemas cuja busca de solução ocorre, geralmente, por meio da reflexão conjunta.

O processo de relação interpessoal na enfermagem envolve: o encontro original, o momento de conhecer e compreender a singularidade e unicidade do outro, o momento de empatia, de simpatia, e o momento final, de avaliação da relação e dos resultados terapêuticos⁽⁴⁾. Nessa relação, cada pessoa deve encontrar espaço para expressar sua identidade pessoal, seus valores e significados⁽⁵⁾.

Nesse encontro circulam o saber técnico e o saber popular, ocorre troca de experiências e construção do conhecimento que se almeja difundir.

No entanto, para que isso aconteça, é fundamental haver espaço para diálogo e **escuta**.

“Escutar não se limita apenas ao ouvir enquanto captação de sons (sensações), mas se refere a busca de apreensão do sentido do dizer. Sugere aproximação (*auscultare*), ouvir de perto, ouvir o que esta dentro do outro; também é compreendido como atender e recolher o que foi dito. Para escutar é necessário haver uma doação, no sentido de se dispor inteiramente da escuta do que esta sendo dito, e escutando que nos abrimos para o mundo e para os outros, pois se trata de um dizer que nos remete a um mundo, e não apenas a um mero falar”⁽⁶⁾.



Figura 1: Escuta

Estabelecendo-se a escuta, o encontro se realiza, pois a **escuta** possibilita estar junto, compartilhar.

“Encontro significa estar junto, encontrar, tocar-se os corpos, ver e observar, palpar, sentir, compartilhar e amar, comunicação mútua, conhecimento intuitivo mediante o silêncio ou o movimento, a palavra ou o gesto, o beijo ou o abraço, unificar-se – um com o um [...] só as pessoas que se encontram mutuamente podem formar uma verdadeira sociedade de seres humanos... As pessoas que se encontram é que são as responsáveis e genuínas fundadoras da existência social”⁽⁷⁾.

Esse encontro pode dar-se também com outros, constituindo-se assim os **grupos**, a depender da proposta e finalidade das ações educativas do enfermeiro.

Grupo é “um conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e que, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe a realizar de forma explícita e implícita uma tarefa a qual constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de atribuição e assunção de papéis”⁽⁸⁾.

Resumindo, é: “um conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetivos compartilhados”⁽⁹⁾.

E como o grupo requer também o espaço para manifestação do outro e dos outros, abre-se para possibilidades não previstas, as quais vêm enriquecer o momento do encontro...

Grupo é... grupo

"A cada encontro: imprevisível.

A cada interrupção da rotina: algo inusitado.

A cada elemento novo: surpresas.

A cada elemento já parecidamente conhecido: aspectos desconhecidos..

A cada encontro: um ovo desafio, mesmo que supostamente já vivido.

A cada tempo: novo parto, novo compromisso fazendo história.

A cada conflito: rompimento do estabelecido para a construção da mudança.

A cada emoção: faceta insuspeitável.

A cada encontro: descobrimentos de terras ainda não desbravadas...

Grupo é grupo"⁽¹⁰⁾.



Figura 2: Grupo

Estabelecida a relação interpessoal no encontro com o(s) outro(s), efetiva-se a interação, que envolve comunicação e também a complementação de papéis, na qual as expectativas, as opiniões e os propósitos de um e de outro são colocados⁽¹¹⁾.

Essa complementaridade de papéis leva à **intencionalidade** do enfermeiro.

1.3 INTENCIONALIDADE

A intencionalidade se refere à consciência do enfermeiro quanto aos objetivos e às ações que deve e pode realizar⁽¹²⁾.

Isso implica reconhecer-se no papel de quem **ensina** algo a alguém que **aprende**.

Ensinar/aprender

Ensinar é estruturar condições para a ocorrência de interações que levem à apropriação do conhecimento. Aprender é apropriar-se ativamente do conteúdo da experiência humana, daquilo que seu grupo social conhece⁽¹¹⁾.

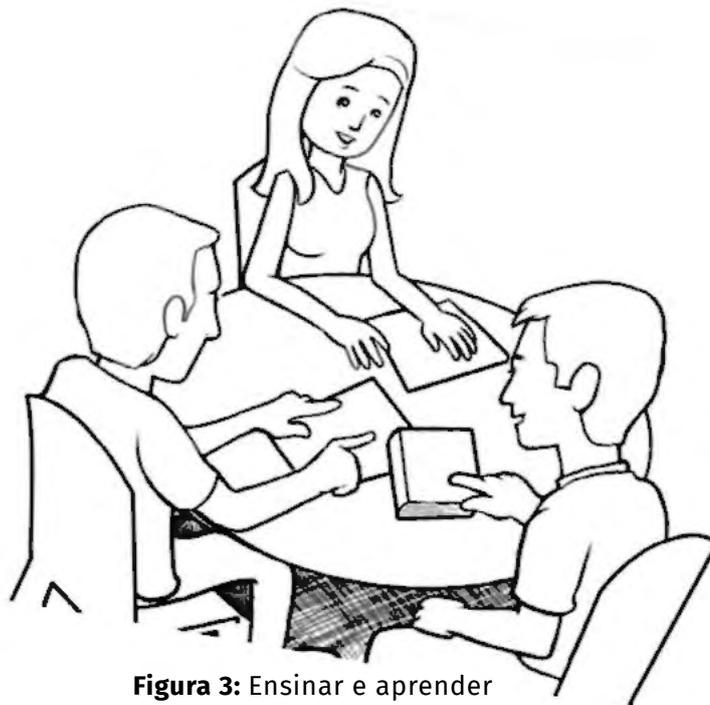


Figura 3: Ensinar e aprender

“Comportamentos como perguntar, expor, incentivar, escutar, coordenar e participar de debates, explicar, ilustrar e outros podem ser expressos [...] [por quem aprende e por quem ensina], numa rede de participações na qual os indivíduos consideram-se, reciprocamente, como interlocutores que constroem o conhecimento pelo diálogo”⁽¹¹⁾.

No campo da saúde, um paciente/cliente ou um grupo de usuários está envolvido em determinado processo saúde-doença. Sua ida ao serviço de saúde pode ser em busca de um diagnóstico ou de formas de enfrentamentos de uma situação que requer ajuda profissional.

A enfermagem, tomando como ponto de partida do processo pedagógico o conhecimento prévio das pessoas, com base em suas experiências e vivências, em suas condições concretas de existência, faz escolhas que podem levar indivíduos e grupos a construir significados e sentidos envolvendo seu quadro clínico, o autocuidado ou cuidado de outros indivíduos.

A essência da prática educativa requer, assim, a escolha de “métodos, técnicas, lugares e condições específicas prévias criadas deliberadamente para suscitar ideias, conhecimentos, valores, atitudes, comportamentos”⁽¹²⁾.

Assim, começa-se a intervir na atividade de aprendizagem, por meio da “direção deliberada e planejada do ensino, ao contrário das formas de intervenção mais ou menos espontâneas de antes”⁽¹²⁾.

Essa intencionalidade se concretizará em um planejamento (processo) de ações educativas, que resultará num **plano** (produto).

Plano de ação educativa

- TEMÁTICA (O que vai ser trabalhado? Título sintético da atividade)
- IDENTIFICAÇÃO (Responsável, público-alvo, data, tempo da atividade)
- OBJETIVOS (O que se espera que os público-alvo aprenda?)
- CONTEÚDO (O que será trabalhado? De forma sintética e em tópicos)
- METODOLOGIA (Como a temática será desenvolvida? Etapas, cronograma)
- RECURSOS DIDÁTICOS (Material necessário)
- AVALIAÇÃO (O que fazer para saber se os objetivos foram alcançados?)
- BIBLIOGRAFIA (Quais textos embasam esse plano?)

Os resultados de uma ação bem planejada apontam para o envolvimento e a **participação** das pessoas.

1.4 PARTICIPAÇÃO

Podemos entender participação como a adesão do sujeito (paciente/cliente/usuário) à proposta feita a ele, o que significa adesão a uma dada organização social.

Participação

“O conceito de participação pode ter vários significados, como ‘fazer parte’, ‘ter parte de algo’, ‘tomar parte de algo’. É o sentimento que as pessoas têm de pertencer a um grupo, organização, nação, causa, religião. É uma situação adquirida, às vezes, involuntariamente. Significa, muitas vezes, que executamos uma ação específica como parte de uma atividade de saúde. Ação essa quase sempre descomprometida e decidida por outros. É uma contribuição individual ou grupal em benefício de algo às vezes não esclarecido. Implica na ação de construir algo, decidir caminhos, estar presente nos momentos importantes na vida do grupo, organização ou nação. É um direito adquirido ou conquistado, e um compromisso”⁽¹³⁾.

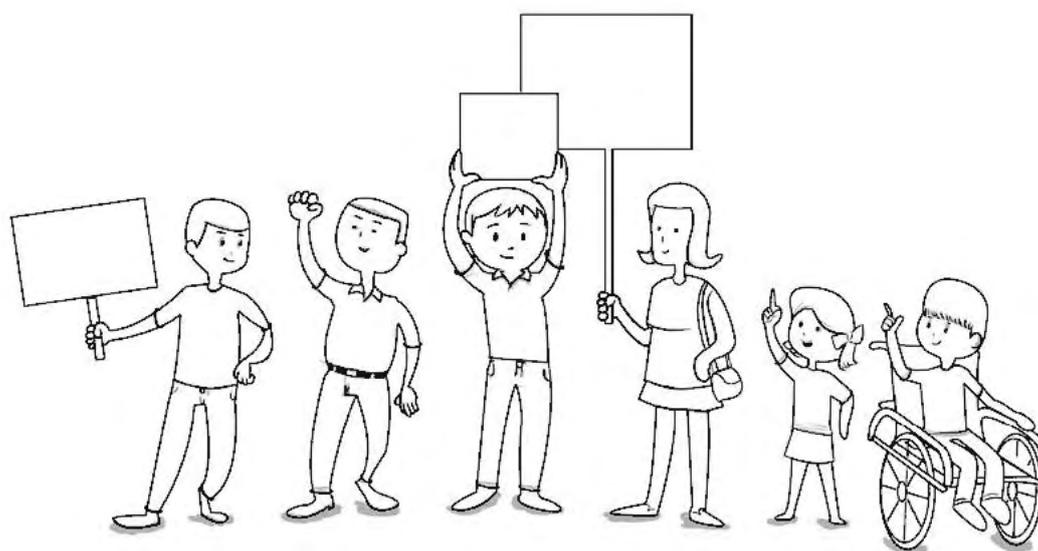


Figura 4: Participação

Da adesão, que começa pela compreensão do processo singular em que o sujeito está envolvido, e da apropriação dos conhecimentos trabalhados, passa-se a um entendimento mais amplo, em que, graças à reflexão e análise crítica de sua realidade, pode se expandir, passando o

sujeito a se ver como parte da comunidade e alcançando maior responsabilidade social.

Com isso, completa-se o ciclo iniciado no encontro, marcado pela intencionalidade, entre o enfermeiro e o outro/os outros.



Figura 5: Esquema Final

PARA SABER MAIS, ACESSE:



Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática:

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/publicacoes/manuais-tecnicos>

REFERÊNCIAS

1. Saviani, D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 11. ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2011.
2. Rios, TA. Compreender e ensinar – por uma docência da melhor qualidade. São Paulo: Cortez, 7a. ed., 2008.
3. Acioli, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 61, n. 1, p. 117-121, Feb. 2008.
4. Travelbee J. Intervencion en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona. Cali: Davis; 1979.
5. Bezerra RS, Oliveira DS, Santos RRF, et al. O processo de enfermagem e a teoria de travelbee no cuidado à criança hospitalizada. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 6 (Supl. 3). Junho, 2015. p.2151-61.
6. Camillo SO; Maiorino FT. A Importância da Escuta no Cuidado de Enfermagem. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 17, n. 3, set. 2012. ISSN 2176-9133.
7. Moreno, JL. Psicodrama. São Paulo: Ed. Cultrix, 1978.
8. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
9. Osório, L.C. Grupos: teorias e práticas - acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
10. Freire, M. O que é um grupo? In: Grossi EP; Bordin J (Orgs.). Paixão de Aprender. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.
11. Davis C; Oliveira ZMR. Psicologia na Educação. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1992.
12. Libâneo, JC. Didática. São Paulo: Cortez, 1994.
13. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo: FESIMA, 2001.

CAPÍTULO

2

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PRÁTICA CLÍNICA NA ENFERMAGEM

[Carla Aparecida Arena Ventura](#)

[Ronildo Alves dos Santos](#)

2.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- compreender a enfermagem como uma prática moral, alicerçada em certos valores e virtudes;
- refletir sobre os aspectos éticos e legais da prática profissional na enfermagem, tendo como referência a saúde mental.

Este capítulo apresenta alguns aspectos da dimensão ética da prática profissional de enfermagem, em especial aquela vinculada à prática clínica. Para isso, o texto foi dividido em duas partes: na primeira, é apresentada uma breve caracterização dos aspectos éticos e legais da prática profissional em enfermagem e, na segunda, é feito um recorte desta prática, enfocando o cuidado de enfermagem na saúde mental (no tratamento de pessoas com transtornos mentais). Nesse recorte são tratados três aspectos: o paternalismo, a contenção física e a internação involuntária. Espera-se, com isso, que o leitor possa compreender a Enfermagem como uma prática moral que está alicerçada em valores e virtudes específicos, além de refletir sobre os fundamentos (éticos e legais) dessa mesma prática, tendo em vista um cuidado mais efetivo e humanizado. Contempla-se assim uma das exigências para a formação do profissional de enfermagem, a qual, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais, especifica um exercício profissional “alicerçado no rigor científico e pautado em princípios éticos”.

A enfermagem, mais do que um complexo conjunto de práticas prescritas e aliadas a um saber especializado, que caracterizam uma dada profissão, pode e deve ser vista como uma prática moral, alicerçada em certos valores e virtudes⁽¹⁾.

Essa expectativa ficou comprovada em novembro de 2011, por exemplo, com a divulgação de um vídeo em que uma jovem de 21 anos da cidade goiana de Formosa maltrata, até a morte, um cachorro da raça Yorkshire. Em poucos dias, esse vídeo, que chocou o Brasil, teve mais de um milhão de acessos na internet, com grande repercussão em várias redes sociais. Além da brutalidade do ato e de ele ter sido praticado na presença de uma criança de três anos de idade, filha da agressora, o que também chamou a atenção foi o fato de a agressora ser enfermeira. Afora os epítetos de “enfermeira assassina de Formosa” e “monstro de Goiás”, entre outros, muitas pessoas afirmavam não compreender como uma enfermeira pôde agir daquela forma.

Expressavam, assim, uma visão da enfermagem caracterizada pela compaixão, pelo cuidado, pela ajuda ao próximo, a qual pode ser traduzida pelas seguintes palavras de uma jornalista: “Se é assim que ela cuida dos animais, como será que ela cuida dos pacientes que estão sob seus cuidados?” Essa visão está contida também na citação de Alan Cribb, no prefácio do livro *What Makes a Good Nurse*: “... a maioria das pessoas espera que um enfermeiro tenha não só um conjunto adequado de habilidades para o cuidado, mas também tenha um conjunto específico de qualidades, ou seja, traços de caráter consistentes com o cuidar dos outros”⁽²⁾.

Isso é tão presente que alguns países fazem exigências específicas nesse sentido para o exercício profissional em enfermagem. Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, por exemplo, exigem que as instituições de ensino apresentem uma declaração de boa saúde e bom caráter de seus estudantes antes que eles completem seus cursos, para poderem obter o registro profissional em enfermagem, conforme especificado em *Good Health and Good Character: Guidance for Educational Institutions*, do UK Nursing and Midwifery Council (NMC). Já na província de Alberta, Canadá, os enfermeiros devem confirmar anualmente terem “*good character and reputation*”, no momento da renovação de sua licença profissional, de acordo com o College and Association of Registered Nurses of Alberta⁽³⁾. No Brasil, a Lei n. 776, de 6 de agosto de 1949, que dispunha sobre o ensino de enfermagem no país, em seu artigo 3º estabelecia que, para a matrícula nos cursos de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, o candidato deveria apresentar atestado de sanidade física e mental e também de idoneidade moral⁽⁴⁾.

As peculiaridades do processo do trabalho em enfermagem estimulam a emergência destas preocupações ou, segundo Derek Sellman:

O fato de que os profissionais de enfermagem frequentemente operem às margens do sofrimento humano, sendo expostos à fragilidade humana de uma forma que poucos, se houver algum, outros grupos ocupacionais o são, requer desses profissionais não apenas clareza sobre os efeitos da prática de enfermagem, mas também sobre a necessidade de agirem de acordo com a busca do bem humano, especialmente quando a conquista desse bem é desafiada pela vulnerabilidade adicional de ser um paciente⁽²⁾.

Ou seja, o trabalho em enfermagem, por lidar com questões tão sensíveis ao ser humano, requer mais do que destreza e conhecimentos técnicos; requer também um comportamento moral compatível com valores inerentes e caros à prática profissional. É neste sentido que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽⁵⁾ discrimina como princípios fundamentais da profissão o comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade, bem como o agir “em consonância com os preceitos éticos e legais”.

2.2 O EXEMPLO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A assistência em saúde mental objetiva promover, manter ou recuperar a saúde psíquica da pessoa com transtorno mental, a fim de lhe assegurar o direito à integridade física e psíquica e, portanto, uma existência com qualidade. Em suma, a responsabilidade dos serviços de saúde mental pela preservação da integridade dos usuários subsiste ao longo do período em que estiverem realizando seu tratamento. A não observância dessa obrigação enseja a aplicação de sanções de ordem administrativa, civil, criminal e ética, estas últimas discriminadas no Código de Processo Ético⁽⁶⁾.

2.3 PATERNALISMO E RESTRIÇÃO DA AUTONOMIA

Enfermeiros da área de saúde mental devem assegurar que suas intervenções sejam baseadas em princípios éticos e legais. Como profissionais que atuam no cuidado direto aos pacientes, os enfermeiros estão cientes da dor e sofrimento envolvidos, especialmente em casos de tratamentos coercitivos, como internações involuntárias e compulsórias e restrições à liberdade e movimentação de pessoas com transtornos mentais⁽⁷⁾. Entretanto, estudos têm demonstrado que esses enfermeiros têm dificuldades em lidar com temas éticos e legais em psiquiatria, atuando, muitas vezes, de forma paternalista em sua prática clínica^(8,9).

Há vários exemplos de paternalismo na prática da enfermagem psiquiátrica^(8,10,11) que levam à restrição de liberdades e responsabilidades dos pacientes. No contexto do cuidado em saúde mental, muitas vezes, o paciente (ideal) é aquele que se submete à autoridade do profissional de saúde, ouvindo e aceitando as instruções e respondendo com gratidão por qualquer atenção recebida^(8,11). Quando o paciente com transtorno mental responde passivamente aos cuidados oferecidos, dificilmente se questiona sua capacidade⁽¹²⁾. Essa passividade se agrava, em muitos casos, pelo histórico de experiências negativas vivenciadas por este paciente, quando tentou sem êxito questionar seu diagnóstico ou tratamento⁽⁸⁾. Ora, a autonomia resulta da liberdade de escolha e de ação e deve ser valorizada pelo profissional de saúde⁽¹³⁾.

A questão ética aqui envolve o dilema entre restringir a autonomia em situações justificadas pelo bem comum ou restringir a autonomia em casos em que o profissional de enfermagem toma decisões pelo paciente, por “acreditar” que este está incapacitado em razão do transtorno mental⁽¹⁴⁾. Em muitos casos, a justificativa para a ação do enfermeiro envolve a busca do “melhor interesse para o paciente”.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o transtorno mental pode limitar a capacidade do indivíduo e comprometer sua habilidade para exercer sua autonomia com racionalidade⁽¹⁵⁾. Tradicionalmente, pessoas com transtornos mentais são consideradas irracionais e incapazes para tomar decisões^(16,17). Entretanto, as pessoas com transtornos mentais são antes de tudo pessoas. Dessa forma, até se provar o contrário, toda pessoa é capaz. A constatação de um transtorno mental, por si só, é insuficiente para se decretar sua interdição. Faz-se necessária a perícia médica a fim de que o profissional possa efetuar a aferição e a declaração do grau de comprometimento e incapacidade da pessoa com transtorno mental^(18,19). Ressalta-se, ainda,

que, no Brasil, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que abrange os direitos das pessoas com transtornos mentais, foi instituído pela Lei 13.146/15, que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2016⁽²⁰⁾ e modificou os dispositivos do Código Civil que abordavam a incapacidade civil, em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada por meio do Decreto 6.949 de 2009⁽²¹⁾. De acordo com o artigo 12 da referida Convenção, as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal para todos os aspectos da vida, cabendo ao Estado assegurar que essas pessoas não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens (artigo 12). Dessa forma, o Estatuto da Pessoa com Deficiência estabelece a possibilidade de curatela à pessoa com deficiência que não tenha condições de se autodeterminar (artigo 84, parágrafo 1º), como as pessoas com deficiência mental ou intelectual com dificuldade ou impossibilidade de discernimento, evitando os termos incapacidade e interdição. A curatela somente ocorrerá excepcionalmente, devendo ser proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso e devendo durar o menor tempo possível. É importante que os enfermeiros reflitam sobre estas mudanças legais quanto ao conceito de capacidade das pessoas com transtorno mental e busquem o equilíbrio em suas ações na prática, considerando cada caso, assim como as questões éticas e legais envolvidas⁽²²⁾.

2.4 CONTENÇÃO FÍSICA

O uso da coerção na psiquiatria é controverso. No entanto, medidas coercitivas são utilizadas extensivamente e representam séria restrição ao direito à liberdade e autonomia. A coerção pode ainda afetar mais gravemente pessoas marginalizadas e se transformar em uma experiência violenta e humilhante. O poder de deter e tratar pessoas contra sua vontade está no cerne das profissões da área de saúde mental e o uso da coerção varia de acordo com as legislações dos diferentes países^(23,24). No Brasil, o artigo 2º da Lei 10.216, de 2001, determina como direito da pessoa com transtorno mental: “II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; e VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”.

Em contraposição ao estabelecido em lei, na esfera da atenção à saúde mental, destacam-se algumas situações que podem caracterizar-se como prática de tortura por parte de membros da equipe. Entre elas, o uso abusivo de contenção mecânica (física) e a contenção química, por meio da utilização de medicamentos, são procedimentos indicados somente em hipóteses de pacientes violentos (critério da periculosidade) e que podem colocar em risco sua própria integridade, bem como a de outros pacientes e membros da equipe, além de poderem provocar danos materiais ao serviço⁽¹⁸⁾. A contenção física se configura, assim, como uma questão de direitos humanos, especialmente quando não é devidamente motivada⁽²⁵⁾.

É importante questionar, com base em princípios éticos, o uso da periculosidade como critério legal, fundamentado no argumento de que pessoas com transtornos mentais representam um

risco para si e para os outros^(26,27). Em muitos casos, a decisão de tratar uma pessoa contra sua vontade está relacionada ao “perigo” em se ter este indivíduo de volta à sociedade. Entretanto, há vários estudos indicando dificuldades na definição do critério de periculosidade^(23,26,28,29,30) que pode ser compreendida como “a condição potencial de que certa pessoa em determinado ambiente represente risco de violação ao direito de outras pessoas ou da organização social”⁽³¹⁾. De qualquer forma, a questão aqui é que o critério de “periculosidade”, apesar de subjetivo, permanece como padrão utilizado nas legislações. Outra questão é que, na tomada de decisão para o cuidado, as lacunas no conhecimento de profissionais de saúde e as ideias estereotipadas sobre “periculosidade” continuam a limitar o direito à liberdade de pessoas com transtornos mentais⁽³²⁾.

Nesse sentido, é relevante que enfermeiros discutam violações de direitos individuais, como o direito à autodeterminação e liberdade de pessoas com transtornos mentais.

2.5 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

O terceiro aspecto aqui abordado é o da internação involuntária, exemplo de exclusão de pessoas com transtornos mentais, a qual ocorre quando essas pessoas são privadas de seu potencial de desenvolvimento ao serem internadas em diferentes instituições de saúde⁽³³⁾. Uma das características das diferentes legislações de saúde mental é a permissão de pessoas com transtornos mentais serem tratadas sem seu consentimento⁽¹⁷⁾. No fim da década de 1980, muitos países desenvolvidos passaram a adotar uma definição mais abrangente para transtorno mental, embasando seu tratamento em dois pressupostos: objetivo terapêutico e múltiplos critérios de exclusão. Nesse contexto, as diretrizes da OMS estabelecem que a internação involuntária deve ser limitada a casos em que há risco de séria deterioração aos pacientes⁽³⁴⁾.

No Brasil, a Lei 10.216/2001 determina os direitos das pessoas com transtornos mentais e enumera como formas de internação psiquiátrica realizadas somente mediante laudo médico circunstanciado: a internação voluntária, que ocorre com o consentimento do usuário; a involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário; a voluntária que se transforma em involuntária; e a compulsória, realizada por determinação da justiça. A internação psiquiátrica involuntária é promovida por terceiros e se caracteriza pela não concordância expressa por parte da pessoa com transtorno mental em se submeter a essa modalidade de tratamento⁽³⁵⁾.

A regulamentação federal sobre o procedimento a ser adotado em caso de internação psiquiátrica involuntária está em conformidade com o disposto no princípio 16 dos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental adotado pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina 1407/94, 1408/94 e 1596/00⁽⁶⁾. No caso de internação psiquiátrica involuntária, é direito do usuário solicitar a presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária⁽³⁵⁾. Essa modalidade de internação requer autorização de médico registrado pelo

Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado em que se localiza o estabelecimento. Ainda, a desinternação do usuário pode ser requerida, por escrito, por parente ou responsável legal da pessoa com transtorno mental, desde que autorizada por médico devidamente registrado no CRM⁽³⁵⁾.

Deve-se ressaltar a importância de a equipe de saúde, especialmente os enfermeiros, promover o diálogo e o devido esclarecimento com relação à hospitalização involuntária⁽¹⁸⁾. De acordo com a Lei 10.216/2001, a internação psiquiátrica configura-se como último recurso terapêutico a ser adotado⁽³⁵⁾. Esta concepção é decorrente das inúmeras denúncias de violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais, especialmente em instituições psiquiátricas⁽³⁶⁾.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 **Livreto (COREN-SP): Código de ética e principais legislações**

http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais_legislacoes_web.pdf

 **Código de Processo Ético-disciplinar (Resolução COFEN Nº 370/2010)**

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html

 **Lei 5.905/1973 (Criação COFEN e CORENS)**

http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html

 **Resolução COFEN 185/1995 (Autorização - tarefas elementares de Enfermagem)**

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1851995_4247.html

 **Resolução COFEN 186/1995 (Definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem)**

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995_4248.html

REFERÊNCIAS

1. Vanlare L, Gastmas C. Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. *Nurs. Ethics.* 2007;14(6):758-66.
2. Sellman D. What makes a good nurse. London. Jessica Kingsley Publishers; 2011.
3. Carna. College and Association of Registered Nurses of Alberta. [homepage na internet]. Guide to Registration Renewal 2011 [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: <http://www.nurses.ab.ca/content/carna/home.html/?WebStructureID=4047>
4. Brasil. Planalto. Ensino de enfermagem no país. Lei No 775, de 6 de Agosto de 1949 [portaria na internet]. Palácio do Planalto Presidência da República [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm
5. Resolução COFEN 2007 [homepage na internet]. Código de ética dos profissionais de enfermagem [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html

6. Musse LB. *Novos sujeitos de direito. As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. São Paulo: Campus Jurídico, 2008.
7. Regan K. Trauma informed care on an inpatient pediatric psychiatric unit and the emergence of ethical dilemmas as nurses evolved their practice. *Issues mental health nurs.* 2010;31(3):216-22.
8. Roberts M. Psychiatric ethics; a critical introduction for mental health nurses. *J. psychiatr. ment. health nurs.* 2004;11(5):583-8.
9. Chan P. In whose best interests? An examination of the ethics of the UK government's White Paper 'Reforming the Mental Health Act'. *J. psychiatr. ment. health nurs.* 2002;9(4):399-404.
10. Muir-Cochrane E. An exploration of ethical issues associated with the seclusion of psychiatric patients. *Collegian.* 1995;2(3):14-20.
11. Parker JG. Chemical restraints and children: autonomy or veracity? *Perspect. psychiatr care.* 1995;31(2), 25-9.
12. Hopton J. Control and restraint in contemporary psychiatric nursing: some ethical considerations. *J. adv. nurs.* 1995;22(1):110-5.
13. Kashka MS, Keyser PK. Ethical issues in informed consent and ECT. *Perspect. psychiatr care.* 1995;31(2):15-21.
14. Svedberg B, Lützén K. Psychiatric nurses' attitudes towards patient autonomy in depot clinics. *J. adv. nurs.* 2001;35(4):607-15.
15. Green SA. An ethical argument for a right to mental health care. *Gen. hosp. psychiatr.* 2000;22(1):17-26.
16. Breeze J. Can paternalism be justified in mental health care? *J. Adv. Nurs.* 1998;28(2):260-65.
17. Matthews E. Autonomy and the psychiatric patient. *J. appl philos.* 2000;17(1):59-70.
18. Ventura CA. *Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais*. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2015.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. Vozes: Rio de Janeiro; 2002.
20. Brasil. Palácio do Planalto. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015 [portaria na internet]. Palácio do Planalto Presidência da República [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
21. Brasil. Palácio do Planalto. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 [portaria na internet]. Palácio do Planalto Presidência da República [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
22. Eastman NL, Hope RA. The ethics of enforced medical treatment: the balance model. *J. appl philos.* 1988;5(1):49-59.
23. Hoyer G. On the justification for civil commitment. *Acta psychiatry. scand.* 2000;101:65-71.
24. Munetz MR, Galon PA, Frese Iii FJ. The ethics of mandatory community treatment. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 2003;31(2):173-183.
25. Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. *JAPNA.* 2003;9(1):17-23.
26. Large MM, Ryan CJ, Nielssen OB, Hayes RA. The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts. *J. med. ethics.* 2008;34(12):877-81.
27. Gostin LO. Beyond moral claims: a human rights approach in mental health. *Camb. q. healthc. ethics.* 2001;10(3):264-74.
28. Leung WC. Why the professional-client ethic is inadequate in mental health care. *Nurs. ethics.* 2002b;9(1):51-60.
29. Sapey B. Compounding the trauma: the coercive treatment of voice hearers. *ESWRA.* 2013;16(3):375-90.

30. Humber JM. The involuntary commitment and treatment of mentally ill persons. *Soc. sci. med., F Med. soc. ethics.* 1981;15(4):143-150.
31. Nilsson T, Munthe C, Gustavson C, Forsman A, Anckarsäter H. The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments. *Int. j. law psychiatry.* 2009;32(6):400-7.
32. Balevre P. Is it legal to be crazy: an ethical dilemma. *Arch. psychiatr. nurs.* 2001;15(5):241-4.
33. Townsend R, Luck M. Protective jurisdiction, patient autonomy and paramedics: the challenges of applying the NSW Mental Health Act. *JEPHC.* 2009;7(4):1-11.
34. Fistein EC, Holland AJ, Clare IC, Gunn, MJ. A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *Int. j. law psychiatry.* 2009;32(3):147-55.
35. Brasil. Palácio do Planalto Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [portaria na internet]. Palácio do Planalto Presidência da República [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
36. Organização Mundial da Saúde. Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Cuidar sim, Excluir não [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001 [acesso em: 25 jun 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf.

CAPÍTULO

3

APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS NO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

[Ana Maria Laus](#)

[Andrea Bernardes](#)

[Carmen Silvia Gabriel](#)

[Fernanda Ludmilla Rossi Rocha](#)

[Lucieli Dias Pedreschi Chaves](#)

[Marta Cristiane Alves Pereira](#)

[Marília Pilotto](#)

[Sílvia Helena Henriques Camelo](#)

[Úrsula Westin](#)

3.1 OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

- reconhecer os instrumentos gerenciais que favorecem o desenvolvimento de competências para a organização e gestão do cuidado em saúde e Enfermagem.

3.2 INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o profissional responsável pela organização do trabalho e pelo gerenciamento do cuidado nos serviços de saúde. Este processo requer conhecimento, habilidades e atitudes que favoreçam a compreensão ampliada do processo saúde-doença e do cuidado.

Para tanto, o enfermeiro utiliza dispositivos tecno-assistenciais-organizacionais, tais como: gestão e dimensionamento das pessoas, educação permanente, supervisão de enfermagem, avaliação da qualidade, tecnologias da informação e comunicação no contexto da cultura organizacional de diferentes instituições, considerando a especificidade e a dinamicidade da organização do trabalho de enfermagem.

3.3 A GESTÃO DAS PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O processo de gestão de pessoas acontece há séculos e abrange discussões em vários

campos do conhecimento. Na área de gestão, houve diversos movimentos marcantes. O primeiro ocorreu por meio da Administração Científica. A insatisfação dos trabalhadores fez surgir um novo movimento, denominado Escola das Relações Humanas. Saiba mais sobre esse processo, acessando os links: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17> e <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>

Além desses movimentos, as relações industriais⁽¹⁾ também foram importantes na evolução da área de gestão de pessoas. Foi a partir dos anos 1960, com o crescimento das organizações e reconhecimento do valor do capital humano pelas empresas, que se começou a falar em administração de recursos humanos. Com a era do conhecimento, as pessoas passaram a investir em desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, a gestão de pessoas abriu espaços relacionados à reestruturação dos processos internos de recursos humanos e das estratégias para atrair, desenvolver e recompensar as pessoas nas organizações.

Nas organizações hospitalares, em que o aprimoramento e a inovação são determinantes para a competitividade no mercado, torna-se necessário um modelo de gestão de pessoas capaz de reconhecer e desenvolver competências profissionais. As competências representam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que cada trabalhador possui e que serve de referencial para a construção de seu desenvolvimento na empresa⁽²⁾. Leia mais sobre isso, acessando <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>.

Nessa perspectiva, a gestão de pessoas por competências nas organizações hospitalares deve ter a finalidade de gerenciar lacunas no preparo e formação dos profissionais, fazendo com que o rol de suas competências se aproxime daquelas necessárias para que a instituição atinja suas metas⁽³⁾.

3.4 O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL EM ENFERMAGEM

O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido descrito como um dos elementos que interferem diretamente na eficácia, qualidade e custo da assistência à saúde. Por essa razão, torna-se um aspecto de conflito nos serviços, uma vez que o quadro de pessoal de enfermagem representa um maior quantitativo dentro das organizações de saúde⁽⁴⁾.

É um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais, necessários para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores⁽⁴⁾.

A fim de direcionar esse processo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou várias resoluções estabelecendo parâmetros para o quantitativo mínimo das diferentes categorias profissionais de enfermagem. A publicação mais recente é a [Resolução 543/2017](#) e seus anexos I e II.

O processo de dimensionamento inicia-se com o conhecimento do perfil da clientela assistida. Para tanto, devem-se utilizar sistemas de classificação de pacientes, instrumentos desenvolvidos e validados que permitam determinar o grau de dependência do paciente em relação ao tempo

de cuidados requeridos.

Os instrumentos atualmente utilizados para unidades de internação clínica e cirúrgica são: [FUGULIN, GAIDZINSKI E KURCGANT \(2005\)^{\(5\)}](#) e [PERROCA \(2011\)^{\(6\)}](#); para pacientes na especialidade psiquiátrica: [MARTINS \(2006\)^{\(7\)}](#); pacientes pediátricos: [DINI e GUIARDELLO \(2014\)^{\(8\)}](#). A [resolução](#) trouxe elementos para nortear o cálculo de pessoal necessário para o atendimento de pacientes na área de saúde mental, centro de diagnóstico por imagem, centro cirúrgico, centro de material de esterilização, unidades de hemodiálise convencional e atenção básica.

3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Educação Permanente é uma das competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem⁽⁹⁾, sendo essencial para a qualificação da gestão nos serviços de saúde.

Trata-se de uma política ministerial que visa à aprendizagem no próprio trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pautada nas necessidades de saúde das pessoas e populações⁽¹⁰⁾, essa política é feita com base nos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, valorizando o que é essencial para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores.

A possibilidade de transformação do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), ao se adotar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ancora-se em três fundamentos centrais: a micropolítica do trabalho vivo, a roda de conversa e problematização/aprendizagem significativa⁽¹¹⁾. Assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>

Essas rodas de conversa não prescindem do organograma oficial de um serviço, nem de nenhuma hierarquia de uma organização. Vão acontecendo no agir do trabalho vivo, em ato de cada um e de todos, nos espaços informais ou formais dessa organização⁽¹²⁾.

Como resultado, quando utilizada a EPS da forma como é prevista, pode-se obter melhorias nas práticas assistenciais e gerenciais, favorecendo os gestores, trabalhadores e, especialmente, os usuários dos serviços de saúde.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 **Link 1**

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-FINAL.pdf>

 **Link 2**

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>

3.6 CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A cultura organizacional (CO) representa um conjunto de valores, crenças e normas que determinam o comportamento dos trabalhadores nas diferentes organizações⁽¹³⁾. Assim, a CO indica a atuação de coordenadores e líderes no processo de organização do trabalho e de gestão de pessoas. Além disso, a CO é instituída pelos fundadores e gestores e influencia diretamente o modelo de gestão a ser implementado na organização. Não podemos esquecer que a cultura das organizações sofre forte influência da cultura nacional, do contexto político, econômico e social do país, o que lhe confere um caráter histórico e mutável⁽¹⁴⁾.

Nas instituições de saúde brasileiras, especialmente nas organizações públicas, verifica-se a existência predominante de valores relacionados à verticalização da estrutura organizacional, à rigidez hierárquica, à centralização do poder e da tomada de decisão e à valorização de normas, rotinas e processos de trabalho em detrimento da valorização das competências individuais e das necessidades dos trabalhadores. Estes valores retratam princípios da Administração Clássica e representam a cultura destas organizações⁽¹⁵⁾.

Inseridos nestas instituições, marcadas por culturas cujos valores permeiam a hierarquização, a centralização de poder, a valorização dos processos de trabalho e desvalorização dos indivíduos, os trabalhadores de saúde correm maior risco de adoecer, uma vez que trabalham insatisfeitos, desmotivados, pressionados pelos coordenadores e desvalorizados, o que gera sofrimento neles. Em contrapartida, organizações marcadas por valores culturais relacionados à valorização do desenvolvimento da liberdade, da autonomia e das competências individuais e à participação dos diversos atores nos processos de organização do trabalho e de tomada de

decisão, apresentam ambientes de trabalho mais saudáveis, com oportunidades de crescimento profissional, o que gera sentimento de satisfação e motivação nos trabalhadores e diminui as chances de eles adoecerem⁽⁴⁾.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 **Link 1**

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160249776.pdf>

 **Link 2**

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf>

3.7 A SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Em diferentes cenários, a especificidade, a diversidade e o volume de intervenções realizadas pela equipe de enfermagem sob coordenação dos enfermeiros, assim como aspectos relevantes da divisão técnica e social do trabalho, dos modelos de atenção e das bases teóricas que fundamentam a gestão e organização do trabalho em serviços de saúde justificam dizer que a supervisão de enfermagem constitui-se em importante instrumento para o gerenciamento do cuidado.

Para reorganização das práticas de saúde e de enfermagem centradas no cuidado, o exercício da supervisão precisa considerar a integralidade, tanto na dimensão individual das necessidades de saúde do usuário, quanto na abordagem coletiva de organização do trabalho da equipe de enfermagem e dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

A supervisão de enfermagem pode ser instrumento de articulação de ações assistenciais e gerenciais quando é desenvolvida para além do enfoque de controle e monitoramento de produção, em uma abordagem educativa e de inclusão, para promover a reflexão, discussão, (re)significação e capacitação do capital humano para as intervenções de enfermagem, com foco na integralidade do cuidado, como suporte para o agir profissional ético, responsável e reflexivo.

O desafio que perpassa a supervisão de enfermagem diz respeito à organização dos serviços de saúde e do trabalho que reforça a fragmentação das ações, as relações rigidamente hierarquizadas e a ideia de punição equivocadamente articulada à supervisão, atreladas aos aspectos quantiquantitativos de dimensionamento de pessoal, aos conflitos e às fragilidades de colaboração interprofissional. A utilização da supervisão de enfermagem como instrumento gerencial, em abordagem educativa e de responsabilização, tem potencial para gerar transformações que repercutem favoravelmente no usuário, nos profissionais e nos serviços.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 **Link 1**

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-899.pdf

 **Link 2**

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a21.pdf

3.8 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Para desvendar o sentido complexo do conceito da qualidade em saúde, o relatório *Crossing the Quality Chasm, do Institute of Medicine*, definiu qualidade em saúde como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente”, sendo composta por seis dimensões: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, eficiência, efetividade, equidade e oportunidade⁽¹⁷⁾.

A análise sistemática dos dados gerais sobre o desempenho da assistência de enfermagem pode facilitar a tomada de decisão gerencial e a implantação de melhorias. Já a falta dessa análise dificulta muito a visão de resultados dos processos. Para tal, entende-se a adoção de indicadores como uma das estratégias fundamentais para a avaliação e acompanhamento da gestão da qualidade dos processos de trabalho da enfermagem.

No Brasil, o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) vem utilizando, em sua metodologia avaliativa, o monitoramento de 21 indicadores de enfermagem, divididos em dois grupos: indicadores assistenciais e indicadores de gestão de pessoas⁽¹⁸⁾. Maiores detalhes sobre o objetivo e o cálculo dos indicadores de enfermagem podem ser encontrados no link: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125

Desta forma, é possível, para os enfermeiros, implementar instrumentos reguladores da qualidade da assistência de enfermagem, com base nos componentes de estrutura, processo e de resultado, considerando os padrões e critérios de uma dada realidade.

3.9 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: ESTRATÉGIA DE GESTÃO EM SAÚDE

Os rápidos avanços tecnológicos e a crescente globalização, características marcantes da

sociedade atual, reforçam a relevância estratégica da informação no processo de tomada de decisão, planejamento da assistência e avaliação em saúde⁽¹⁹⁾.

No trabalho em saúde, a tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gerência. A sistematização do processo de tomada de decisão envolve o levantamento de dados acerca de um problema, a produção de informação pertinente, o estabelecimento de propostas de soluções, a escolha da decisão, a viabilização e implementação da decisão e a análise dos resultados obtidos⁽²⁰⁾.

O desafio contínuo está na produção, na disponibilização, no compartilhamento e no uso de informações válidas e oportunas que favoreçam a superação dos problemas de acesso, segurança, qualidade, financiamento e efetividade nos serviços de assistência à saúde⁽¹⁹⁾.

A utilização das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) para fins de saúde, denominada *eHealth* ou eSaúde, tem como fundamento o aperfeiçoamento do fluxo de informação através de meios eletrônicos para apoiar a prestação de serviços de saúde e a gestão de sistemas de saúde⁽²¹⁻²³⁾.

A incorporação das TIC ultrapassa as questões técnicas ou tecnológicas e caracteriza-se como prioridade para o desenvolvimento de uma [visão nacional de eSaúde](#)⁽²³⁾ e alcance dos efeitos desejados.

Exemplos de efeitos de eSaúde

- 1)** Possibilitar o acesso eletrônico a prestadores de cuidados de saúde apropriados por parte dos cidadãos e das comunidades rurais ou remotas.
- 2)** Facilitar o melhoramento contínuo do sistema de saúde através de uma utilização mais eficaz da informação acerca dos efeitos sobre a saúde.
- 3)** Melhorar a qualidade, a segurança e a eficiência das práticas clínicas, facultando aos prestadores de cuidados um melhor acesso a informações dos paciente, dados clínicos e ferramentas de apoio à decisão.
- 4)** Apoiar decisões políticas, investimento e investigação mais informadas através do acesso à comunicação oportuna, exata e abrangente das atividades e dos sistema de cuidados de saúde.
- 5)** Assegurar que as informações de saúde do paciente certo sejam disponibilizadas eletronicamente à pessoa certa, no lugar certo e no momento certo, para possibilitar decisões informadas sobre cuidados e tratamento.
- 6)** Capacitar o setor de saúde pra que funcione com mais eficácia como um sistema interligado, superando a fragmentação e a duplicação da prestação de serviços.
- 7)** Facultar aos consumidores acesso eletrônico à informação necessária para melhoras a gestão e controle da sua própria saúde.
- 8)** Possibilitar que as equipes multidisciplinar comuniquem e partilhem informação eletronicamente e prestem serviços mais bem coordenados ao longo do processo de prestação de serviços.

Os esforços devem ser fundamentados em [preceitos éticos](#) ⁽²⁴⁾ e legais, contextualizados socialmente e pautados em [diretrizes políticas e organizacionais](#) ⁽²⁵⁾ para viabilizar ações estratégicas que envolvem o desenvolvimento de [competências em Informática em Saúde](#) ⁽²⁶⁾ e [Enfermagem](#) ⁽²⁷⁾.

Nesta perspectiva, os [Sistemas de Informações em Saúde](#) ⁽²⁸⁾ (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados para coleta, processamento, armazenamento e distribuição da informação, com destaque para uma abordagem global, de longo prazo e colaborativa, para que todos os cidadãos do mundo possam se beneficiar da melhor solução eSaúde possível, visando ao alcance de [acesso universal a serviços de saúde de qualidade](#) ^(21-23, 29).

REFERÊNCIAS

1. Ávila LV, Stecca JP. Gestão de pessoas. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Politécnico; Rede e-Tec Brasil, 2015.
2. Oliveira DA, Gonçalves RS, Barbosa ACQ. Human resources managers' perception towards skills management. Rev FSA. 2014; 11(2):01-26.
3. Carbone PL, Brandão HP. Gestão por competências e gestão do conhecimento. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 176 p.
4. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenador. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.
5. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005;13(1): 72-78.
6. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011; 19(1):58-66.
7. Martins PASF, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm 2006;19(1):62-9.
8. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrument. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(5):787-93.
9. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. Saúde coletiva. 2016; 21(3): 913-922.
12. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. 2015; 1(1):07-14.
13. Schein EH. Organizational culture and leadership. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
14. Hofstede G; Hofstede GJ; Minkov M. Culture and organizations: intercultural cooperation and its importance for survival. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
15. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais - influências no

setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 508-14.

16. Chaves, LDP, Camelo SHH, Laus AM. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2011; 13(4):59.

17. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century.* Washington: National Academy Press, 2001.

18. Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH). Programa de qualidade hospitalar: manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP, 2012

19. Pereira Cologna MHYT ; Carvalho RAO ; Pileggi SO . Estrutura Básica para elaboração dos registros de enfermagem. In: Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM (Org.). *Sistema de Educação em Saúde Continuada à Distância - PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem.* 4ed.Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016, v.4, p.133-162.

20. Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerencial. *Ci. Inf., Brasília.* 2004; 33(1):72-80.

21. World Health Organization. *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth.* Geneva: World Health Organization; 2016.

22. World Health Organization. *Building foundations for eHealth: progress of Member States: report of the WHO Global Observatory for eHealth.* Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2006.

23. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Pacote de ferramentas da Estratégia Nacional de eSaúde.* Organização Mundial da Saúde e e União Internacional das Telecomunicações. Genebra, 2012.

24. International Medical Informatics Association. *O Código de Ética da IMIA para Profissionais de Informática em Saúde.* 2003. Disponível em: http://www.imia-medinfo.org/new2/pubdocs/Portuguese_trans_Brasil.pdf

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

26. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Versão 2.0. 2016. *Competências* Disponível em: http://www.sbis.org.br/images/ProTics/Competencias_Informatica_Saude_SBIS_proTICS_v_2_0-rev-MS.pdf. Acesso em 20 jun 2017.

27. Kaminski J. *Nursing Informatics Competencies.* Nursing Informatics Learning Center. Disponível em: <http://nursing-informatics.com/niassess/leadership.html>. Acesso em 20 jun 2017.

28. Marin HF. *Sistemas de informação em saúde: considerações gerais.* *J. Health Inform.* 2010, 2(1):20-24.

29. Dzenowagis J, Kernen G. *Connecting for health: global vision, local insight.* World Health Organization, Switzerland, 2005.

CAPÍTULO

4

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM RELACIONADA AO COMPORTAMENTO SUICIDA

[Kelly Graziani Giacchero Vedana](#)

[Isabela dos Santos Martin](#)

[Camila Corrêa Matias Pereira](#)

[Lucilene Cardoso](#)

4.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

• auxiliar o aluno na compreensão e na aplicação prática do cuidado do indivíduo com comportamento suicida. Para isso, serão apresentados os conceitos e a epidemiologia do comportamento suicida, os fatores de risco e proteção, as estratégias de prevenção (incluindo a avaliação, a classificação do risco de suicídio e a intervenção de enfermagem junto aos indivíduos com risco de suicídio) e a relação entre os meios de comunicação e o comportamento suicida.

4.2 CONCEITOS E EPIDEMIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio é um fenômeno enigmático, complexo e dificilmente compreendido e discutido pela sociedade, embora seja muito frequente e impactante no mundo todo. Pode ser definido como morte autoinduzida, que contém evidências suficientes (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha a intenção de provocar a própria morte⁽¹⁾.

Seguem alguns dados a respeito do suicídio.

• Estima-se que, em 2012, ocorreram 804 mil mortes por suicídio no mundo, representando uma taxa anual de 11,4 suicídios por 100 mil habitantes.

• O suicídio está entre as dez primeiras causas de morte no mundo e é a segunda principal causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos⁽²⁾.

• Anualmente, o número de mortes por suicídio é maior que o número de mortes causadas por todos os conflitos mundiais combinados⁽³⁾.

• O suicídio causa um impacto psicológico e social imensurável na família e na sociedade⁽⁴⁾.

Para o comportamento suicida, há uma definição mais abrangente do que o suicídio, pois pode ocorrer ao longo de um *continuum*, abarcando desde pensamentos de autodestruição até ameaças ou gestos que levam a tentativas de suicídio ou ao óbito por suicídio⁽²⁾.

O comportamento suicida não é classificado como um transtorno mental, embora sua ocorrência esteja associada à presença desses transtornos⁽⁵⁾. Entre os comportamentos suicidas, estão as tentativas de suicídio, que são comportamentos autolesivos com consequências não fatais, acompanhados de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

As tentativas de suicídio atingem taxas elevadas, podendo chegar a 10 ou 20 vezes o número de suicídios concluídos⁽²⁾. Os índices de prevalência de tentativas de suicídio durante toda vida variam de 0,4% a 4,2%⁽⁶⁾. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade causada pelo suicídio cresceu 60% nos últimos quarenta e cinco anos no mundo⁽²⁾, sendo as tentativas de suicídio mais comuns entre mulheres e os óbitos por suicídio mais comuns entre homens⁽⁵⁾.

4.3 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

É importante conhecer os fatores de risco e proteção relacionados ao comportamento suicida, uma vez que muitas estratégias de prevenção estão relacionadas à redução de fatores de risco, à promoção de fatores de proteção ou à atenção dirigida a grupos vulneráveis.

4.3.1 FATORES DE RISCO

- Já ter tentado cometer suicídio.
- Apresentar sentimentos de inutilidade, culpa, raiva de si mesmo, impulsividade e agressividade.
 - Ter transtornos mentais e ter usado drogas.
 - Apresentar isolamento social e solidão.
 - Ter sofrido violência física ou sexual.
 - Ter doença muito grave ou sem cura.
 - Ter doenças graves e degenerativas, dependência física ou comprometimento funcional.
 - Rigidez de personalidade.
 - Desesperança e o sofrimento emocional insuportável.

4.3.2 FATORES DE PROTEÇÃO

- Ter bons vínculos afetivos (família, amigos e relacionamentos).
- Vivenciar sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade.
- Ter crenças religiosas, culturais e étnicas.
- Ter esperança e planos para o futuro.

- Usar de modo construtivo o tempo de lazer.
- Estar casado(a) ou com companheiro(a) fixo(a).
- Ter filhos pequenos.
- Ter acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

4.4 PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

As estratégias de prevenção do comportamento suicida podem envolver indivíduos, famílias, grupos específicos ou a sociedade como um todo, abrangendo diferentes setores sociais, com diversos objetivos. É importante que o enfermeiro esteja capacitado para intervir nessas diferentes situações.

4.5 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM SAÚDE COLETIVA

Existem diferentes ações de saúde coletiva recomendadas para promover a prevenção do suicídio^(7,8).

- Identificar e reduzir a disponibilidade de acesso aos meios para se cometer suicídio (exemplos: armas de fogo e substâncias tóxicas).
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida.
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e o subsequente tratamento dos transtornos mentais.
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde no que se refere às atitudes e aos tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais.
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e seu reconhecimento precoce.
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio.
- Incentivar a pesquisa na área de prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos.
- Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e são os primeiros a entrar em contato com indivíduos sob risco de suicídio.
- Promover a educação sobre o tema, em diferentes setores da sociedade, favorecendo a redução do estigma e a procura por ajuda.

O material a seguir é um recurso que pode ser utilizado em estratégias educativas relacionadas ao comportamento suicida.

10 de Setembro
Dia Mundial de
Prevenção ao Suicídio



Precisamos falar
sobre suicídio

Sabrina Marques Moraes

Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP.

Kelly Graziani Giacchero Vedana

Professora Doutora da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto - EERP/USP.



Liga de
Psiquiatria
EERP/USP



O que é suicídio?

Precisamos falar
sobre suicídio

O comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. O comportamento suicida inclui desde pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o suicídio consumado⁽¹⁾.



O impacto do suicídio

O suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos de idade e mais de 800 mil pessoas morrem a cada ano por suicídio⁽²⁾.



Principais fatores de risco para o suicídio⁽³⁻⁴⁾

- história de tentativa de suicídio;
- transtornos mentais (principalmente depressão);
- uso de substâncias psicoativas;
- condições clínicas incapacitantes, graves ou incuráveis;
- desesperança, impulsividade e agressividade;
- estressores psicossociais.



Sinais de alerta

Para identificar o risco de suicídio é importante avaliar os sentimentos principais de quem pensa em se matar, representados pelos “4D”:
Depressão, Desesperança, Desamparo e Desespero⁽⁵⁾.

É importante estar atento a frases de alerta, como por exemplo:

Eu preferia
estar morto.

Minha vida
não tem
solução.

Os outros
ficarão
mais felizes
sem mim.



Perguntas úteis para avaliar o risco de suicídio⁽⁶⁾

Para avaliar ideação suicida: Como você se sente ultimamente? Como está a sua vontade de viver, nesse momento? Em algum momento já sentiu desejo de fazer algo contra você? Pensou em por um fim à própria vida?

Para avaliar o plano de suicídio: Pensou em como se mataria? Já tentou ou se preparou para se matar? Quando você está planejando fazê-lo?

Iniciando o processo de ajuda: O que te leva a desejar a morte? Tem esperança de ser ajudado? Quais são as suas razões para viver? O que te ajuda quando você está em momentos difíceis?



Mitos sobre o suicídio⁽⁵⁻⁸⁾

- **“Quem quer se matar não avisa”:** pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou concluem o suicídio comunicam de alguma maneira sua intenção.

- **“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir a pessoa a isso”:** perguntar a uma pessoa sobre o suicídio é necessário e não vai levar a pessoa ao suicídio.

- **“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular”:** Toda ameaça de suicídio deve ser levada a sério e indica que a pessoa está sofrendo e precisa de ajuda.

- **“Quem quer se matar, se mata mesmo”:** Essa ideia pode conduzir a falta de ações de prevenção que poderiam ser eficazes.



12 formas de ajudar a pessoa em risco de suicídio^(1,5-8)

1- Levando a sério indicativos de suicídio.

2- Priorizar a segurança (e evitar que ele tenha acesso a meios para cometer o suicídio).

3- Realizar uma avaliação completa abrangendo: ideação suicida (pensamentos sobre ser o autor da própria morte), planos para concretizar o suicídio, necessidades do cliente, fatores de proteção e suporte social e familiar disponíveis.

4- Mobilizar recursos e apoio com permissão do cliente (família, companheiros, amigos, profissionais de saúde, grupos de apoio, apoio religioso etc).

5- Promover fatores de proteção e bem-estar.



12 formas de ajudar a pessoa em risco de suicídio^(1,5-8) (continuação)

6- Estabelecer vínculo terapêutico.

7- Trabalhar a ambivalência: permitir que a pessoa fale sobre o conflito entre o desejo de viver e morrer e suas razões pessoais para morrer e para manter-se vivo.

8- Questionar as percepções da pessoa sobre as conseqüências do suicídio.

9- Promover a esperança por meio de questionamento lógico (quando a pessoa está excessivamente pessimista, com percepção distorcida sobre a realidade).

10- Estabelecer "contrato de não-suicídio" no qual a pessoa é convidada a estabelecer um compromisso que buscar ajuda profissional e não cometer o suicídio quando estiver com desejo de provocar a própria morte. (O contrato geralmente é aplicado quando há vínculo com o profissional e é renovado periodicamente).

11- Trabalhar a solução de problemas (ajudar a pessoa a perceber e explorar as várias alternativas ao suicídio). É útil quando há estressor ou problema que gera um sofrimento intolerável com o qual a pessoa não consegue lidar.

12- Favorecer a redução de sentimentos de vergonha, culpa e estigma quando a pessoa tentou o suicídio.

Referências

- 1- WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- 2- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide. A resource for media professionals. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 3- BERTOLOTE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.32, sup.2, p. 87-95, 2010.
- 4- QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências Psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.; 21cm.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006.
- 6- MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: An update. Asian Journal of Psychiatry, v. 6, n. 5, p. 430-435. 2013.
- 7- REGISTERED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. 2009.
- 8- EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA). Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Full Version. 2012.



CVV - Centro de Valorização da Vida
Ligue 141



chat:www.cvv.org.br Skype: cvv voip

e-mail: cvv141@cvv.org.br facebook: CVV-Centro de Valorização da Vida

O CVV realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por 24 horas todos os dias.

Realização:



Patrocínio:



Rua Coronel Camisão, 1322
Fone: 3966-1263



4.6 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ABORDAGEM INDIVIDUAL PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

➔ Avaliação do risco de suicídio

A avaliação adequada do risco suicida é fundamental para salvar vidas^(1,9), e a entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco de suicídio, estabelecer o suporte emocional e coletar as informações relacionadas aos fatores de risco e proteção, as características do ato, os precedentes pessoais e familiares, os dados sobre a saúde física e a identificação de redes de apoio social⁽⁵⁾.

No material a seguir, é possível aprender a realizar a avaliação do risco de suicídio e testar seus conhecimentos sobre a avaliação do risco de suicídio.

QUANDO AVALIAR O RISCO DE SUICÍDIO?



O reconhecimento de **SINAIS DE RISCO** e **FRASES DE ALERTA** pode revelar aos profissionais de saúde, casos que requerem maior **atenção** e uma **avaliação** mais completa do risco de suicídio. Esses são indícios importantes de que a pessoa pode estar precisando de ajuda e precisa de uma avaliação mais cuidadosa. Busque se comunicar com a pessoa!



CLIQUE AQUI PARA ASSISTIR A APRESENTAÇÃO.

Apresentação de slides: Avaliação do risco de suicídio

➔ Classificação do risco de suicídio

Não é possível prever o comportamento suicida ou determinar claramente quem tentará cometer suicídio, mas é possível estimar o risco de suicídio para o planejamento adequado dos cuidados a serem prestados em cada situação. De acordo com a OMS, o risco de suicídio pode ser

classificado⁽³⁾, conforme apresenta o quadro a seguir.

Classificação do risco de suicídio

Leve: a pessoa tem desejo de se matar, mas não tem plano, preparação ou tentativas anteriores. Ela aceita ajuda e acredita que pode melhorar.

Moderado: a pessoa tem planos para o suicídio, existem fatores de risco, mas a pessoa está motivada para melhorar.

Severo ou extremo: há planos e preparação para o suicídio, há fatores de risco, a pessoa não acredita que pode ser ajudada e, geralmente, já tentou suicídio antes.

É importante também o conhecimento de características que estão presentes na maioria das pessoas com risco de suicídio.

- *Ambivalência:* é atitude interna característica de pessoas que têm ideação ou tentam suicídio. Geralmente, essas pessoas querem, ao mesmo tempo, alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é um fator que possibilita a prevenção do suicídio.

- *Impulsividade:* a impulsividade merece ser cuidadosamente avaliada entre pessoas que possam estar em risco suicida.

- *Rigidez/constricção:* um estado cognitivo no qual a pessoa apresenta o estreitamento das opções disponíveis e tende a pensar no suicídio como a única solução, sem que alternativas sejam exploradas.

Teste seus conhecimentos sobre a avaliação do risco de suicídio.

Intervenções de enfermagem no comportamento suicida

A equipe de enfermagem tem contato frequente com indivíduos em risco ou após tentativas de suicídio e tem papel central no manejo desses casos^(10,11).

Avaliação constante e promoção da segurança

- Determinar presença e grau do risco de suicídio.
- Determinar se o paciente tem meios disponíveis para levar adiante o plano do suicídio.
- Identificar necessidades imediatas de segurança.
- Continuar o levantamento regular de dados de risco de suicídio para fazer ajustes adequados nas precauções contra o suicídio.

Interação terapêutica

- Interagir com o paciente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos.
- Usar uma abordagem direta e sem julgamentos ao discutir o suicídio.

Em casos de risco de suicídio elevado ou iminente

- Discutir a necessidade de hospitalização do paciente com grave risco de comportamento suicida.
 - Agir para prevenir que o indivíduo lesione a si mesmo ou tire a própria vida (por exemplo, com maior observação e monitoramento contínuo do paciente, oferecimento de um ambiente protetor, retirada de objetos que possam ser usados para causar autolesão).
 - Fazer buscas no ambiente e retirar objetos perigosos, deixando-o livre de perigos.
 - Limitar o acesso à janela, a menos que esteja trancada e seja à prova de arrombamento.
 - Limitar o uso pelo paciente de armas potenciais (como objetos cortantes e semelhantes a cordas).
 - Monitorar o paciente durante o uso de armas potenciais (por exemplo: lâmina de barbear).
 - Usar intervenções de proteção se o paciente não estiver contido para evitar autolesão quando necessário.
 - Comunicar as questões de risco e de segurança relevantes a outros provedores de cuidados.
 - Designar o paciente hospitalizado a quarto localizado perto do posto de enfermagem para facilitar a observação conforme apropriado.
 - Aumentar a vigilância de paciente hospitalizado em momentos em que haja número menor de funcionários (por exemplo, em caso de reuniões, passagem de turno/relatório, horário de refeições, noites, fins de semana, momentos caóticos na unidade de enfermagem).
 - Discutir o caso com a equipe antes de modificar as precauções contra suicídio.

Controle de fatores de risco

- Tratar e controlar doenças ou sintomas psiquiátricos que possam colocar o paciente em risco de suicídio.
 - Promover a qualidade de vida e o controle da dor, quando necessário.
 - Evitar repetir discussão de história anterior de suicídio, mantendo as conversas voltadas ao presente ou ao futuro.

Promoção de fatores de proteção

- Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento (como treinamento da assertividade, controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo), conforme seja apropriado.
- Levar em conta estratégias para reduzir o isolamento.

Favorecer a autonomia e participação do paciente

- Envolver o paciente no planejamento do próprio tratamento, conforme seja apropriado.

Intervenções relacionadas ao tratamento medicamentoso

- Checar a boca do paciente após administrar medicamento, a fim de garantir que ele não o escondeu para tentativa posterior de overdose.
- Oferecer quantidades pequenas dos medicamentos prescritos que possam ser letais àqueles com risco de suicídio, reduzindo assim a oportunidade de cometê-lo, conforme seja apropriado.
- Monitorar a ocorrência de efeitos secundários e os resultados desejados dos medicamentos.

Favorecer a continuidade do acompanhamento

- Dar informações sobre recursos disponíveis e sobre programas da comunidade e fora dela.
- Favorecer o acesso a serviços de saúde mental e promover a adesão ao tratamento.

Plano para gestão de crises

- Discutir planos para lidar com ideias suicidas no futuro (como identificação de fatores precipitadores, quem está em contato, onde buscar ajuda, formas de minorar sentimentos de autolesão).
- Encorajar o paciente a buscar provedores de cuidado para conversar sobre a urgência, a fim de evitar a autolesão.

Identificar recursos de apoio

- Ajudar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte (religioso, família, provedores de cuidado etc.).

Envolvimento e suporte para a família

- Explicar as precauções contra suicídio e os assuntos de segurança relevantes ao paciente, à família e às pessoas significativas (por exemplo: finalidade, duração, expectativas de comportamento e consequências no comportamento).
- Facilitar o apoio da família e dos amigos ao paciente.
- Envolver a família no plano de alta (por exemplo: ensino sobre a doença/medicação, reconhecimento de aumento do risco de suicídio, plano do paciente para lidar com ideias de autolesão, recursos da comunidade).

Influência dos meios de comunicação no comportamento suicida

Outro aspecto que merece destaque é o papel significativo da mídia na sociedade atual, ao proporcionar uma ampla gama de informações, por meio dos mais variados recursos.

A mídia influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais. Em razão dessa grande influência, os meios de comunicação podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio⁽¹²⁾.

As diversas possibilidades de comunicação em massa que surgiram com a internet permitem que o tema suicídio se torne acessível ao público, muitas vezes de forma controversa⁽¹³⁾. O crescimento das mídias sociais apresentam novos desafios e novas possibilidades na prevenção do suicídio, uma vez que, muitas vezes, os jovens expressam pensamentos e intenções suicidas nas redes sociais e também utilizam essas redes para buscar conhecimento a respeito de métodos para o suicídio ou de assuntos relacionados⁽¹⁴⁾.

As redes sociais apresentam conteúdos diversos e têm relação ambígua com o conteúdo do suicídio, podendo formar uma rede de apoio e bem-estar para indivíduos em sofrimento, bem como disseminar informações com conteúdo pró-suicídio⁽¹⁵⁾.

Além da internet, outras mídias apresentam dificuldade de informar sem ferir a suscetibilidade das pessoas e sem provocar danos, principalmente quando o suicídio é de uma celebridade ou de uma figura pública. A veiculação inapropriada de casos de suicídio pode causar o estímulo do ato em pessoas vulneráveis, o considerado “efeito contágio”⁽¹⁵⁾. Entretanto, uma boa reportagem pode inverter o contágio, com a meta de informar e auxiliar a população sob risco de suicídio⁽¹⁶⁾. Alguns temas podem ser abordados em reportagens sobre o comportamento suicida, visando à prevenção, como: os recentes avanços no tratamento de transtornos mentais; a apresentação do suicídio como uma morte evitável; histórias de pessoas que, com a ajuda certa, não cometeram o suicídio e de pessoas com transtorno mental que tentaram o suicídio e que, hoje, vivem com qualidade de vida; mitos e verdades sobre o suicídio; sinais de alerta de indivíduos com risco de suicídio; estratégias de prevenção, descrevendo experiências capazes de diminuir o número de óbitos por suicídio; e entrevistas com profissionais de saúde mental para que a questão seja retratada de forma menos individualista⁽¹⁶⁾.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 <https://inspiracao-leps.com.br/plano-de-gestao-de-criSES/>

 <https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/como-ajudar-alguem-em-risco-de-suicidio/>

 <https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/lidando-com-o-luto/>

 <https://inspiracao-leps.com.br/especialistas/conversando-sobre-suicidio/>

 <https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/kit-esperanca/>

 **CVV:** <http://cvv.org.br/>

 **Texas Suicide Prevention:** <http://www.texassuicideprevention.org/>

 **Suicide Prevention Resource Center:** <http://www.sprc.org/>

REFERÊNCIAS

1. Emergency Nurses Association. Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment. Full Version. 2012.
2. World Health Organization. Preventing suicide Preventing suicide. 2014.
3. OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO UM RECURSO PARA CONSELHEIROS. 2006;1-18.
4. OMS. Prevenção Do Suicídio: Um Manual Para Profissionais Da Saúde Em Atenção Primária. SUPRE. 2000;22.
5. Bertolote JM, De Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(SUPPL. 2):587-95.
6. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio : fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública, Rio Janeiro. 2013;29(1):175-87.
7. World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness ? Health Technol Assess (Rockv). 2004;(July):1-19.
8. WHO. Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. World Health Organisation. 2005. 195 p.
9. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. 2009;(January):1-122.
10. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012;49(6):691-700. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010>
11. Nebhinani M, Nebhinani N, Tamphasana L, Gaikwad AD. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. J Neurosci Rural Pract [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Mar 10];4(4):400-7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3858758&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO : UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA saúde em atenção primária. Genebra OMS. 2000;1-22.
13. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. PLoS One. 2013;8(10).
14. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yung A, Yuen HP, et al. The development of a randomised controlled trial testing the effects of an online intervention among school students at risk of suicide. BMC Psychiatry. 2014;14(1):155.
15. Lin IH, Ko CH, Chang YP, Liu TL, Wang PW, Lin HC, et al. The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. Compr Psychiatry. 2014;55(3):504-10.
16. Botega NJ, Cais CF da S, Correa H, Segal J, Carvalho JA, Bertolote JM, et al. Comportamento Suicida: Conhecer Para Prevenir. Assoc Bras Psiquiatr. 2009;32.

CAPÍTULO

5

PROCEDIMENTOS EM IMUNIZAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SALA DE VACINAÇÃO

[Débora Falleiros de Mello](#)

[Patrícia Abrahão Curvo](#)

[Daniela Taysa Rodrigues Pimentel](#)

[Maria Antonieta Spinoso Prado](#)

[Susana Inés Segura-Muñoz](#)

5.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- caracterizar a finalidade da imunização e os elementos básicos da resposta imune em vacinação humana;
- descrever a cadeia de frio e as ações na organização, conservação e transporte dos imunobiológicos;
- reconhecer os insumos utilizados em sala de vacinação e os procedimentos operacionais para a administração de vacinas;
- caracterizar a prática de enfermagem na organização de uma sala de vacinação em nível local.

5.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM IMUNIZAÇÃO

Esforços globais são realizados para fortalecer programas de vacinação, particularmente nos países em desenvolvimento, visando atingir maior cobertura da vacinação tradicional e introdução de novas vacinas.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) criou o Programa Ampliado de Imunização (PAI) em 1974⁽¹⁾. No Brasil, foi institucionalizado o Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1975, que estabelece as metas, define e organiza as ações da política nacional de vacinação da população brasileira⁽²⁾. Anteriormente as ações de imunização eram isoladas, especialmente para o controle de doenças específicas, com ações como a campanha de erradicação da varíola, o controle da poliomielite e da tuberculose. As metas mais recentes contemplam a erradicação do sarampo e a eliminação do tétano neonatal. A essas metas, soma-se o controle de outras doenças imunopreveníveis, como difteria, coqueluche, tétano acidental, hepatite B, meningites,

febre amarela, formas graves da tuberculose, rubéola e caxumba, bem como a manutenção da erradicação da poliomielite⁽¹⁻³⁾.

O PNI exerce forte contribuição para a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas no Brasil. Esse programa é referência mundial⁽²⁾ porque adotou:

- Estratégias para garantia de alta cobertura vacinal;
- Vacinação de rotina e campanhas anuais;
- Ampliação da população-alvo (crianças, adolescentes, gestantes, puérperas, adultos e idosos);
- Política de parcerias e modernização tecnológica da produção nacional de imunobiológicos.

➔ Objetivos da Imunização



5.3 ELEMENTOS BÁSICOS DA RESPOSTA IMUNE

O sistema imunológico é uma rede de elementos celulares de defesa do organismo, que lida com os **antígenos** (proteínas estranhas: vírus, bactérias, toxinas, entre outras) e constrói os **anticorpos** (proteínas que conferem proteção)⁽⁴⁾.

➔ **Resposta imune:** depende de fatores inerentes aos componentes das vacinas e de fatores relacionados ao próprio organismo (idade, doença, tratamento imunodepressor, medicamentos, entre outros)⁽⁴⁾.

Tipos de Imunidade

➔ **Natural ou inespecífica:** mecanismos que dificultam a implantação, penetração e/ou multiplicação de agentes agressores e microrganismos. Mecanismos Básicos da Resposta Imune: fluxo constante de líquidos, movimentos peristálticos, renovação celular, flora nasal e gastrointestinal, lágrima, saliva, reação inflamatória, entre outros⁽⁴⁾.

➔ **Específica:** é exercida através da produção de anticorpos ou imunoglobulinas (Imunidade Humoral), ou através da produção de células dotadas de receptores que reconhecem determinadas estruturas dos antígenos (Imunidade Celular)⁽⁴⁾.

Processos Imunizantes

Ativo

Natural = infecções clínicas e subclínicas.

Artificial = Vacinação.

Passivo

Natural = por meio da placenta, colostro e leite materno.

Artificial = soros e imunoglobulinas.

5.4 PRODUTOS VACINAIS: IMUNOBOLÓGICOS DISPONÍVEIS PARA A ESPÉCIE HUMANA

Na prevenção de doenças infecciosas, as **vacinas** propiciam amplos benefícios e o cuidado contínuo com a saúde reforça a proteção do organismo.

É essencial reconhecer que a vacinação é uma ação intrinsecamente vinculada à atenção básica em saúde, como um cuidado preventivo de promoção e de proteção da saúde, oferecido, de modo geral, na porta de entrada do SUS⁽⁴⁾.

Natureza: vacina é um produto farmacêutico termo lábil e fotossensível que contém um ou mais agentes imunizantes (bactéria ou vírus atenuado, bactéria morta, componentes químicos purificados ou modificados).

Composição: agente imunizante, líquido de suspensão (água destilada ou solução salina fisiológica), conservantes, estabilizantes e antibióticos, adjuvantes (em geral: hidróxido de alumínio ou fosfato de alumínio).

➔ **Origem dos Produtos – Controle de Qualidade:** Laboratórios nacionais e internacionais. As cepas iniciais e meios de cultura são padronizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Há controle de qualidade e testes da OMS e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde-Brasil.

5.5 VACINAS E OS PRINCÍPIOS GERAIS PARA SUA UTILIZAÇÃO

As informações a respeito das vacinas disponíveis para a espécie humana constam do programa de imunização brasileiro, com sua apresentação, composição, doença que confere proteção, esquema vacinal com número de doses e volume, via de administração, indicações e contraindicações específicas a cada imunobiológico e conservação⁽⁴⁾.

Quanto ao preparo, diluição e administração das vacinas, revisamos a seguir os seus **PRINCÍPIOS GERAIS**⁽⁴⁾.

- Rigorosa higienização das mãos antes e após (preparo e aplicação);
- Informações completas do estado de saúde da pessoa;
- Identificar indicações e contraindicações;
- Orientações da vacinação, conclusão do esquema vacinal e data de retorno;
- Orientações sobre eventos adversos e cuidados pós-vacinação;
- Registrar data de retorno a lápis na carteira de vacinação;
- Realizar o registro das vacinas aplicadas em boletins apropriados;
- Atentar-se às práticas inapropriadas de alívio da dor (uso rotineiro de analgésicos e/ou antitérmicos, compressas quentes ou mornas);
- Oferecer as orientações pertinentes antes da administração do(s) imunobiológico(s).

Para a reconstituição de imunobiológicos apresentados em forma liofilizada:

- Higienização das mãos;
- Selecionar seringa e agulha apropriadas ao conteúdo do líquido de aspiração;
- Retirar a tampa metálica do frasco-ampola com conteúdo liofilico, utilizando a pinça “dente de rato” ou a ponta romba de uma tesoura;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Envolver a ampola do diluente em gaze ou algodão seco e proceder à abertura;
- Colocar a ampola aberta entre os dedos indicador e médio;
- Aspirar todo o diluente da ampola e injetar na parede interna do frasco-ampola. No preparo, o diluente deve estar na mesma temperatura da vacina;
- Homogeneizar o conteúdo em movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma;
- Registrar no frasco data e hora de abertura e preparo do imunobiológico;
- Aspirar quantidade da solução correspondente à dose a ser administrada com novo dispositivo seringa agulha apropriado ao volume e via de administração;
- Colocar a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola e expulsar o ar;
- Manter a agulha protegida até o momento da administração;
- Retornar imediatamente o imunobiológico ao refrigerador ou caixa térmica.

Para a remoção de imunobiológicos acondicionados em frasco-ampola com tampa de borracha:

- Higienizar as mãos e escolher a seringa e a agulha apropriadas à via de administração;
- Remover a proteção metálica do frasco-ampola utilizando a pinça “dente de rato” ou a ponta romba de uma tesoura;
- Limpar a tampa de borracha com algodão seco;
- Introduzir a agulha no frasco-ampola;
- Aspirar o líquido correspondente à dose a ser administrada;
- Colocar a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), e ajustar a dose com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola, expulsando o ar quando necessário;
- Manter a agulha protegida até o momento da administração;
- Retornar imediatamente o imunobiológico ao refrigerador ou caixa térmica.

Frasco multidose: antes da aspiração de uma nova dose, limpar a tampa de borracha com algodão seco. Sempre antes de cada aspiração da dose, realizar a homogeneização do produto. A cada dose aspirada, perfurar a borracha em locais diferentes dentro do círculo demarcado, evitando o ponto central da tampa.

Para a remoção de imunobiológicos acondicionados em ampolas de vidro:

- Higienizar as mãos;
- Escolher a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acoplar a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
- Envolver a ampola em algodão seco;
- Abrir a ampola e colocá-la entre os dedos indicador e médio;
- Introduzir a agulha na ampola e aspirar a dose correspondente.

Administração da vacina: *utilizar a mesma agulha que aspira a dose (mesmo em frasco ampola com tampa de borracha). Antes de cada aspiração da dose, homogeneizar o conteúdo realizando um movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma.*

Para relembrar o procedimento operacional e vias de administração bem como suas especificações em vacinação subcutânea, intramuscular e intradérmica, o aluno poderá pesquisar no Manual produzido pelo Ministério da Saúde sobre Normas e Procedimentos para Vacinação⁽⁴⁾:

Uso de luvas: *sempre que houver possibilidade de contato com líquidos potencialmente infecciosos ou se o profissional de saúde tiver lesões abertas nas mãos.*

Álcool comum: não deve ser utilizado pela sua baixa volatilidade (demora a secar) e pelo seu baixo poder antisséptico. Em situações excepcionais, quando não houver água e sabão em vacinação extramuros (campanhas com postos volantes ou na zona rural) e em ambiente hospitalar, utilize o álcool a 70%. Quando usar o álcool a 70% para a limpeza da pele, friccione o algodão embebido por 30 segundos e, em seguida, espere mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool no procedimento.

5.6 REDE DE FRIO

A Rede de Frio representa toda a estrutura técnico-administrativa (normatização, planejamento, avaliação e financiamento) direcionada para a manutenção adequada da Cadeia de Frio. Esta, por sua vez, compreende o processo logístico de recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e transporte de imunobiológicos. A Rede de Frio organiza-se em todas as instâncias – nacional, estadual, regional e municipal – com o objetivo de assegurar que os imunobiológicos disponibilizados no serviço de vacinação sejam mantidos em condições adequadas, desde sua produção e saída dos laboratórios produtores até o momento de sua administração⁽⁵⁾.

A redução ou a falta do efeito desejado da vacinação ocorre quando há alterações de temperatura (excesso de frio ou calor) que podem comprometer a potência imunogênica⁽⁴⁾.

A Sala de Vacinação (figura 1) representa a instância final da Rede de Frio, sendo usada exclusivamente para procedimentos de vacinação de rotina, campanhas, bloqueios e intensificações. Consideradas suas atribuições, as salas localizam-se em unidades de Atenção Básica de Saúde e hospitais que ocupam posição estratégica em relação à Rede de Frio. É fundamental o armazenamento dos imunobiológicos aplicáveis em suas rotinas em equipamentos para refrigeração apropriados e dentro de condições ideais⁽⁵⁾.

Equipamentos: câmaras frigoríficas ou câmaras frias (grandes reservatórios para o armazenamento de grande volume de imunobiológicos); refrigeradores específicos para sala de vacinação (figura 2); caixas térmicas (figura 3) para transporte dos imunobiológicos e *freezers*. Este último utilizado somente para o armazenamento de bobinas reutilizáveis (para organização das caixas térmicas durante o transporte, rotinas diárias, campanhas e atividades extramuros)⁽⁵⁾.

Para a seleção dos insumos e dimensionamento dos equipamentos de refrigeração, deve-se considerar o prazo de um mês de armazenamento dos imunobiológicos, a população da área de abrangência e sua respectiva programação de abastecimento. É importante ressaltar que a necessidade e frequência de execução de atividades extramuros e/ou situações emergenciais também precisam ser consideradas.

É recomendada, ainda, a climatização da sala de vacinação (aparelhos de ar-condicionado, para clima quente, e aquecedores para clima frio), para minimizar riscos indesejados de alterações de temperatura dos imunobiológicos⁽⁵⁾.

Termômetros: instrumentos de medição utilizados pela Rede e em toda a Cadeia de Frio para o monitoramento e controle da temperatura. Em sala de vacinação, os imunobiológicos devem sempre ser conservados em temperatura positiva de +2°C a +8°C⁽⁵⁾. (figuras 4 e 5).



Figura 1: Ambiente Simulado de Sala de Vacinação



Figura 2: Câmara refrigerada



Figura 3: Caixas térmicas para transporte dos imunobiológicos



Figura 4: Instrumentos de Medição de Temperatura – Fonte PNI

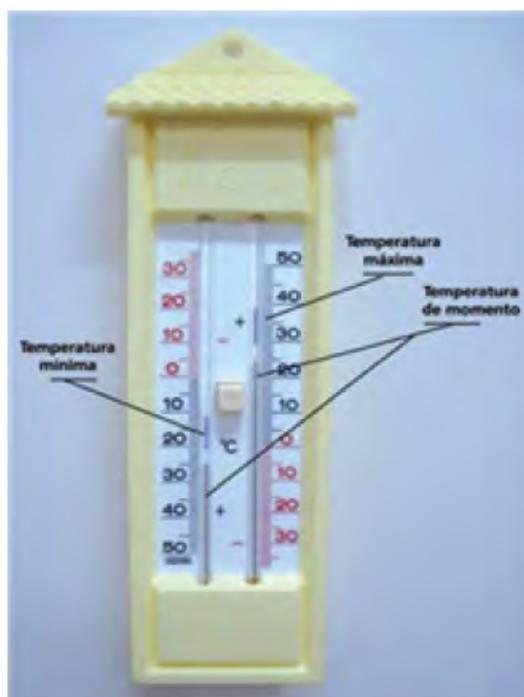


Figura 5: Termômetro Analógico de Momento, Máxima e Mínima- Fonte PNI

5.7 GESTÃO DA SALA DE VACINAÇÃO: O PAPEL DO ENFERMEIRO

O PNI constitui-se como uma das unidades de trabalho da Vigilância Epidemiológica que integra e qualifica a Atenção Básica de Saúde (ABS). Neste contexto, o enfermeiro pode exercer suas funções na coordenação de departamentos de Vigilância em Saúde nos quais os Programas de Imunização estão inseridos, na coordenação dos próprios Programas de Imunização ou assumindo a responsabilidade técnica de Unidades de ABS com sala de vacinação ou unidades de vacinação hospitalar.

Supervisão de enfermagem: é uma importante ferramenta para a melhoria na qualidade do serviço e para o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde. Nas unidades de ABS, o enfermeiro assume muitas vezes a responsabilidade técnica e administrativa das atividades em sala de vacinas⁽⁶⁾.

Ao enfermeiro cabe reconhecer as condições físicas e materiais e equipamentos para organização do ambiente de forma a garantir a ambiência adequada e conveniente à normatização

de segurança preconizada pelo PNI e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽¹⁾.

Vacinação segura: envolve um conjunto diferenciado de aspectos relacionados ao processo de vacinação, desde o processo de produção e aquisição do imunobiológico, com especificações e qualidade exigida, a distribuição nas condições adequadas, do laboratório produtor até a sala de vacinação, com exata eficiência da rede de frio, até os procedimentos e os métodos relacionados ao manejo dos produtos, ao uso de seringas e agulhas indicadas, à definição da via e à seleção do local apropriado para a administração do imunobiológico, além dos cuidados quanto ao acondicionamento e destino adequados dos materiais perfuro cortantes e de sobras de vacinas⁽¹⁾.

O conceito de vacinação segura também traz questões diretamente vinculadas a atitudes e comportamentos de prevenção e cuidados adotados pelos profissionais de saúde que trabalham com a vacinação, atreladas às condições e aos ambientes de trabalho, incluindo medidas quando do contato acidental com o líquido vacinal ou quando da ocorrência de acidente perfuro cortante com material utilizado na vacinação⁽¹⁾.

Para o **controle da temperatura**, o enfermeiro deve implementar instrumentos ou mapas que facilitem a checagem e registro diário da temperatura, orientando a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos para leitura e registro adequados, no mínimo duas vezes ao dia, no início e ao final de cada jornada de trabalho⁽⁵⁾.

Oportunidades perdidas em vacinação e educação em saúde: em diferentes cenários e em diversos atendimentos, deve-se proporcionar o acesso à vacinação, avaliar e atualizar o estado vacinal das pessoas, contribuindo para a proteção individual e na coletividade, evitando oportunidades perdidas e garantindo boas coberturas vacinais.

➡ **Ações Educativas:** é de vital importância o compartilhamento de saberes sobre as vacinas e doenças evitáveis, na família, na comunidade e nos serviços em geral. Informações são fundamentais ao responsável pela criança e às pessoas, diálogo sobre as vacinas que estão sendo aplicadas, contra quais doenças protegem, as possíveis reações e a necessidade de retorno para completar o número de doses de cada vacina, são ações que promovem a educação em saúde com autonomia e co-responsabilização.

Neste contexto, o enfermeiro necessita desenvolver um processo de supervisão ativa com atitudes proativas e ações educativas, acompanhamento mais efetivo e *in loco* das atividades em sala de vacinas⁽⁶⁾ evitando a ocorrência de falhas nos procedimentos que podem acarretar consequências à população.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



 **Link 1**

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/imunizacao/apresentacao>

 **Link 2**

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/

 **Link 3**

http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf

2. Silva Junior JB. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da saúde pública brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22(1):7-8. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100001&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100001>.

3. Homma A, Martins RM, Leal MLF, Freire MS, Couto AR. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(2):445-458. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200008>.

4. Brasil. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

5. Brasil. Manual de rede de frio do Programa Nacional de Imunizações. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 144p. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf

6. Oliveira VC, Gallardo PS, Gomes TS, Passos LMR, Pinto IC. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22(4): 1015-21.

CAPÍTULO

6

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: COLETA DE SANGUE ARTERIAL

[Fernanda Raphael Escobar Gimenes](#)

[Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)

[Luiza Tayar Facchin](#)

[Renata Karina Reis](#)

[Sílvia Rita Marin da Silva Canini](#)

[Elucir Gir](#)

[Ana Emilia Pace](#)

[Eugenia Velludo Veiga](#)

[Soraia Assad Nasbine Rabeh](#)

[Luciana Kusumota](#)

6.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- descrever a finalidade e as indicações da intervenção de enfermagem na coleta de sangue arterial para gasometria, na prática clínica;
- descrever as etapas da intervenção de coleta de sangue arterial;
- identificar e verbalizar as principais complicações relacionadas à coleta de sangue arterial;
- interpretar os resultados da gasometria arterial e identificar as implicações para o gerenciamento dos riscos relacionados às falhas na coleta da amostra;
- reconhecer as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC que são aplicáveis na intervenção da coleta de sangue arterial.

6.2 INTRODUÇÃO

A coleta de sangue arterial para análise da gasometria é uma intervenção de enfermagem utilizada para avaliação de pacientes com dificuldade respiratória aguda e grave. As medições do pH arterial e as pressões parciais de dióxido de carbono e oxigênio fornecem informações precisas sobre o estado do equilíbrio ácido-base e troca gasosa⁽¹⁾. Detectar, precocemente, alterações clínicas nesses pacientes e monitorá-las é uma das principais responsabilidades dos enfermeiros.

O sangue arterial é obtido por meio da punção de uma artéria⁽²⁾ e os resultados são medidos pela concentração de íons hidrogênio (H^+) no sangue (pH), saturação de oxigênio ($SatO_2$), pressão parcial de oxigênio (PaO_2), pressão parcial de dióxido de carbono ($PaCO_2$), concentração de íons bicarbonato (HCO_3^-), excesso e *deficit* de base (BE) (do inglês, *Base Excess*)⁽³⁾ (Quadro 1).

Medida	Significado	Valor de referência
pH	Concentração de íons H^+ no sangue	7.35 a 7.45
$SatO_2$	Porcentagem de saturação de oxigênio (O_2) na hemoglobina	94% a 98% para a maioria dos pacientes 88% a 92% para pacientes com insuficiência respiratória hipercápnica (ex.: DPOC)
PaO_2	Pressão parcial de O_2 no sangue arterial	80 mmHg a 100 mmHg
$PaCO_2$	Pressão parcial de dióxido de carbono (CO_2) no sangue arterial	35 mmHg a 45 mmHg
HCO_3^-	Concentração de bicarbonato no sangue	22 mEq/L a 26 mEq/L
BE	Excesso ou <i>deficit</i> de bicarbonato no sangue	-2 mEq/L a +2 mEq/L

Quadro 1: Componentes dos resultados da gasometria arterial

Fonte: Larkin e Zimmanck (2015)⁽³⁾ e Woodrow (2010)⁽⁴⁾

Segundo a Resolução nº 390 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽⁵⁾:

No âmbito da equipe de Enfermagem, a punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização da pressão arterial invasiva é um procedimento privativo do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Esta Resolução também estabelece a necessidade de o enfermeiro ter conhecimentos, competências e habilidades que garantam qualidade e segurança para realizar a intervenção.

Diferentes artérias podem ser usadas para a coleta de sangue arterial. A artéria radial (Figura 1) é a primeira opção de escolha por ser considerada a mais segura. Entretanto, sua punção está contraindicada na presença de deficiência de circulação colateral na extremidade distal superior, que pode ser avaliada por meio do teste de Allen modificado, o qual identifica a presença da circulação colateral pela artéria ulnar (Figura 1)⁽¹⁾.



Figura 1: (A) Localização das artérias radial e ulnar. (B) Pontos de referência anatômicos para palpação da artéria radial (técnica de palpação: primeiro, palpar o processo estiloide do rádio. Em seguida, palpar o tendão flexor radial do carpo, localizado medialmente ao processo estiloide do rádio. A artéria radial está localizada entre o processo estiloide do rádio e o tendão flexor radial do carpo).

A punção arterial também não deve ser realizada em pacientes com presença de infecção de pele, próximo ao local da punção. Em pacientes que fazem uso de anticoagulantes ou naqueles com coagulopatias, a punção só deve ser realizada quando absolutamente necessária, devido ao aumento do risco de hemorragia e formação de hematoma⁽¹⁾.

Outros locais para a punção são as artérias braquial, femoral e pediosa. Todavia, apresentam várias desvantagens⁽²⁾:

- são mais difíceis de serem localizadas;
- têm pouca circulação colateral;
- são rodeadas por estruturas que podem ser comprometidas em caso de ocorrência de falhas na técnica.

Para garantir segurança na realização da intervenção, o enfermeiro deve observar as

precauções padrão para a coleta da amostra, em todos os pacientes. Outras recomendações também devem ser seguidas⁽²⁾:

- Os pacientes que recebem oxigênio suplementar devem ser mantidos com o mesmo fluxo por pelo menos 20 minutos antes da coleta da amostra. Isso também deve ocorrer para pacientes sob ventilação mecânica invasiva ou não.

- O ideal é que a ventilação do paciente seja estável durante a coleta. Se o paciente estiver respirando espontaneamente, deve-se promover seu conforto físico e emocional.

O não atendimento a essas recomendações pode resultar em um manejo inadequado do atendimento ao paciente e, em última análise, em morte⁽⁶⁾. Também se recomenda a utilização de seringas específicas para a punção arterial porque são pré-heparinizadas e manuseadas de modo a minimizar a exposição do sangue ao ar, uma vez que ela altera os valores dos gases sanguíneos⁽²⁾.

6.3 INTERPRETAÇÃO DOS GASES SANGUÍNEOS ARTERIAIS

Para interpretar os resultados da gasometria arterial, será apresentado um método sistematizado que avalia quatro parâmetros, em sequência^(3-4; 6).

1. Avaliação do pH

O pH é o primeiro parâmetro a ser avaliado. A faixa de normalidade do pH do sangue arterial compreende os valores de 7,35 a 7,45. Valores abaixo de 7,35 indicam um processo de acidose sanguínea, e valores acima de 7,45 revelam alcalose.

Contudo, como o equilíbrio acidobásico é determinado pelo balanço dos mecanismos reguladores metabólicos e respiratórios, o pH, avaliado isoladamente, representa um parâmetro inespecífico que não demonstra a origem do desequilíbrio.

Se o valor estiver alterado, deve-se determinar o tipo de processo instalado, e se o pH permanecer dentro do intervalo de normalidade, deve-se analisar os demais componentes para determinar se há um processo compensatório instalado.

2. Análise dos componentes respiratórios

O dióxido de carbono (CO_2) é um resíduo normal do metabolismo e sua quantidade no sangue é regulada pelos pulmões. Uma das maneiras de transporte do CO_2 no sangue é sob a forma de ácido carbônico (H_2CO_3), portanto a hipercapnia torna o sangue mais ácido.

Na gasometria arterial, a quantidade de CO_2 dissolvido no sangue é expressa pela PaCO_2 , cujos valores normais variam de 35 mmHg a 45 mmHg.

A presença de acidose, demonstrada pelo pH abaixo dos parâmetros de normalidade, e uma PaCO_2 elevada indicam um distúrbio de origem respiratória, já o pH elevado associado à PaCO_2 diminuída sugere alcalose respiratória.

Dois parâmetros demonstram a oxigenação sanguínea: a PaO_2 (80 mmHg a 100 mmHg), que é a quantidade de oxigênio dissolvido no sangue, e a Sat O_2 (80% a 100%), que é o oxigênio carregado pela hemoglobina. Alterações nestes parâmetros podem reforçar a origem respiratória do distúrbio identificado.

3. Análise dos componentes metabólicos

Bicarbonato (HCO_3^-) é o principal tampão químico do sangue. Seus valores normais compreendem de 22 mEq/L a 26 mEq/L. Assim, valores abaixo de 22 mEq/L e $\text{pH} < 7,35$ indicam acidose metabólica, e valores acima de 26 mEq/L, com $\text{pH} > 7,45$, alcalose metabólica.

Excesso de base (BE) é uma escala do balanço metabólico, que deve estar dentro do intervalo -2 mEq/L a +2 mEq/L. Valores negativos, abaixo de -2 mEq/L, sugerem acidose metabólica, e valores positivos, acima de +2 mEq/L, alcalose metabólica.

O BE é calculado de acordo com o bicarbonato, então ambos devem sugerir o mesmo tipo de distúrbio. Resultados divergentes podem indicar problemas com a amostra sanguínea coletada.

4. Determinar a presença de compensação

Na vigência de um pH normal, existem duas possibilidades. A primeira é de que o paciente esteja de fato em equilíbrio acidobásico, sem qualquer alteração instalada. E a segunda é de que esteja ocorrendo um processo de compensação completa.

Nestes casos, o distúrbio original (respiratório ou metabólico) foi compensado pelo mecanismo contrarregulador. Então, apesar do pH normal, os demais parâmetros encontram-se alterados. Por exemplo, na presença de alcalose metabólica ($\text{HCO}_3^- > 26$ mEq/L), o sistema respiratório, que regula a PaCO_2 , passa a reter CO_2 , por meio da redução da frequência respiratória, resultando na normalização do pH.

É possível também que, no momento da obtenção da amostra, o processo de compensação não tenha sido completado, ocorrendo a chamada compensação parcial. Nesta situação, podem-se encontrar todos os parâmetros alterados, ou a maioria deles, até mesmo o pH.

Destaca-se que, para a interpretação da gasometria arterial, é imprescindível que seja considerado o estado clínico do paciente, em especial nas situações em que há o mecanismo de compensação parcial ou completo.

O quadro 2 apresenta um resumo do desequilíbrio acidobásico.

Distúrbio	Causa	pH	HCO ₃ ⁻	PaCO ₂
Acidose Respiratória	Hipoventilação	↓	Normal	↑
Alcalose Respiratória	Hiperventilação	↑	Normal	↓
Acidose Metabólica	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidose • Diarreia • Insuficiência renal 	↓	↓	Normal
Alcalose Metabólica	<ul style="list-style-type: none"> • Vômito • Retenção de HCO₃⁻ • Redução de K⁺ • Excesso de transfusão • Lavagem gástrica 	↑	↑	Normal

Quadro 2: Resumo do desequilíbrio acidobásico

Fonte: Rogers e McCutcheon (2015)⁽⁶⁾

Além disso, existem alguns fatores que podem levar a alterações no resultado da gasometria. É importante que o enfermeiro saiba reconhecê-los e atue para eliminá-los ou minimizá-los, de modo a garantir que a amostra analisada reflita, acuradamente, a situação de equilíbrio acidobásico e de oxigenação do paciente.

Tipo de seringa: atualmente, tem-se priorizado o uso de seringas plásticas para a coleta de gasometria arterial, em detrimento das seringas de vidro. É importante saber que materiais plásticos são permeáveis aos gases, em especial ao oxigênio, o que poder resultar em um aumento da PaO₂. Essa alteração é influenciada pelo tempo decorrido entre a coleta e a análise da amostra, bem como pela baixa temperatura ambiente. Deste modo, quando a análise da PaO₂ é imprescindível, recomenda-se transportar a amostra em temperatura ambiente e proceder a análise em menos de 15 minutos após a coleta⁽⁷⁻⁸⁾.

Técnica anaeróbica: a presença de ar na amostra de sangue arterial contida na seringa pode

levar ao aumento da PaO_2 , pois o oxigênio é abundante no ar ambiente e existe uma tendência de equilíbrio entre a amostra de sangue e o ar. Quanto maior o tamanho da bolha e o tempo de exposição, maior será a alteração. Assim, qualquer bolha de ar presente após a coleta deve ser eliminada o mais rapidamente possível, ocluindo a seringa em seguida^(1; 7-8).

Homogeneização: a anticoagulação inadequada prejudica, ou até mesmo inviabiliza, a análise da amostra, ao passo que a hemólise causada pela agitação excessiva pode alterar o pH, a PaCO_2 e a PaO_2 . Recomenda-se combinar movimentos contínuos de inversão da seringa com o seu rolamento entre as mãos⁽⁷⁻⁸⁾.

Metabolismo celular: a glicólise continua a ocorrer após a coleta da amostra de sangue arterial, principalmente nas hemácias, culminando na formação de ácido láctico, que altera o pH, HCO_3^- e excesso de base. Ainda, o oxigênio continua a ser consumido pelas plaquetas e leucócitos, o que diminui a PaO_2 e aumenta a PaCO_2 ⁽⁷⁾. Para reduzir estes processos metabólicos, indica-se resfriar a amostra e encaminhá-la para a análise o mais rápido possível^(1; 7-8).

A seguir, há um exemplo fictício de um registro inicial de coleta de dados, realizada por um enfermeiro, de um paciente com alteração respiratória, em unidade clínica de internação hospitalar. A coleta de dados foi baseada no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas, proposto por Wanda Horta⁽⁹⁾. Destaca-se que se trata de um modelo de exercício clínico acadêmico, cujo objetivo principal é proporcionar o desenvolvimento de habilidades clínicas ao estudante de graduação em Enfermagem, na aplicação das taxonomias dos diagnósticos (NANDA-I)⁽¹⁰⁾, resultados (NOC)⁽¹¹⁾ e intervenções (NIC)⁽¹²⁾ de enfermagem.

S.M.L., 62 anos, sexo masculino, obeso, admitido na clínica médica com história de dispneia progressiva, tosse produtiva, expectoração branca e, à ausculta, estertores e sibilos. Refere ter bronquite e fazer uso regular de budesonida (glicocorticosteroide de uso nasal) e fumarato de formoterol diidratado (broncodilatador seletivo, administrado via inalatória), no entanto suspendeu o uso há uma semana, por conta própria. Relata cansaço aos pequenos esforços, falta de energia, fraqueza e episódios de insônia. É sedentário, hipertenso e fuma há 40 anos (um maço e meio de cigarros por dia). Diagnósticos médicos na internação: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Pneumonia. No segundo dia de internação, o paciente evoluiu para deterioração do estado geral, apresentando dispneia aos pequenos esforços, frequência respiratória de 34 irpm, com uso de musculatura acessória. Na ausculta pulmonar, verificou-se presença de sibilos, roncocal difusos e murmúrios vesiculares diminuídos. Pressão arterial de 156x100 mmHg, aferida em braço direito com paciente em decúbito dorsal, frequência cardíaca 120 bpm e apresentava palidez facial. Temperatura em axila direita de 37,5°C. Paciente apresentava-se confuso: não soube informar o dia do mês e da semana em que estávamos, nem o local onde estava. O resultado da primeira gasometria arterial revelou: pH = 7,29; PaCO_2 = 52,7 mmHg; PaO_2 = 58 mmHg; HCO_3^- = 26 mEq/L; BE = +2 mEq/L; e Sat O_2 = 82%.

Mediante os dados coletados, o enfermeiro desenvolveu o raciocínio clínico e estabeleceu o seguinte diagnóstico de enfermagem da NANDA-I⁽¹⁰⁾.

Troca de gases prejudicada (00030) relacionada a desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e mudanças na membrana alveolocapilar, manifestada por confusão, cor da pele anormal, dispneia, gases sanguíneos arteriais anormais, hipercapnia, pH arterial anormal, hipoxemia, padrão respiratório anormal e taquicardia.

Uma vez que o diagnóstico de enfermagem foi estabelecido para o Sr. S.M.L., o enfermeiro identifica o resultado, ou grupos de resultados pretendidos, a fim de avaliar o cuidado prestado. Posteriormente, irá definir os indicadores importantes que serão utilizados para determinar o estado atual do paciente. Por exemplo, o enfermeiro poderia estabelecer o resultado da NOC **Estado Respiratório: Troca Gasosa (0402)**⁽¹¹⁾.

Considerando, ainda, o caso do Sr. S.M.L., a intervenção de enfermagem sugerida na NIC, que norteou a ação do enfermeiro, foi: **Punção de Vaso: Amostra do Sangue Arterial (4232)**⁽¹²⁾.

Atenção

Outros conceitos relacionados a esta situação clínica: Você deve considerar a possibilidade de outros diagnósticos de enfermagem e seus respectivos resultados e intervenções frente aos dados apresentados na situação clínica exemplificada.

Após a liberação do resultado do exame, o enfermeiro seguiu os passos para a interpretação e detectou a presença de acidose respiratória (Quadro 3). Em seguida, selecionou a intervenção da NIC: **Controle Acidobásico: Acidose Respiratória (1913)**⁽¹²⁾.

1. pH: 7,29 (↓) – acidose

2. Componentes respiratórios:

$\text{PaCO}_2 = 52,7 \text{ mmHg}$ (↑)

$\text{PaO}_2 = 58,0 \text{ mmHg}$ (↓)

$\text{SatO}_2 = 82\%$ (↓)

3. Componentes metabólicos:

$\text{HCO}_3 = 26 \text{ mEq/L}$ (normal)

$\text{BE} = +2 \text{ mEq/L}$ (normal)

} Alterações compatíveis com o quadro clínico, demonstrando a origem respiratória do distúrbio.

4. Determinar a presença de compensação:

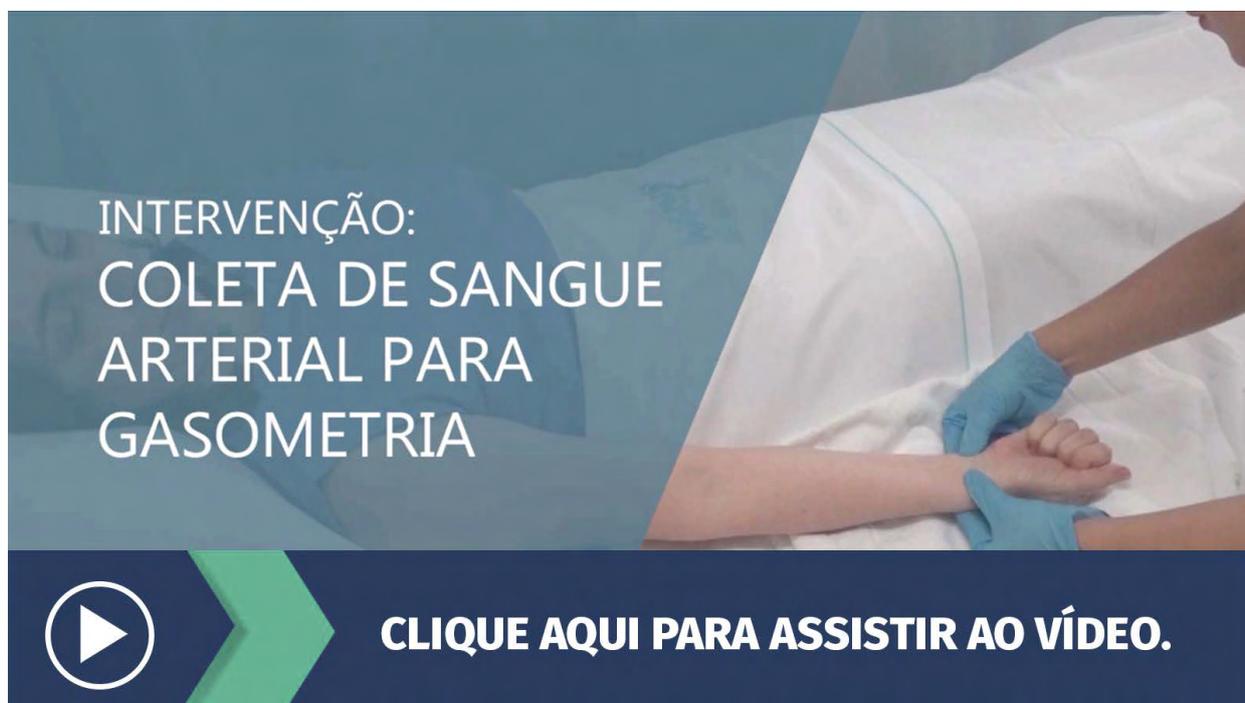
Diante do pH alterado e dos componentes metabólicos normais, não se observa presença de compensação.

Quadro 3: Interpretação do resultado da gasometria arterial

Fonte: As autoras

Agora, acesse o vídeo desenvolvido por docentes e enfermeiras da Área de Enfermagem Clínica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para demonstrar a punção da artéria radial e a obtenção de amostra de sangue arterial em indivíduos adultos. Para tanto, leia com muita atenção o roteiro da Intervenção: Coleta de Sangue Arterial para Gasometria.

[Roteiro da Intervenção: Coleta de Sangue Arterial para Gasometria.](#)



Vídeo: Coleta de sangue arterial para a gasometria

REFERÊNCIAS

1. Dev SP, Hillmer MD, Ferri M. Arterial puncture for blood gas analysis. *New England Journal of Medicine*. 2011;364(5):e7.
2. World Health Organization. WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
3. Larkin BG, Zimmanck RJ. Interpreting arterial blood gases successfully. *Aorn J*. 2015;102(4):343-54; quiz 55-7.
4. Woodrow P. Essential principles: blood gas analysis. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):152-6.
5. COFEN. Resolução COFEN nº 390, de 20 de outubro de 2011. Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial invasiva. Brasília: COFEN; 2011.
6. Rogers KM, McCutcheon K. Four steps to interpreting arterial blood gases. *J Perioper Pract*. 2015;25(3):46-52.
7. Burnett RW, Covington AK, Fogh-Andersen N, Kulpmann WR, Maas AH, Muller-Plathe O, et al. International Federation of Clinical Chemistry (IFCC). Scientific Division. Committee on pH, Blood Gases and Electrolytes. Approved IFCC recommendations on whole blood sampling, transport and storage for simultaneous determination of pH, blood gases and electrolytes. *Eur J Clin Chem Clin Biochem*. 1995;33(4):247-53.8
8. Higgins C. Useful tips to avoid preanalytical errors in blood gas testing: ph, pCO₂ and pO₂. United Kingdom: acutecaretesting.org; 2016. p. 7.
9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: E.P.U.; 1979. 103 p.
10. NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
11. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC classificação dos resultados de enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2015.

CAPÍTULO

7

CUIDADO À PESSOA COM LESÃO POR PRESSÃO

[Soraia Assad Nasbine Rabeh](#)

[Margareth Yuri Miyazaki](#)

[Fernanda Raphael Escobar Gimenes](#)

[Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)

[Livia Maria Garbin](#)

[Renata Karina Reis](#)

[Ana Emilia Pace](#)

[Eugenia Velludo Veiga](#)

[Silvia Rita Marin da Silva Canini](#)

[Márcia Beatriz Berzotti](#)

[Amanda Cristina Maria Aparecida Gonçalves Brandão](#)

7.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- definir a lesão por pressão e descrever o sistema de classificação;
- identificar e descrever as etapas da avaliação e manejo da lesão;
- aplicar as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC no cuidado à pessoa com lesão por pressão.

7.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A lesão por pressão (LP) é considerada um evento adverso em saúde, o qual faz elevar os custos financeiros dos serviços de saúde, além de causar prejuízos físicos e emocionais aos pacientes e seus familiares, sendo também fator importante para o agravamento de outros problemas relacionados à saúde das pessoas⁽¹⁻³⁾.

Por estar diretamente relacionada ao cuidado prestado e às medidas de segurança adotadas ao paciente^(1; 4-5), a LP vem sendo considerada um importante indicador de qualidade da assistência em saúde.

A segurança do paciente é um problema grave de saúde pública, uma vez que os danos causados durante a assistência podem ocasionar implicações significativas nas taxas de morbimortalidade, na qualidade de vida, além de afetar negativamente os pacientes em todos os contextos de assistência à saúde, seja no contexto hospitalar, na atenção básica, em instituições

de longa permanência ou na atenção domiciliar⁽⁵⁾.

Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) impeliu seus Estados-membros a reconhecer a segurança do paciente como uma questão de alta prioridade na agenda e definiu os programas e os desafios globais para uma assistência mais segura. No Brasil, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em consonância com as iniciativas globais da OMS, lançaram, em meados de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de promover as estratégias para a prevenção e para a redução dos riscos associados à assistência à saúde. Entre as estratégias, destacam-se a inclusão do tema no ensino e a disseminação dos protocolos básicos de segurança do paciente.

Segundo o boletim “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde”, da ANVISA, em 2015, as úlceras por pressão foram o terceiro incidente mais frequentemente relacionado à assistência à saúde, considerando o tipo mais notificado pelos hospitais brasileiros que participam da Rede de Hospitais Sentinelas da ANVISA. Por essa razão, o PNSP desenvolveu um protocolo de prevenção desse evento com abrangência nacional⁽⁶⁾.

A produção de conhecimentos e sua aplicação na prática clínica podem favorecer a promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados, identificação dos riscos e de fatores causais da LP, além de promover o desenvolvimento de estratégias, com foco na prevenção e redução de sua ocorrência⁽⁷⁾.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem devem atuar na promoção e manutenção da integridade da pele e, na ocorrência de LP, devem promover a restauração da pele. A assistência à pessoa com LP deve ser integral, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Conforme o artigo 8º, da Lei do exercício profissional, é de responsabilidade privativa do enfermeiro a prescrição da assistência de enfermagem, que deve incluir o planejamento e a prescrição dos cuidados à pessoa com feridas crônicas⁽⁸⁻⁹⁾.

1. Definição de Lesão por Pressão

Em 2016, a terminologia “Úlcera por Pressão” foi atualizada pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) para “Lesão por Pressão”, pelo fato de essa nova terminologia expressar melhor este tipo de lesão, que ocorre também em pele não ulcerada. Ao considerar a etiologia e a fisiopatologia da LP, o NPUAP a definiu⁽¹⁰⁾ como:

Um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.



2. Sistema de classificação da Lesão por Pressão

A nomenclatura do sistema de classificação da LP, que descreve a extensão do dano tissular e categoriza a lesão em estágio, também foi atualizada e foram incluídas duas novas definições. Outra mudança incorporada na nova proposta foi o uso dos algarismos arábicos, que passaram a ser empregados na nomenclatura dos estágios no lugar dos algarismos romanos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Na seção **Saiba mais**, você poderá consultar as ilustrações dos estágios da LP.

• **Lesão por Pressão Estágio 1**

Caracterizada por pele íntegra com eritema localizado que não embranquece, podendo ser diferente em pele de cor escura. As mudanças visuais podem ser precedidas pela presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento). A descoloração púrpura ou castanha pode indicar dano tissular profundo.

• **Lesão por Pressão Estágio 2**

Perda parcial da espessura da pele, com exposição da derme. O leito da lesão é viável, de coloração rosa ou vermelha e úmido, ou pode apresentar uma bolha intacta (contendo exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo não é visível, e o tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Geralmente, essas lesões resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pelve, e cisalhamento no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para classificar lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência, a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos ou as feridas traumáticas.

• **Lesão por Pressão Estágio 3**

Perda total da espessura da pele, com exposição do tecido adiposo. Geralmente, estão presentes tecido de granulação, epíbole (lesão com bordas enroladas), esfacelo e/ou escara. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica, sendo que áreas com maior tecido adiposo podem apresentar lesões mais profundas. Ainda, nas lesões classificadas nesse estágio, há possibilidade de ocorrer descolamento e túneis, porém não ocorre exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a classificação, a lesão é denominada “Lesão por Pressão Não Classificável”.

• **Lesão por Pressão Estágio 4**

Perda total da espessura da pele e perda tissular com exposição da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Geralmente, estão presentes esfacelo, escara, epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a classificação, a lesão é denominada “Lesão por Pressão Não Classificável”.

• **Lesão por Pressão Não Classificável**

Perda total da espessura da pele e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Uma vez removido, a lesão pode ser classificada como “Lesão por Pressão Estágio 3” ou “Estágio 4”. Ressalta-se que, em caso de escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação), em membro isquêmico ou no calcâneo, a remoção não é recomendada, porque a escara atua como cobertura natural (biológica) corporal.

- **Lesão por Pressão Tissular Profunda**

Pele intacta ou não, com área de descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, localizada e persistente, que não embranquece; ou separação epidérmica evidenciando leito da lesão escurecido, ou bolha com exsudato sanguinolento. Mudanças na coloração da pele, geralmente, são precedidas por dor e mudança na temperatura. Em pessoas com pele de tonalidade mais escura, a descoloração pode apresentar-se diferente. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. Tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fásia, músculo ou outras estruturas subjacentes visíveis indicam LP com perda total de tecido (“Lesão por Pressão Não Classificável” ou “Estágio 3” ou “Estágio 4”). Essa classificação não deve ser usada para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Definições adicionais

- **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico**

Essa lesão é resultante do uso de dispositivos utilizados para fins diagnósticos e terapêuticos e, geralmente, apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

- **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas**

Trata-se de lesão encontrada em membranas mucosas em decorrência do uso de dispositivos médicos no local; não podendo ser categorizada devido à anatomia do tecido.

➔ 3. Avaliação Clínica da Pessoa com Lesão por Pressão

A assistência à pessoa com ferida crônica é fundamentada em três princípios: controle ou eliminação do fator etiológico; controle de comorbidades e promoção de equilíbrio sistêmico; e terapia tópica para manutenção do ambiente fisiológico da ferida^(12, 13).

A avaliação clínica sistêmica permite o planejamento da assistência, na busca de resultados favoráveis ao processo de cicatrização e para a restauração da integridade da pele. No entanto, a avaliação sistemática da lesão é a etapa que assegura a melhor decisão clínica acerca da terapia tópica⁽¹²⁾.

➔ 4. Avaliação e Preparo do Leito da Lesão

A avaliação requer a interpretação de um conjunto de dados subjetivos e objetivos que caracteriza o estado da lesão e da pele perilesional e subsidia a decisão clínica na escolha da terapia tópica. Assim, torna-se possível **planejar a assistência** de enfermagem para uma prática clínica segura e de qualidade, **monitorar os resultados** das intervenções de enfermagem e **documentar**, de forma objetiva, as características da lesão a ser tratada⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A avaliação deve incluir:

- localização da lesão;
- extensão da perda tecidual (Sistema de Classificação das Lesões por Pressão);
- dimensão da lesão (comprimento, largura, profundidade);

- odor;
- dor;
- tipo de tecido presente no leito da lesão;
- presença de descolamentos e/ou túneis;
- exsudato (tipo e quantidade);
- características das bordas da lesão;
- pele perilesional;
- sinais de infecção local.

Para esta etapa recomenda-se a utilização do conceito de **preparo do leito da ferida crônica** (WBP, do inglês, Wound Bed Preparation), que estabelece os princípios para o cuidado, por meio da utilização de um método sistematizado, **acrônimo TIME**, no qual T (*Tissue*) significa tecido; I (*Infection/Inflammation*), inflamação ou infecção; M (*Moisture*), umidade, exsudato; E (*Edge*), bordas epiteliais⁽¹⁷⁾. Para maior compreensão, acesse o link na seção **Saiba mais**.

No Brasil, autores apresentaram breve revisão do WBP e a tradução para o português do instrumento TIME com os quatro princípios que podem nortear o profissional da saúde na avaliação e decisão sobre o tratamento. O instrumento inclui, para cada um dos princípios, aspectos básicos que auxiliam o profissional a identificar as características da lesão e as prováveis causas (a fisiopatologia). Inclui ainda as ações clínicas que devem ser realizadas para o cuidado da lesão embasadas na avaliação, no efeito das ações propostas e nos resultados clínicos que são esperados⁽¹⁸⁾.

Os **resultados da avaliação** nortearão a decisão do enfermeiro para a tomada de condutas frente ao cuidado com a lesão e a seleção dos produtos. O tratamento não deve ser focado somente na lesão; é preciso considerar as condições clínicas da pessoa, especialmente no que diz respeito ao controle das comorbidades, que podem influenciar no desfecho. O uso de instrumento padronizado, nesse caso o TIME, favorece o registro e a comunicação entre os membros da equipe, assim como a avaliação dos resultados alcançados no plano de cuidados⁽¹³⁾.

A avaliação é a primeira etapa do cuidado com a lesão e deve considerar todos os componentes da troca de curativos, que incluem⁽¹⁹⁾:

- controle de infecção;
- remoção atraumática;
- limpeza;
- proteção da pele perilesional;
- aplicação da cobertura primária e secundária (se necessário);
- fechamento do curativo.

O **controle de infecção** demanda o uso de precauções-padrão durante as trocas das coberturas:

- higienização das mãos;
- uso de óculos de proteção quando houver possibilidade de respingos nos olhos e pele adjacente;

- uso de máscara cirúrgica quando houver possibilidade de respingos em pele ou mucosas da face;
- uso de avental de mangas longas quando houver risco de respingos;
- uso de luvas;
- descarte adequado do material contaminado.

A *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC) aponta que várias definições relacionadas ao cuidado de feridas crônicas têm sido propostas e publicadas. Autores destacam que ainda não estão bem estabelecidas as evidências científicas para a escolha da melhor técnica de limpeza da lesão, considerando⁽²⁰⁾:

- técnica estéril;
- técnica limpa ou não estéril;
- técnica sem toque.

A **técnica estéril** envolve estratégias no cuidado de pacientes com lesões para reduzir e manter objetos e áreas livres de microrganismos tanto quanto possível. Esta técnica requer lavagem meticulosa das mãos e uso de materiais estéreis: campo, luvas, instrumentos, soluções, produtos e coberturas. A técnica estéril é considerada a mais apropriada para o cuidado de pacientes hospitalizados em situações agudas e daqueles com alto risco de infecção, assim como em certos procedimentos, como o desbridamento, ou “debridamento”, de lesão com instrumental cortante⁽²⁰⁾.

A **técnica limpa** ou não estéril demanda estratégias empregadas no cuidado do paciente para reduzir o número global de microrganismos, prevenir ou reduzir o risco de transmissão de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro. Esta técnica, também denominada de técnica não estéril, exige a lavagem meticulosa das mãos, manutenção do ambiente limpo e preparo de um campo limpo, assim como o uso de luvas limpas, instrumentos estéreis e prevenção da contaminação direta dos materiais e equipamentos. No domicílio, nas instituições de longa permanência e em situações de cuidados prolongados esta técnica é considerada a mais adequada⁽²⁰⁾.

Técnica sem toque é um método de troca de curativo secundário, no qual não há contato direto com o leito da lesão ou com qualquer superfície que possa ter contato com ela⁽²⁰⁾.

É fundamental considerar a escolha da técnica a ser aplicada em diferentes contextos da assistência em saúde. As LPs são lesões crônicas colonizadas em graus variados, ou seja, com presença de microrganismos sem sinais de infecção, e o procedimento técnico não deve aumentar a quantidade de microrganismos existentes.

Durante a remoção da cobertura, a pele perilesional e o leito da lesão precisam ser protegidos do trauma. A borda da cobertura deve ser removida suavemente, e o tecido adjacente deve ser apoiado para proteção da pele. Quando forem usadas gaze e fita hipoalergênica para proteção da lesão, ao se retirar o curativo, deve-se segurar a pele adjacente enquanto se remove lentamente a fita, puxando-a em um ângulo paralelo a si mesma⁽¹²⁾. Na presença de curativo com gaze aderida ao leito da lesão, deve-se umedecer a gaze com soro fisiológico para a sua remoção.

A limpeza da lesão é um componente vital do seu tratamento, na prevenção da infecção e na promoção da cicatrização. Deve ser realizada com soluções atóxicas para remover o excesso de exsudado, tecidos mortos e corpos estranhos, com o objetivo de promover um ambiente ótimo para a cicatrização, sem causar danos no tecido saudável.

Entre as soluções recomendadas para a limpeza, estão o soro fisiológico e a água potável, que poderá ser usada, especialmente, no ambiente domiciliar⁽²¹⁾.

Deve-se iniciar a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, da pele adjacente para o leito da lesão. Caso seja necessário, como parte do procedimento de limpeza para o preparo do leito da lesão, deve-se realizar o “desbridamento”. Trata-se da remoção do tecido desvitalizado que pode estar presente no leito da lesão. Os métodos adotados na prática são: mecânico, cirúrgico e autolítico, enzimático ou químico, sendo que, neste último caso, o princípio ativo é aplicado depois da limpeza. Na seção **Saiba mais**, você poderá estudar cada um dos métodos aqui elencados.

Para proteção da pele perilesional contra a umidade recomenda-se o uso de hidratantes, selantes ou creme barreira.

Após a avaliação da lesão, a escolha da terapia tópica a ser empregada requer conhecimentos acerca das alternativas terapêuticas e das características dos produtos, como suas indicações, vantagens e desvantagens.

Não serão abordadas, neste capítulo, as classificações das coberturas representadas pelos produtos, considerando o princípio ativo de sua composição e ação no leito da lesão. No entanto, na seção **Saiba mais**, você poderá estudar os produtos existentes nos serviços de saúde.

5. Taxonomias NANDA-I, NOC e NIC no Cuidado à Pessoa com Lesão por Pressão

Os sistemas de linguagens padronizadas (SLP) abrangem diferentes etapas do processo de cuidar. Em uma situação clínica em que a pessoa apresenta LP, o enfermeiro, após a coleta de dados, estabelece o diagnóstico de enfermagem. No SLP da NANDA-I⁽²²⁾, os títulos diagnósticos **Integridade da pele prejudicada (00046)**, definido como “*epiderme ou derme alterada*”⁽²²⁾, e **Integridade tissular prejudicada (00044)**, cuja definição é “*dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e ou ligamento*”⁽²²⁾, são os que melhor representam esta situação clínica. Esses diagnósticos estão alocados no Domínio 11 de Segurança e Proteção e Classe 2 Lesão Física. Ainda, como a LP é um problema multicausal, outros títulos de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I⁽²²⁾ podem estar presentes, tais como: Mobilidade física prejudicada (00085), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002), Risco de glicemia instável (00179), entre outros.

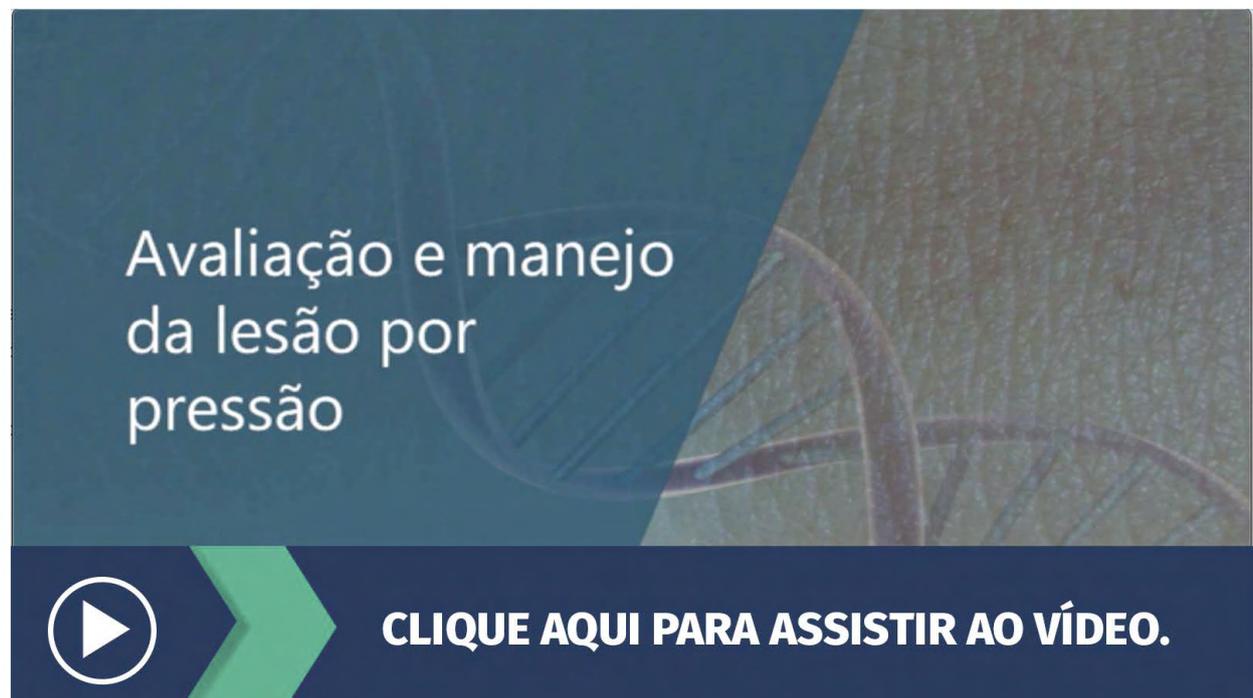
Considerando a situação clínica citada, o resultado da NOC⁽²³⁾ **Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção (1103)** e seus indicadores podem ser selecionados para determinar os resultados esperados (na etapa de planejamento), bem como nortear, posteriormente, a etapa de avaliação.

Para elaborar as prescrições, o enfermeiro pode consultar as atividades das intervenções

de enfermagem **Cuidados com úlceras por pressão (3520)**, **Cuidados com lesões (3660)**, **Cuidados da pele: tratamentos tópicos (3584)** e **Controle da pressão (3500)** do SLP da NIC⁽²⁴⁾, além dos guidelines^(10; 25-26) e estudos científicos recentes^(12-13; 15).

Destaca-se a informação de que outros resultados e intervenções de enfermagem podem ser selecionados nos SLP da NOC e da NIC frente à pessoa com LP, para contemplar as necessidades biopsicossociais afetadas.

Após a leitura deste capítulo, consulte o Guia para avaliação e manejo da lesão por pressão **(Saiba mais)**. Em seguida, acesse o vídeo desenvolvido por docentes e enfermeiras da Área de Enfermagem Clínica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



Vídeo: Avaliação e Manejo da Lesão por Pressão



 **As ilustrações dos estágios das lesões por pressão estão disponíveis no site do NPUAP:** <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>

 **Para compreender o conceito do preparo do leito da ferida e os princípios para o cuidado, por meio da utilização do acrônimo TIME, acesse o link do artigo:** <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/264>

 **Quanto aos métodos de desbridamento, acesse o Parecer COREN-SP:** http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf

 **Os produtos mais comuns são:** http://eerp.usp.br/feridasronicas/diretriz_tratamento.html

 [Guia para avaliação e manejo da lesão por pressão](#)

REFERÊNCIAS

1. International Guidelines. Pressure ulcer prevention: prevalence and incidence in context. A consensus document. London: Medical Education Partnership (MEP); 2009.
2. Moura GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA; 2013. Capítulo 6; p. 65-78. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).
3. Pieper B (Ed.), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure ulcers: prevalence, incidence, and implications for the future. Washington: NPUAP; 2012. 254 p.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2013. 66 p. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).
5. National Patient Safety Foundation (NPSF). Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human. Boston: NPSF; 2015. 46 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 20 p.
7. World Health Organization (WHO). Patient safety research: a guide for developing training programmes. Geneva: WHO; 2012. 80 p.
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 0501/2015, de 09 de dezembro de 2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 17 dez. 2015 [citado 16 nov. 2016]. Seção 1, p. 77-78. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/Pub.DOU_Res_501-15.pdf.
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Parecer COREN-SP CAT nº 013/2009, de 21 de dezembro de 2009. Ementa: realização de desbridamento pelo enfermeiro [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2009 [citado 04 fev. 2016]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf.
10. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Pressure Injury Stages [Internet]. Washington (DC): NPUAP; 2016 [citado 15 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>.
11. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEND). Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil [Internet]. São Paulo (SP): SOBEST; 2016 [citado 22 out. 2016]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>.
12. Gonçalves MBB, Rabeh SAN, Terçariol CAS. Contribuição da educação a distância para o conhecimento de docentes de enfermagem sobre avaliação de feridas crônicas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(1):122-9.
13. Caliri MHL, Chayamiti EMPC, Rabeh SAN, Miyazaki MY. Novas tecnologias no cuidado de feridas. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Teixeira E, Bresciani HR, Martini JG, organizadores. PROENF Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto: ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 149-82. (Sistema de educação em saúde continuada a distância; v.3).
14. Rolstad BS, Bryant RA, Nix DP. Topical management. In: Bryant RA, Nix DP. Acute & chronic wounds: current management concepts. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2012. Chapter 18; p. 289.
15. Gonçalves MBB, Rabeh SAN, Nogueira PC. Terapia tópica para ferida crônica: recomendações para a prática

baseada em evidências. Rev. Estima 2014;12(1):42-49.

16. Abdelrahman T, Newton H. Wound dressing: principles and practice. Surgery 2011;29(1):491-5.

17. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

18. Aron S, Gamba MA. Preparo do leito da ferida e a história do TIME. Revista Estima 2009;7(4):20-24.

19. Nix DP. Skin and wound inspection and assessment. In: Bryant RA, Nix DP. Acute & chronic wounds: current management concepts. 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2012.

20. Wound, Ostomy and Continence Nurse Society (WOCN). Clean vs. sterile dressing techniques for management of chronic wounds: a fact sheet. J Wound Ostomy Continence Nurs 2012;39(25):S30-4.

21. Resende MMC, Rocha CA, Corrêa NFM, Veiga RRG, Passos SJF, Novo NF, Juliano Y, Damasceno CAV. Tap water versus sterile saline solution in the colonisation of skin wounds. Int Wound J 2016; 13:526-530.

22. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

23. Moorhead M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: classificação dos resultados de enfermagem. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2015.

24. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC: classificação das intervenções de enfermagem. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2016. 640 p.

25. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Mount Laurel: WOCN; 2010. 96 p. (WOCN clinical practice guideline series, n. 2).

26. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media; 2014.

CAPÍTULO

8

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O MANEJO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL

[Fabiana Faleiros](#)

[Laura Terenciani Campoy](#)

[Soraia Assad Nasbine Rabe](#)

[Naira Beatriz Favoretto](#)

8.1 OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

- reconhecer o padrão de funcionamento intestinal considerado adequado;
- conhecer a finalidade e as indicações das manobras de esvaziamento intestinal no contexto da reeducação intestinal;
- descrever as etapas das manobras de esvaziamento intestinal;
- capacitar o paciente para a realização das manobras de esvaziamento intestinal.

8.2 INTRODUÇÃO

Segundo o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a eliminação intestinal apresenta-se entre as necessidades psicobiológicas, assim como a oxigenação, circulação, termorregulação, percepção sensorial, alimentação, entre outras⁽¹⁾. A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas NHB, na perspectiva de torná-lo independente desta assistência e, para tal, dispõe de estratégias que visam ao ensino do autocuidado, a fim de promover, recuperar e manter sua saúde⁽²⁻³⁾. Todavia, cabe ao enfermeiro avaliar o indivíduo de forma integral e holística, de modo a identificar as condições clínicas e as necessidades afetadas, para estabelecer os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados a ser implementado.

Diante da necessidade de eliminação intestinal, a abordagem deve incluir o padrão de funcionamento intestinal, com a identificação do hábito intestinal, considerando, principalmente, a frequência e consistência das fezes. Na ocorrência de alterações, o enfermeiro faz intervenções a fim de prevenir complicações, controlar a função intestinal e promover seu reestabelecimento⁽⁴⁻⁵⁾. Ainda nessa perspectiva, o profissional deve conhecer o funcionamento intestinal considerado dentro dos parâmetros de normalidade.

De acordo com a literatura, o padrão de funcionamento intestinal considerado adequado

caracteriza-se pela presença de pelo menos três evacuações por semana, com fezes na consistência moldada ou pastosa⁽⁶⁻⁷⁾. Confirmado pelos [critérios de ROMA IV](#), para o diagnóstico de distúrbios gastrointestinais funcionais, que consideram a definição da constipação intestinal como a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas, em um período de 12 semanas no último ano⁽⁸⁻¹⁰⁾: menos de três evacuações por semana⁽⁶⁾; fezes duras ou sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações; dificuldade para evacuar em pelo menos 25% dos movimentos intestinais; necessidade de manipulação digital para facilitar a saída das fezes⁽⁶⁾.

Na situação clínica, o enfermeiro, ao avaliar o paciente, pode constatar a presença de alteração no padrão normal de eliminação intestinal, com diagnóstico ou risco de eliminação intestinal prejudicada, sendo recomendado propor, como intervenção de enfermagem, a reeducação intestinal (RI).

A [CIPE®](#), em inglês *International Classification for Nursing Practice*, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2008, como membro da Família de Classificações Internacionais da OMS, apresenta como principais diagnósticos de enfermagem, considerados neste capítulo, relacionados à eliminação intestinal: risco para constipação intestinal, constipação intestinal e impactação fecal⁽¹¹⁾.

A RI busca regularizar e preservar a NHB de eliminação intestinal, por meio do sinergismo das intervenções propostas⁽⁷⁾. Consiste na orientação das manobras de esvaziamento intestinal associadas ao consumo de dieta rica em alimentos laxantes, redução de alimentos constipantes e ingestão hídrica adequada, além do incentivo à prática de exercícios físicos, de acordo com as condições físicas do paciente.

A proposta da RI é intensificar o peristaltismo intestinal, aliviar a flatulência, promover o esvaziamento intestinal regular, a continência fecal, prevenir a constipação, a impactação fecal e complicações no trato intestinal. Desse modo visa capacitar os pacientes, cuidadores e familiares para identificar e lidar com os problemas relacionados, tornando-se uma opção não invasiva para manejo da eliminação intestinal^(7; 12).

Neste capítulo serão abordadas as principais manobras de esvaziamento intestinal, entre elas: Treino de vaso com manobra de Valsalva associada à prensa abdominal, massagem abdominal, toque dígito anal e lavagem intestinal.

8.3 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: MANOBRAS DE ESVAZIAMENTO INTESTINAL

Para operacionalizar esse plano de cuidados, proposto na RI, é necessária uma abordagem holística e individualizada, em que se estabeleça uma relação de cooperação entre o paciente, a família e os profissionais de saúde, contemplando a desimpactação fecal inicial, o condicionamento do funcionamento intestinal e o tratamento de manutenção do novo padrão de funcionamento intestinal alcançado^(7; 13-14). No entanto, cabe salientar que a eliminação intestinal é uma atividade privativa e pessoal, o que faz com que, muitas vezes, seja difícil para o indivíduo expor suas dúvidas sobre o assunto e aceitar a realização das manobras de

esvaziamento. Esse fato reforça a necessidade de se estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares.

O paciente deve ser orientado a estabelecer uma programação diária e sistemática, reservando um horário para a realização das manobras de esvaziamento intestinal, uma vez que isso auxiliará na reeducação dos reflexos necessários para a evacuação⁽⁷⁻⁸⁾.

As manobras de esvaziamento intestinal, descritas a seguir, são caracterizadas por um conjunto de ações que devem ser realizadas de forma sequencial e gradativa, entre elas: o treino para o uso do vaso sanitário, associado à massagem abdominal, à manobra de Valsalva e à prensa abdominal, caso não consiga a eliminação intestinal com essas manobras, pode-se realizar o estímulo dígito anal.

8.4 DESIMPACTAÇÃO FECAL

Precedendo às manobras de esvaziamento, é necessário realizar um exame físico da região abdominal e perianal⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Quando a massa fecal impactada é identificada, a desimpactação fecal com esvaziamento das fezes deve ser considerada a linha mestra da RI⁽¹⁴⁾. A desimpactação incompleta e a reimpactação são causas frequentes de insucesso terapêutico.

A realização da desimpactação fecal, com o esvaziamento retal e sigmoide, é iniciada, frequentemente, com o uso de supositórios até a completa eliminação das fezes impactadas. Recomenda-se o uso de supositórios de glicerina ou microenemas (sorbitol e lauril sulfato de sódio), que promovem desimpactação retal mais rápida que a obtida com o uso de medicações orais, pois eles esvaziam o reto e o sigmoide, em curto espaço de tempo (cinco a 40 minutos) ao promover a peptização das matérias fecais, isto é, sua liquefação parcial pela liberação de água absorvida. Essa fluidificação ou amolecimento das matérias fecais estimula o peristaltismo da parte baixa do intestino reto, sobrevivendo à defecação^(14; 16-17). Se necessário, pode-se utilizar a estimulação dígito anal, após o consentimento do paciente (vide a técnica a seguir). A aplicação de enemas e lavagens intestinais, que visa à eliminação de fecalomas e obstruções intestinais, deve ser adotada como último recurso para a desimpactação, assim como as medicações laxantes.

8.5 TREINO DE VASO ASSOCIADO À MANOBRA DE VALSALVA E À PRENSA ABDOMINAL

O treino de vaso consiste no ato diário e sistemático de sentar-se no vaso ou em cadeira higiênica, a intervalos regulares, de preferência após o desjejum, aproveitando-se da força da gravidade e do [reflexo gastrocólico](#). Aproveitando esse reflexo intestinal, todos os indivíduos devem ser encorajados a ter uma rotina de defecação logo pela manhã ou de 15 a 30 minutos após uma refeição, com horário e tempo definidos.

Durante o treino de vaso o paciente fará a manobra de Valsalva, caracterizada pelo ato

de tentar exalar o ar com a glote fechada, em intervalos de 30 segundos. Cabe salientar que algumas patologias, entre as quais a insuficiência cardíaca, podem contraindicar essa manobra. Concomitantemente, mantendo a posição sentada, realiza-se a prensa abdominal, que consiste em curvar o tronco para frente, com a cabeça em direção aos joelhos, pressionando a região abdominal (Figura 1). Pacientes acamados podem fazer a prensa abdominal flexionando os membros inferiores contra o abdome. Essas manobras associadas resultam em um “aumento da pressão abdominal” e, portanto, da pressão intrarretal, o que favorece um rápido início da evacuação⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.



Figura 1: Treino de vaso com manobra de Valsalva e prensa abdominal

8.6 MASSAGEM ABDOMINAL

Estudos comprovam que a massagem abdominal regular é fácil de ser executada e, quando realizada por um período mínimo de quatro a seis semanas, já permite observar melhora do peristaltismo, aumento da frequência das evacuações e diminuição de distensão abdominal e flatulência, além de redução do uso de medicações laxativas⁽²⁰⁻²¹⁾. Além desses benefícios, a massagem abdominal pode ajudar a melhorar o sono, o apetite e o humor e não há nenhum efeito colateral conhecido⁽²⁰⁻²¹⁾.

Hábitos intestinais regulares previnem a constipação e as perdas fecais, por isso a importância da regularidade da função intestinal para a manutenção dos reflexos normais de defecação.

A massagem abdominal estimula o sistema nervoso parassimpático, aumentando a motilidade intestinal, as secreções digestivas e relaxando os esfíncteres gastrointestinais^(19;22).

A manobra deve ser realizada com uma pressão suave no abdome, no sentido horário, permeando o cólon ascendente, transverso e descendente, por um período de cinco a dez minutos, principalmente após o desjejum ou após as principais refeições, quando os reflexos gastrocólico e duodenocólico causam movimentos de massa no intestino grosso⁽¹⁴⁾. Pode-se usar a mão fechada em punho ou as pontas dos dedos; é indicado o uso de óleos ou cremes para auxiliar no deslizamento das mãos, facilitando a massagem e oferecendo conforto. A Figura 2 mostra os passos para a realização da massagem abdominal.

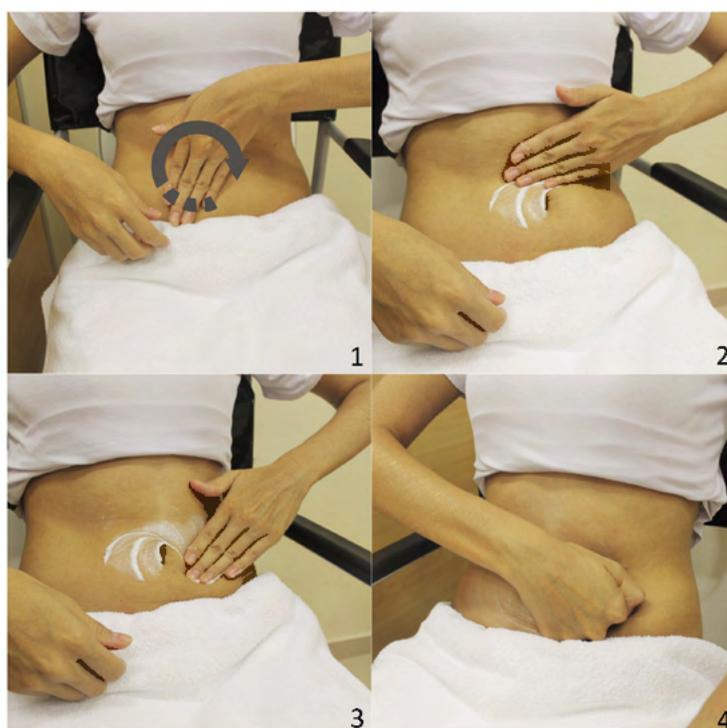


Figura 2: Passos para a realização da massagem abdominal.

8.7 ESTIMULAÇÃO RETAL OU TOQUE DÍGITO ANAL

Somente o enfermeiro tem a autorização para realizar o toque dígito anal (Resolução do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo-COREN-SP parecer CAT nº 032/2010 e nº 049/2010), que deve ser realizado após o consentimento do paciente ou responsável. Trata-se de um movimento circular, suave, realizado no canal anal, com um dedo enluvado e lubrificado, mantendo-o em contato com a parede retal, durante 20-30 segundos, para provocar um reflexo de contração do cólon/reto e relaxamento do esfíncter anal externo (Figura 3). A posição sentada é a mais fisiológica para a evacuação, mas também pode ser feito em decúbito lateral, sobretudo o esquerdo. Não havendo nenhum resultado dentro de cinco minutos, o processo pode ser

repetido.

Se necessário, com um dedo enluvado e lubrificado, é feita a remoção física de fezes que estão no reto. Dependendo da consistência das fezes, é necessário fazer um movimento de gancho. Para uma melhor remoção, o ideal é que as fezes tenham uma consistência macia e que estejam moldadas.

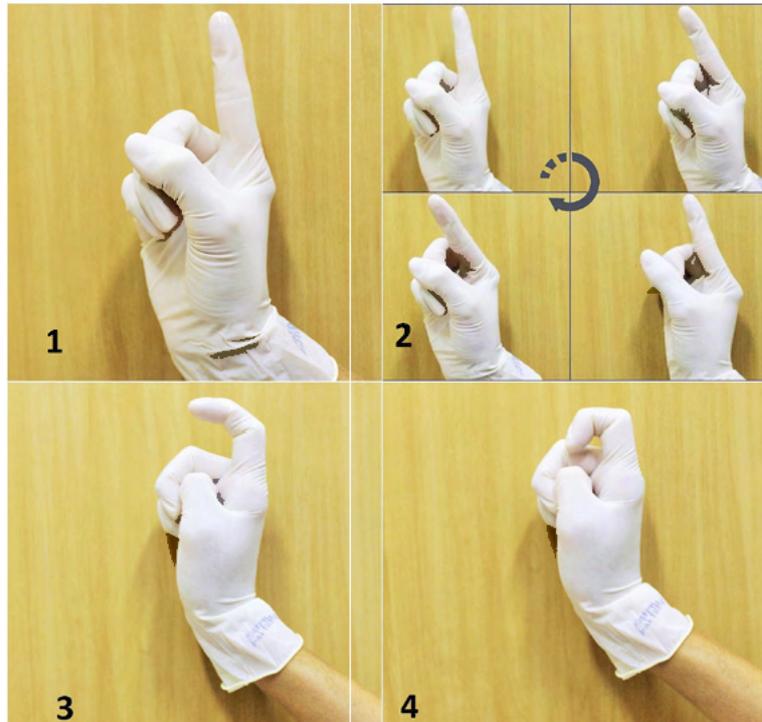


Figura 3: Estimulação dígito anal no esfíncter anal externo.

Existem, ainda, outros recursos que podem ajudar no esvaziamento intestinal, como o supositório de glicerina e o microenema à base de sorbitol, que podem preceder a técnica acima, pois provocam o reflexo da contração do colón e do reto. É interessante verificar previamente, com a estimulação digital, se há fezes na ampola, pois a ação destes medicamentos é apenas local. Após a introdução da medicação na parede do reto, aguardar em torno de 10 minutos, conforme orientação de cada laboratório. Esses recursos devem ser utilizados somente para a desimpactação das fezes, quando necessário ou quando o paciente permanece no mínimo quatro dias sem evacuar.

8.8 LAVAGEM INTESTINAL

Os objetivos da lavagem intestinal são preparar o paciente para exames radiológicos e endoscópicos e cirurgias; em último caso, ela deve ser empregada como tratamento da constipação, visando a desimpactação fecal, quando essa não for possível com as manobras

descritas anteriormente.

Para sua realização, os materiais necessários são: bandeja, cateter retal de tamanho apropriado (22 a 30 Fr), lubrificante hidrossolúvel, 1 par de luvas de procedimento não estéril, gazes, papel higiênico, frasco (irrigador) com a solução prescrita aquecida entre 40 °C e 43 °C, extensão de látex, pinça Pean, forro impermeável, lençol móvel, comadre, suporte para soro e biombo.

As etapas do procedimento são: reunir o material, manter privacidade do paciente, proteger a cama com forro impermeável, posicionar o paciente na posição de Sims (Figura 4); colocar a comadre em local de fácil acesso; pendurar a solução no suporte de soro, 45 cm acima do nível do ânus; conectar o cateter retal à extensão de látex do frasco irrigador e preenchê-lo com o líquido; clampar em seguida com a pinça Pean. Com luvas de procedimento, lubrificar de 5 cm a 7 cm da extremidade do cateter retal e inseri-lo pelo reto, direcionando-o ao umbigo e com movimentos rotatórios. Orientar o paciente para que respire profundamente para manter-se relaxado; firmar o cateter retal, abrir a pinça e deixar a solução fluir lentamente. Caso o paciente não suporte toda a solução, introduzir de forma intermitente. Retirar o cateter e instruir o paciente a reter o líquido por 5 a 10 minutos; oferecer a comadre ou levá-lo até o sanitário. Ao término da lavagem, auxiliar o paciente em sua higienização e recomposição. Após higienizar as mãos, registrar o procedimento, incluindo o resultado final, a quantidade de fezes e a característica delas.

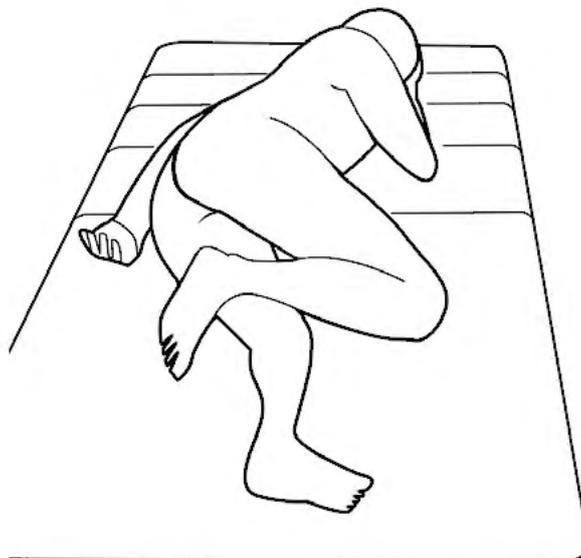


Figura 4: Posição SIMS para lavagem intestinal.

8.9 DIETA E ATIVIDADE FÍSICA NA REEDUCAÇÃO INTESTINAL

O consumo de fibra alimentar continua sendo considerado fator importante na prevenção e no tratamento da constipação. A fibra solúvel, dispersível em água, inclui substâncias formadoras

de gel como a hemicelulose, pectina, gomas, mucilagens e oligossacarídeos não hidrolisáveis. A fração insolúvel, que corresponde à matriz da fibra, compreende a celulose, lignina e algumas hemiceluloses. De forma geral, a parte externa e/ou cascas de cereais, leguminosas (trigo, milho, feijões, ervilhas e outros grãos), frutas e hortaliças tendem a apresentar maior quantidade de fibra insolúvel, enquanto sua polpa apresenta teor predominante de fibra solúvel^(23;26).

Os benefícios gastrointestinais reconhecidos com o uso de fibras dietéticas são: a) efeito laxativo, promovido pelas fibras insolúveis; b) redução na pressão intraluminal, pois o bolo fecal se torna mais macio e úmido; c) redução do tempo de trânsito intestinal, protegendo o cólon de substâncias citotóxicas; d) elevação do volume fecal e; e) proliferação bacteriana elevada⁽²³⁾.

Contudo, para obter esses benefícios, é necessário um consumo adequado de líquidos, essencial para hidratar e aumentar o processo de mistura das fezes. Recomenda-se a ingestão diária de um litro e meio a dois litros de água, sucos e chás. Caso haja um baixo consumo hídrico, poderá ocorrer efeitos adversos causados pelo consumo de fibras, como a produção excessiva de flatos até obstrução de parte do tubo digestivo^(23;26).

A atividade física regular também é um fator que pode contribuir com o funcionamento intestinal. O exercício aeróbico aumenta a propulsão das fezes e reduz as chances de câncer no intestino⁽²⁰⁾. A melhora da capacidade funcional é um preditor da melhora da frequência do hábito intestinal⁽²⁷⁾.

8.10 TERAPIA DE MANUTENÇÃO

Após a implementação do programa de reeducação intestinal e a regularização do padrão de esvaziamento intestinal, inicia-se a terapia de manutenção. Na prática, observa-se que, quando há um seguimento adequado da RI, desde a realização sistemática das manobras até a adequação da dieta, não é necessário o uso diário de enemas estimulantes, o tempo despendido é cada vez menor e melhor distribuído na rotina do indivíduo, com bons resultados na frequência de eliminação e consistência das fezes, o que eleva a satisfação e adesão ao programa de RI e melhora a qualidade de vida do paciente⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Enfatiza-se que a RI pode ser realizada pelo enfermeiro nos diversos ambientes, incluindo o hospitalar, prevenindo e tratando a constipação intestinal e a impactação fecal. Destaca-se que, quanto mais precocemente a RI for implementada, maiores as chances de sucesso^(7; 30-31).

A seguir você poderá ver um vídeo educativo com a execução das manobras de esvaziamento intestinal descritas anteriormente.

Assistência de enfermagem para o manejo da eliminação intestinal

Manobras de esvaziamento intestinal



CLIQUE AQUI PARA ASSISTIR AO VÍDEO.

Vídeo: Assistência de enfermagem para o manejo da eliminação intestinal: manobras de esvaziamento intestinal.

PARA SABER MAIS, ACESSE:



Resoluções do COREN:

http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_32.pdf

http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_49.pdf

Escala de Bristol:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300021&script=sci_arttext&tlng=pt

http://www.scielo.br/img/revistas/rlae/v20n3/pt_a21fig01.jpg

 **Dissertação:** Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de material para intervenção educativa, Laura Terenciani Campoy

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28012016-155419/pt-br.php>

 **Dissertação:** Constipação intestinal em pacientes com paralisia cerebral: avaliação dos resultados da intervenção de enfermagem. Fabiana Faleiros

http://www.enf.ufmg.br/pos/diss_defesas_detalhes.php?aluno=400

Critérios de Roma, ROME Foundation:

<http://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-journal-articles/>

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67:241-246. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267030687011>. Acesso em: 28 de junho de 2017.
2. Truppel TC, et al. Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de Horta. *Rev. Rene. Fortaleza*. 2008; 9(3):116-124.
3. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
4. Rabeh SAN. Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
5. Vianna PC. Validação do instrumento baseado no Core set resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para indivíduos com Lesão Medular Aguda traumática [dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.
6. Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. *Am. fam. Physician*. 2006; 73(1):91-100.
7. Faleiros-Castro FS, Paula ED. Constipation in patients with quadriplegic cerebral palsy: intestinal reeducation using massage and a laxative diet. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):836-842. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24310680>. Acesso em: 06 de junho 2017.
8. Ambrogini JO. Obstipação intestinal crônica. *Revista Brasileira de Medicina*. 2003; 60:133-138.
9. Staiano A, Boccia G. How did we get to Rome? *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2005; 41(supl. 1):s28-s29.
10. Taminiu J, Benninga M. Pediatric clinical research will benefit from Rome III. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2005; 4(supl.1):s30-s31.
11. Garcia T, Nóbrega M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermarias. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(Especial 70 anos):875-879. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/06.pdf>. Acesso em: 06 de junho 2017.
12. Richards A. Hands on help. *Nurs.Times*. 1998; 94(32):69-72.
13. Fragoso A. Algunos aspectos fisiopatologicos, de prevencion y tratamientos de la constipacion en la infancia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 20(5/6).
14. Galal N, et al. Constipation in childhood: a multidisciplinary approach to management in the community. *Paediatr. Nurs*. 2007; 19(7):20-22.
15. Espinoza MJ. Constipacion en Pediatria. *Rev.Chil. Nutr*. 2002; 29:272-279.
16. North American Society for Pediatric Gastroenterology HPAN. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006; 43(3):405-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954970>. Acesso em: 28 de maio 2017.
17. Morais MB, Maffei HV. Constipation. *J. Pediatr*. 2000; 76,Suppl 1:S147-S156.
18. Caliri MHL, Furlan MLS, Defino HLA. Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Diretrizes para uma prática baseada em evidências. *Coluna/Columna*. 2005; 4(2):102-105.
19. Spinal Cord Injury Centres. Guidelines for Management of neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury. 2009; 54.
20. Emly M, Rochester P. A new look at constipation management in the community. *Br. J. Community Nurs*. 2006; 11(8):326-332.
21. Harrington KL, Haskvitz EM. Managing a patient's constipation with physical therapy. *Phys Ther*. 2006; 86(11):1511-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17079751>. Acesso em: 28 de maio 2017.
22. Lämås K, Graneheim UH, Jacobsson C. Experiences of abdominal massage for constipation. *J Clin Nurs*. 2012; 21(5-6):757-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22098585>. Acesso em: 06 de junho 2017.
23. Santos HS. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada

em uso de opiáceos: revisão. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48(2):263-26.

24. Búrigo T, Fagundes RLM, Trindade EBSM, Vasconcelos HCFF, Massaut IHB, Rotolo MAS. Ação do prebiótico sobre as proteínas de fase aguda de pacientes com neoplasia hematológica. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2007; 29(2):130-135.

25. Almeida LB, Marinho CB, Souza CS, Cheib VBP. Disbiose intestinal. *Rev Bras Nutr Clin*. 2009; 24(1):58-65.

26. Lopes AC, Victoria CR. Ingestão de fibra alimentar e tempo de trânsito colônico em pacientes com constipação funcional. *Arq Gastroenterol*. 2008; 45(1):58-63.

27. Engler T, Farage L, Mello PA. Constipação intestinal em pacientes admitidos em Programa de Reabilitação Neurológica. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(6):804-9.

28. Pardee C, Bricker D, Rundquist J, MacRae C, Tebben C. Characteristics of neurogenic bowel in spinal cord injury and perceived quality of life. *Rehabil Nurs*. 2012; 37(3):128-35.

29. Furusawa K, Tokuhira A, Ikeda A, Tajima F, Uchida R, Tominaga T, et al. Effect of age on bowel management in traumatic central cord syndrome. *Spinal Cord*. 2012; 50(1):51-6.

30. Campoy LT, Rabe SAN, Nogueira PC, Vianna PC, Miyazaki MY. Práticas de autocuidado para funcionamento intestinal em um grupo de pacientes com trauma raquimedular. *Acta Fisiatr*. 2012; 19(4):228-232.

31. Rabe SAN, Caliri MHL. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(3):321-7.

CAPÍTULO

9

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MONTAGEM DA SALA DE CIRURGIA E DA PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

[Karina Dal Sasso Mendes](#)

[Livia Maria Garbin](#)

[Renata Cristina de Campos Pereira Silveira](#)

[Fernanda Titareli Merizio Martins Braga](#)

[Rosicler Xelegati](#)

[Carina Aparecida Marosti Dessotte](#)

[Rosana Aparecida Spadoti Dantas](#)

[Cristina Maria Galvão](#)

9.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- compreender o ambiente da sala de cirurgia e o papel da equipe de enfermagem nesse cenário;
- aprender os procedimentos básicos para a abertura do material estéril com técnica asséptica, na sala de cirurgia;
- aprender as técnicas básicas para a paramentação cirúrgica.

9.2 SALA DE CIRURGIA

A unidade de centro cirúrgico é definida como o conjunto de elementos destinados à atividade cirúrgica ou a outros procedimentos invasivos e à recuperação anestésica, sendo composta pelo centro cirúrgico, pela recuperação pós-anestésica e pela central de material e esterilização (CME)⁽¹⁾. Alguns autores já consideram a CME uma unidade autônoma, visto que não atende apenas ao centro cirúrgico.

A sala de cirurgia (figura 1) é um dos elementos que compõem o centro cirúrgico. A depender da demanda do serviço, pode ser projetada de diferentes tamanhos, tendo preferencialmente formato retangular e, em média, de 20 m² a 45 m²(2-4).

De forma geral, em relação à estrutura física, suas paredes e pisos devem ser de superfície lisa, revestidas de material resistente, não poroso e livre de frestas. O teto tem de ser de material não poroso, de fácil limpeza, sem fios e tubulações expostos. As portas de correr são indicadas

para evitar a geração de correntes de ar, com visor para diminuir a necessidade de entrada de pessoal e facilitar a visão dos ambientes interno e externo⁽²⁻⁴⁾.

As salas devem ser equipadas com ar-condicionado, a fim de manter a temperatura ambiente entre 20 °C e 24 °C e umidade do ar entre 45% e 55%, e filtro HEPA (*High-efficiency particulate air*) com pressão positiva. A entrada de ar deve-se localizar afastada do chão, e a saída deve estar nas partes inferiores das paredes, para proporcionar fluxo de ar laminar, com trocas de ar de 15 ciclos por hora. As tomadas devem ficar a 1,5 m do chão, com o intuito de minimizar o risco de explosão. Por fim, toda sala de cirurgia precisa ser provida de sistemas centralizadores de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido e vácuo⁽²⁻⁴⁾. Pode haver, ainda, salas específicas para cirurgias que utilizam radiação prolongada, cujas paredes são blindadas com ferro ou chumbo.



Figura 1: Sala de Cirurgia do Centro Cirúrgico da Clínica Civil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

O preparo e a montagem desse ambiente têm a finalidade de garantir condições para o andamento do procedimento anestésico-cirúrgico e, conseqüentemente, a segurança do paciente. É necessário prever materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis para a realização da cirurgia^(4,5).

Os equipamentos da sala de cirurgia podem ser divididos em fixos e móveis^(6, 7).

- Principais equipamentos fixos da sala de cirurgia: foco central, negatoscópio, sistema de canalização para abastecimento de ar e gases medicinais, além de tomadas de 110 V e 220 V.

- Principais equipamentos e acessórios móveis da sala de cirurgia: equipamento de anestesia, equipamento de eletrocoagulação (bisturi elétrico), outras tecnologias para corte e coagulação (como bisturi com plasma de argônio, bisturi harmônico, bisturi ultrassônico, entre outros), monitor multiparamétrico, dispositivos de aquecimento ativo, mesa cirúrgica e seus complementos (extensor de comprimento, pernas, braçadeiras e apoio de cabeça), bancos giratórios, recipiente para lixo, acomodadores de posicionamento cirúrgico, escada de dois

degraus, foco auxiliar (portátil), mesa para instrumental cirúrgico e mesas acessórias, hamper. Equipamentos como aparelho de circulação extracorpórea, equipamento para videolaparoscopia, intensificador de imagem, microscópios cirúrgicos, entre outros, podem ser deslocados para a sala de cirurgia de acordo com a característica de cada modalidade.

9.3 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SALA DE CIRURGIA

A enfermagem cirúrgica é a arte de cuidar baseada na aplicação criativa do conhecimento, de habilidades e competências para fornecer o cuidado individualizado ao paciente cirúrgico⁽⁸⁾.

Enfermagem perioperatória é o termo utilizado para descrever as responsabilidades da enfermagem associadas com o pré-operatório, o intraoperatório, a recuperação pós-anestésica e as fases pós-operatórias. Durante o período perioperatório (que engloba as três fases da experiência cirúrgica: pré-, intra- e pós-operatória), o enfermeiro deve aplicar o processo de enfermagem a fim de identificar problemas reais ou potenciais, de acordo com as necessidades psicobiológicas e psicossociais do paciente⁽⁹⁻¹¹⁾.

Cada fase do período perioperatório começa e termina em determinado momento da sequência de eventos que constitui a experiência cirúrgica e engloba ampla faixa de atividades. A assistência de enfermagem no período intraoperatório, que compreende a transferência do paciente para a sala de cirurgia e termina quando ele é transportado para o centro de recuperação pós-anestésica, tem como objetivos: a diminuição do risco cirúrgico, a manutenção do ambiente seguro para o paciente, o controle da assepsia, a promoção de medidas de conforto, a monitoração fisiológica, o apoio psicológico antes da indução anestésica e a promoção da recuperação no período pós-operatório⁽⁹⁻¹¹⁾.

A prática de enfermagem na sala de cirurgia envolve a avaliação inicial, o planejamento, a implementação e a avaliação dos resultados alcançados, a fim de atender às necessidades individuais dos pacientes que requerem procedimentos anestésico-cirúrgicos⁽¹¹⁾.

No centro cirúrgico, a equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro, pelo técnico e auxiliar de enfermagem e, em algumas instituições, pelo auxiliar administrativo que atua sob supervisão do enfermeiro. É importante lembrar que o enfermeiro deve ser capacitado para exercer tanto atividades de coordenação quanto funções assistenciais que envolvam o procedimento anestésico-cirúrgico, e ter, de maneira ampla, ações voltadas para a coordenação, o ensino, a assistência e a pesquisa⁽¹²⁾.

Entre as atividades desenvolvidas a fim de alcançar os objetivos supracitados está a circulação das salas de cirurgia. O circulante de cirurgia é responsável pela montagem da sala e pelo provimento de todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico. Essa função pode ser desenvolvida por qualquer integrante da equipe de enfermagem devidamente capacitado, sendo desempenhada, na maioria das instituições, por técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Outro integrante da equipe, nas salas de cirurgia, é o instrumentador cirúrgico. O

instrumentador é o profissional responsável por auxiliar a equipe cirúrgica, com a montagem das mesas auxiliares da sala de cirurgia e o fornecimento dos instrumentais para a realização do procedimento cirúrgico⁽¹³⁾. Embora a instrumentação possa ser realizada por membros da equipe de enfermagem, não é um ato privativo dessa equipe.

9.4 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A MONTAGEM DA SALA DE CIRURGIA E DAS MESAS AUXILIARES

A montagem da sala de cirurgia é realizada pelo circulante de cirurgia, sob a responsabilidade do enfermeiro, e consiste nas ações listadas a seguir^(6, 7, 14).

- Higienizar as mãos.
- Verificar a cirurgia programada.
- Checar dados do paciente, horário do procedimento, equipe e procedimento anestésico-cirúrgico.
- Certificar-se do material e dos equipamentos necessários.
- Checar as condições de limpeza da sala.
- Checar e testar o funcionamento dos equipamentos.
- Avaliar se a mesa cirúrgica é adequada para o paciente.
- Verificar se o lavabo próximo à sala está munido com conjuntos esponja-escova estéreis e soluções para degermação.
- Providenciar os artigos médico hospitalares esterilizados pela CME, de acordo com a cirurgia programada.
- Providenciar os materiais descartáveis e medicamentos necessários para o procedimento anestésico-cirúrgico.
- Dispor as mesas auxiliares, destinando uma delas aos campos cirúrgicos, aos aventais e às luvas cirúrgicas estéreis (mesa auxiliar de roupas) e outra aos instrumentais e materiais específicos para a cirurgia (mesa auxiliar de instrumental). A mesa de roupas deve ser colocada na direção da porta da sala de cirurgia, e a mesa de instrumental deve ser posicionada de acordo com o espaço disponível na sala. A depender da quantidade de instrumentais e materiais necessários para o ato cirúrgico, mais mesas auxiliares poderão ser montadas.
- Dispor os primeiros artigos médico-hospitalares estéreis na mesa auxiliar de roupas, para possibilitar a paramentação cirúrgica do membro da equipe que irá realizar a montagem das mesas. A forma como o circulante de cirurgia deve dispor os artigos pode ser visualizada no vídeo de paramentação cirúrgica.

Os materiais e instrumentais estéreis podem ser acondicionados em grande variedade de embalagens e invólucros, sendo os principais: campo de tecido algodão, papel grau cirúrgico, embalagens de não tecido (Spunbonded/Meltblown/Spunbonded – SMS) e papel crepado.

Para a abertura de material estéril na sala de cirurgia, independentemente do tipo de embalagem, alguns cuidados precisam ser seguidos, devendo o circulante da cirurgia dar

especial atenção aos seguintes aspectos: verificar as condições de esterilização dos pacotes com materiais e instrumentais, das caixas de instrumentais e de outros suprimentos estéreis, observando especificamente a integridade das embalagens, a data de validade da esterilização e os indicadores de esterilização dos invólucros (com a fita zebreada no campo de algodão, e os marcadores nas laterais de pacotes cujo invólucro é o papel grau cirúrgico).

De forma geral, o profissional deve abrir todos os itens segurando o pacote que os contém afastado do corpo; deve desembulhar cada item começando pela aba mais distante (oposta a seu corpo) e terminando pela aba mais próxima de seu corpo. Os artigos pequenos devem ser segurados a uma distância de 20 cm a 30 cm acima do campo, e o profissional deve permitir que eles caiam no campo estéril sobre uma das mesas auxiliares ou deve oferecê-los ao profissional paramentado para pegá-los e colocá-los sobre a mesa. No caso dos artigos grandes, de difícil apreensão manual, indica-se que o circulante de sala os apoie sobre uma superfície e realize a abertura do campo externo, a fim de que o profissional paramentado retire o material estéril exposto.

Vale ressaltar que todos os pacotes com material estéril devem ser colocados sobre superfícies limpas e secas e, se qualquer parte do pacote estéril se tornar úmida ou molhada, ele deve ser descartado.

Os primeiros artigos médico-hospitalares a serem dispostos na mesa auxiliar de roupas pelo circulante da cirurgia são os campos estéreis, os quais, a depender da instituição, podem ser embalados individualmente ou em pacotes com mais unidades, de acordo com o procedimento cirúrgico. Na sequência, devem ser dispostos o avental cirúrgico estéril, um pacote de compressa estéril grande (para a secagem das mãos depois de realizada a antisepsia cirúrgica delas) e um par de luvas cirúrgicas estéreis de tamanho adequado para o profissional que fará a paramentação cirúrgica e a montagem das mesas auxiliares.

Para dar continuidade à montagem das mesas, outro profissional deverá paramentar-se.

9.5 PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais no ambiente cirúrgico devem utilizar uniforme privativo, sapatos fechados, gorro e máscara cirúrgica e realizar a higienização das mãos.

Em conformidade com os procedimentos adotados por cada instituição, de forma geral, recomenda-se aos profissionais que terão contato com o material estéril que realizem a antisepsia cirúrgica das mãos e vistam o avental e as luvas cirúrgicas estéreis⁽⁸⁾.

A paramentação é recomendada até mesmo para quem irá montar as mesas auxiliares da sala de cirurgia. Ela consiste no conjunto de barreiras contra a invasão de microrganismos no sítio cirúrgico e para a proteção de exposição dos profissionais ao sangue e outros fluidos orgânicos⁽¹⁵⁾.

Qualquer um dos profissionais atuantes na sala de cirurgia, desde que devidamente capacitado, pode se paramentar a fim de realizar a montagem das mesas auxiliares. Usualmente,

essa tarefa é feita pelo instrumentador ou por algum dos componentes da equipe médica que participará do ato cirúrgico. Para isso, o profissional, após vestir os itens anteriormente descritos, deverá realizar a antissepsia cirúrgica das mãos, conforme apresentado no vídeo a seguir⁽¹⁶⁾.



Vídeo 1: Antissepsia cirúrgica das mãos

Fonte: SILVEIRA, R. C. C. P.; DANTAS, R. A. S.; DESSOTTE, C. A. M.; SONOBE, H. M.; GALVÃO, C. M.; ROSSI, L. A. Antissepsia cirúrgica das mãos. In: FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/>>

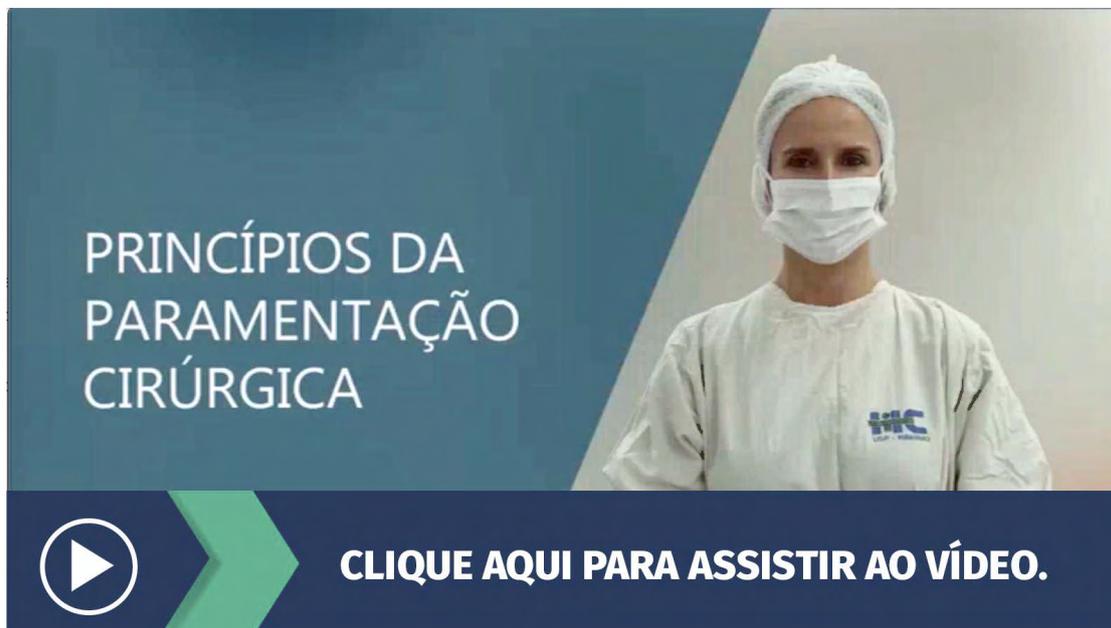
Uma vez realizada a antissepsia cirúrgica das mãos, o próximo passo consiste em vestir o avental cirúrgico e calçar as luvas cirúrgicas estéreis, como apresentado no vídeo.

O avental cirúrgico esterilizado deve vir em pacotes estéreis. É confeccionado em tecido (geralmente brim ou algodão), com tramas densas e fibras longas, preferencialmente impermeáveis à água, mas não ao vapor. Deve cobrir desde a área final do pescoço até abaixo dos joelhos, apresentar tecido elástico nos punhos, de modo a comprimi-los suavemente e conter pequena argola de tecido (fitilho de segurança) para a apreensão no dedo, impedindo o deslizamento da manga no momento de calçar as luvas. Seu uso tem por objetivo proteger o profissional da exposição ao sangue, às secreções e aos fluidos dos pacientes, assim como impedir a transferência de microrganismos para o campo operatório. Ao desdobrar o avental, o profissional deverá vesti-lo tocando apenas na face interna da peça, a qual ficará em contato com seu corpo.

Depois de vestidos, os aventais cirúrgicos são considerados estéreis na frente, desde a altura do ombro até o nível do campo esterilizado, e nas mangas, desde o elástico do punho até cinco centímetros acima do cotovelo. Os punhos não são considerados estéreis porque tendem a coletar a umidade e não constituem uma barreira microbiana efetiva. Por isso, sempre deverão ser cobertos por luvas esterilizadas⁽¹⁷⁾.

Outras áreas consideradas não estéreis são a linha da cintura, parte de cima dos ombros,

as áreas sob os braços e as costas. Essas áreas podem ficar contaminadas com a sudorese ou por atrito das superfícies da gola e do ombro entre si, durante os movimentos da cabeça e pescoço⁽¹⁷⁾. Portanto, para manter a esterilidade, as pessoas diretamente envolvidas no campo cirúrgico não deverão permitir que suas mãos ou qualquer artigo esterilizado caiam abaixo do nível do campo estéril.



Vídeo 2: Princípios da Paramentação Cirúrgica

Ressalta-se que, depois de realizada a antissepsia cirúrgica das mãos, os braços devem ser mantidos erguidos e os cotovelos fletidos. Ao se aproximar da mesa de roupas, pinçar a compressa estéril para secar as mãos rapidamente e com cautela, evitando respingos dos braços úmidos no campo e no avental cirúrgico. As mãos e braços devem ser completamente secos antes de se vestirem o avental e as luvas cirúrgicas esterilizadas.

Uma vez realizada a paramentação por um dos membros da equipe, o circulante de sala dará continuidade à abertura do campo impermeável e dos demais materiais necessários para a composição das mesas auxiliares de roupas e de instrumental.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF, editors. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2016. p. 1-21.
2. Bianchi ERF, Turrini RNT. Planejamento físico do centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF, editors. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2016. p. 22-37.
3. Margarido NF. Ambiente cirúrgico: sala de cirurgia. In: Goffi FS, editor. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p. 12-27.
4. Rothrock JC. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: Rothrock JC, editor. Alexander's Care of the

Patient in Surgery. 14a ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier; 2011. p. 1-14.

5. Perazzelli M. Operating Room Working Procedures: A Good Tool for Patient Safety? *Perioperative Nursing Clinics*. 2007;2(3):255-7.

6. Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martubari; 2008. 360 p.

7. Figueiredo NMA. *Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas*. 1ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora S.A.; 2005. 488 p.

8. Association of Perioperative Registered Nurses. *Guidelines for perioperative practice*. 2015 Edition. Denver, CO: AORN, Inc; 2015. 785 p.

9. Carpenito-Moyet LJ. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 832 p.

10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner e Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 2404 p.

11. Boehnlein MJ, Marek JF. Intraoperative nursing. In: Phipps WJ, Sands JK, Marek JF, editors. *Medical-surgical nursing: concepts & clinical practice*. 6ª ed. St Louis: Mosby; 1999. p. 491-524.

12. Costa ALS, Coutinho RMC, Carvalho R. Recursos humanos em centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF, editors. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2ª ed. Barueri, SP: Manole; 2016. p. 83-101.

13. Gomes JRAA, Corgozinho MM, Lourencini JC, Horan LM. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. *Rev SOBECC, São Paulo*. 2013;18(1):54-63.

14. Lima AM, Sousa CS, Cunha ALSM. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. *Rev Enferm UFPE online*. 2013;7(1):289-94.

15. Duarte IGL, Leite MD. Paramentação cirúrgica: artigo de revisão. *Rev Med Minas Gerais*. 2013;23(3):343-6.

16. Silveira RCCP, Dantas RAS, Dessotte CAM, Sonobe HM, Galvão CM, Rossi LA. Antissepsia cirúrgica das mãos. 2015. In: *Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem* [Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; [46-51]. Disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/7Antissepsia.pdf>>

17. Nicolette LH. Prevenção e controle de infecção no ambiente perioperatório. In: Rothrock JC, editor. *Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 44-99.

CAPÍTULO

10

PRÁTICAS DE *MINDFULNESS* NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

[Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato](#)

[Ana Carolina Guidorizzi Zanetti](#)

10.1 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- aproximar o estudante das práticas de *Mindfulness* no contexto do cuidado de enfermagem;
- oferecer práticas de *Mindfulness* visando à melhoria da qualidade de vida e à redução do estresse do enfermeiro.

10.2 O QUE É *MINDFULNESS*?

Mindfulness é uma palavra inglesa cuja tradução para o português é “atenção plena”. Corresponde a uma habilidade metacognitiva que pode ser desenvolvida com a prática.

A origem do *Mindfulness* reside nas tradições contemplativas orientais em que a atenção plena e a concentração no momento presente são continuamente cultivadas⁽¹⁾.

Um dos aspectos fundamentais da prática de *Mindfulness* é a capacidade de se manter o equilíbrio emocional em qualquer situação do cotidiano, a fim de promover a melhoria da eficácia pessoal e profissional^(2,3).

As práticas baseadas em *Mindfulness* podem ser utilizadas pelo enfermeiro no cuidado com o paciente e no autocuidado, tendo em vista que também o enfermeiro é um ser humano que está sujeito às mesmas situações de sofrimento físico e mental dos pacientes que estão sob seus cuidados. Neste capítulo, vamos introduzir a temática na assistência de enfermagem e enfatizar o *Mindfulness* como possibilidade de autocuidado para o enfermeiro.

10.3 COMO O *MINDFULNESS* PODE BENEFICIAR O ENFERMEIRO?

Diante dos efeitos das práticas de *Mindfulness*, o profissional de enfermagem pode beneficiar-se dessas práticas no cuidado com o paciente, em diferentes contextos de saúde, e consigo mesmo, considerando-se que a categoria profissional a que pertence apresenta altos

índices de estresse laboral.

Ao praticar o *Mindfulness*, o enfermeiro adquire maior consciência de seu estado físico e mental, maior atenção e capacidade de comunicação e empatia com seus pacientes. Os efeitos da prática sobre aspectos cognitivos como atenção, memória e concentração reduzem os riscos de erros, de conflito e de negligência no serviço prestado pela equipe de enfermagem.

Estar mais consciente e menos distraído, no contexto clínico, permite ao enfermeiro que melhore suas habilidades de avaliação, favorecendo a identificação de alterações sutis na condição de um paciente, e seu desempenho em procedimentos técnicos complexos, diminuindo a possibilidade de ocorrência de erros clínicos. A atenção plena pode melhorar a comunicação dele com os pacientes e com os membros da equipe de saúde, promovendo maior conscientização sobre como e o que está sendo comunicado.

Os enfermeiros exercem papel fundamental no cuidado com os pacientes hospitalizados. Apesar dos avanços no cuidado a essa clientela, um terço desses pacientes sofre os efeitos adversos do tratamento, e aproximadamente 7% têm danos permanentes ou morrem durante a hospitalização⁽⁴⁾. Por essa razão, é fundamental considerar a importância da avaliação do ambiente de trabalho e do nível de atenção e conscientização dos enfermeiros nos cuidados com esses pacientes.

Nesse contexto, as práticas de *Mindfulness* representam um importante aliado na redução de riscos aos pacientes hospitalizados. Um estudo conduzido com enfermeiros que atuam em unidades de internação de cuidado crítico mostrou que os profissionais que participaram do programa de atenção plena diminuíram o número de erros. Além disso, o estudo mostrou que esses profissionais registraram mais os erros ocorridos⁽⁵⁾, evidenciando maior consciência do enfermeiro sobre as situações que vivencia na rotina de trabalho.

Os profissionais de enfermagem estão constantemente expostos ao estresse e ao burnout. A presença desses fatores pode ter um impacto significativo no cuidado prestado aos pacientes. Diante disso, os benefícios da prática de *Mindfulness* pelos profissionais de enfermagem têm sido amplamente investigados e há evidências de que até mesmo os profissionais que participaram de treinamentos breves sobre atenção plena apresentaram redução dos sintomas de burnout, maior relaxamento e satisfação com a vida⁽⁶⁾.

Outra contribuição do *Mindfulness* para a enfermagem pauta-se na aplicação de uma comunicação *mindful* que permite a transmissão da informação de maneira correta. A comunicação *mindful* tem enfoque no significado da comunicação, promove um processo de informação dinâmico e transparente, com distinções que possibilitam o surgimento de novas interpretações e a conscientização de múltiplas perspectivas^(7,8). A comunicação correta transforma o cuidado, conferindo-lhe mais qualidade e ampliando a segurança do paciente⁽⁸⁾.

Existem muitas práticas nas quais enfermeiros podem se envolver para promover *Mindfulness* no trabalho, buscando envolver outros membros da equipe de enfermagem. Realizar o *Mindfulness* para melhorar a habilidade de estar presente propicia também a melhora da relação do enfermeiro com os pacientes e com os colegas.

Ainda sobre os impactos do *Mindfulness* realizado pelo enfermeiro, evidenciam-se a redução de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse e o aumento do bem-estar e da qualidade de vida entre enfermeiros que participaram de programas de *Mindfulness*⁽⁹⁾, com duração de oito semanas. O nível de satisfação na vida tende a aumentar com as práticas da atenção plena, e elas podem funcionar como elemento amenizador da insatisfação no trabalho e promotor da satisfação observada por estudos realizados com enfermeiros⁽¹⁰⁾.

Encontramos motivação para a prática do *Mindfulness* no contexto da enfermagem, a medida que nos convidamos a refletir sobre questões-chave que envolvem as atividades características da profissão.

1. Cuidar bem das pessoas inclui cuidar de si mesmo.
2. Para ser capaz de cuidar continuamente de outro ser humano, o enfermeiro necessita reduzir seu próprio nível de estresse e ansiedade e desenvolver resiliência.
3. Oferecer cuidado às necessidades de outro ser humano implica estar plenamente atento ao que está no outro e no contexto em que se realiza o cuidado.

10.4 EXERCÍCIOS PARA PRÁTICA

Existem práticas simples para o exercício da atenção plena que podem ser realizadas durante cinco a dez minutos:

1. Sente-se em uma cadeira com encosto e posicione-se de forma confortável, com os pés totalmente encostados no chão e as mãos repousando sobre as pernas. Caso possível, afaste-se do encosto e sustente uma postura ereta, mas não tensa, uma postura de dignidade por você mesmo.
2. Procure fechar os olhos ou mantê-los focados em algum ponto na altura do chão e observe as sensações de seu corpo ao sentar-se. Observe o contato dos pés com o chão, das nádegas com o assento e das próprias mãos sobre as pernas. Procure estabelecer uma postura de curiosidade e abertura para perceber as sensações que você experimenta. Explore a percepção de todas as partes de seu corpo. Perceba as superfícies de apoio e contato. Identifique as áreas tensas, relaxadas e neutras. Perceba a temperatura em diferentes regiões do corpo, notando essas diferenças sem julgá-las.
3. Durante o exercício, faça um esforço consciente para manter sua atenção no que você está se propondo a perceber. Evite julgar, justificar ou analisar as sensações que você percebe. Somente as perceba tal qual elas se apresentam a você.
4. Após explorar as sensações de cada região, busque perceber seu corpo como um todo integrado, sentindo todas as partes dele. Investigue a sensação de seu corpo no espaço, se ele parece grande ou pequeno, isto é, a dimensão dele para você. Tome consciência dessa sensação sem fazer críticas sobre o que você descobriu.
5. Volte a perceber o ambiente, notando sua respiração, os ruídos e o local onde você se

encontra.

Ao finalizar a prática, é importante que você reflita sobre:

- Como você se sente agora?
- Você sente algo diferente de quando começou a prática? Se sim, o que está diferente?

Essa prática lhe permite reconectar-se com as sensações do próprio corpo e tomar consciência de seu estado físico, foca a atenção em si mesmo e diminui a ação do sistema simpático, que é ativado pela resposta do corpo ao estresse.

Apenas alguns minutos de prática, antes do trabalho ou no intervalo do almoço, podem reduzir o estresse e a ansiedade e construir resiliência. Quanto mais se realiza a prática, mais facilmente se chega a esses resultados.

Mesmo durante a rotina de trabalho, o enfermeiro pode recorrer ao *Mindfulness*, bastando, para isso, praticar a respiração atenta. Nas situações em que ele percebe que está irritado, com dificuldades de se concentrar nas atividades que está desenvolvendo, distraído por preocupações e pensamentos externos ao trabalho, é de grande utilidade realizar algumas respirações prestando atenção total na inspiração e na expiração.

Praticar a respiração plenamente atenta é uma forma de se ancorar no aqui e agora, o que ajuda a estabilizar a mente e o corpo diante das preocupações e da reatividade que podem se tornar habituais.

10.5 MINDFULNESS E A ENFERMAGEM

Os benefícios das práticas baseadas em *Mindfulness* são sentidos no contexto da enfermagem, não apenas pelo fato de os enfermeiros necessitarem de estratégias para a redução do estresse, mas também pelos valores fundamentais comuns entre a prática da enfermagem e a filosofia do *Mindfulness*, como sensibilidade, compreensão, empatia e consciência de si e do outro⁽⁶⁾.

O paradigma de atenção humanista defendido pelas teorias de enfermagem dominantes exige que os profissionais dessa área desenvolvam uma profunda compreensão pessoal e interpessoal e sensibilidade para proporcionar cuidados eficazes e evitar a fadiga da compaixão. Uma das formas de atingir o entendimento e a sensibilidade necessários à função é a prática dos princípios do *Mindfulness*, que abrange a conscientização do momento presente, a aceitação sem julgamento, a paciência e a bondade⁽⁶⁾. Estudos realizados com estudantes de enfermagem mostraram que o *Mindfulness* lhes propiciou melhora da saúde física e mental subjetiva, empatia e bem-estar⁽¹¹⁾.

Acreditamos, como enfermeiras, professoras e praticantes de *Mindfulness*, que a atenção plena deva ser praticada desde a formação profissional e que, quanto antes essa prática for incorporada ao contexto da assistência de enfermagem, maiores serão os benefícios para o cuidado prestado, a saúde e a qualidade de vida do profissional de enfermagem.

 **REFERÊNCIAS**

1. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry* [Internet]. 2007;18(4):211–37. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10478400701598298>
2. Solloway SG, Fisher WP. Mindfulness in Measurement: Reconsidering the Measurable in Mindfulness Practice. *International Journal* [Internet]. 2007;8(4):58–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18250523>
3. Paulson S, Davidson R, Jha A, Kabat-Zinn J. Becoming conscious: the science of mindfulness. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2013 Nov;1303(1):87–104. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nyas.12203>
4. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*. 2011;30(4):581–9.
5. Gunther A. Nurse Mindfulness and Preventing Patient Harm.
6. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*. 2006;19(2):105–9.
7. Langer EJ. The power of mindful learning. Reading M, editor. Addison-Wesley; 1997.
8. Anthony MK, Vidal K. Mindful Communication: A Novel Approach to Improving Delegation and Increasing Patient Safety. *Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 2010;15(2):2. Available from: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No2May2010/Mindful-Communication-and-Delegation.html>
9. Hunter L. Mindfulness training can reduce depression and anxiety among nurses. *Evidence-based nursing* [Internet]. 2017;20(2):57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28232391>
10. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NC dos S, de Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2005;39(1):85–91.
11. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *The Journal of nursing education* [Internet]. 2004 Jul;43(7):305–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303583>